

Die

Ersatzkasse



Sonderveröffentlichung

April 2007

Umsetzung des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes:
Mitgliedschafts- und Beitragsrecht



Was bringt das GKV-WSG in Sachen Mitgliedschafts- und Beitragsrecht?

Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) ist am 1. April 2007 in Kraft getreten und damit eine Fülle von Änderungen im Bereich des Mitgliedschafts- und Beitragsrechts. Große Aufmerksamkeit hat die Einführung einer Versicherungspflicht für alle in Deutschland lebenden Personen auf sich gezogen. Damit erhalten z. B. Personen, die zuletzt in der GKV oder PKV versichert waren, ein Rückkehrrecht zu ihrer alten Versicherung, sofern kein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall besteht.

Da die Krankenkassen nicht allein das mit der Versicherungspflicht verbundene Risiko der Nichtzahlung von Beiträgen tragen sollen, wurden Regelungen für die Folgen der Nichtzahlung von Beiträgen bzw. der Beitragsübernahme getroffen. So führt z. B. die Nichtzahlung von Beiträgen zum Ruhen des Leistungsanspruchs, es sei denn, es handelt sich um Leistungen im Zusammenhang mit akuten Erkrankungen oder Schwangerschaft bzw. Mutterschaft. Die Beurteilung einer Erkrankung wird also in Zukunft an Bedeutung gewinnen – und lässt entsprechende rechtliche Streitigkeiten erwarten.

Auch beim Ausscheiden aus der Krankenversicherungspflicht wegen Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze gibt es zahlreiche Neuregelungen. So kann ein höher verdienender Arbeitnehmer künftig erst dann in die PKV wechseln, wenn er mit seinem Gehalt in mindestens drei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren die Jahresarbeitsentgeltgrenze überschritten hat. Zudem wurde für hauptberuflich selbstständig Tätige zur Bestimmung der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage eine Bedürftigkeitsprüfung eingeführt.

Schließlich gibt es Änderungen, die scheinbar zunächst nichts mit dem Mitgliedschafts- und Beitragsrecht zu tun haben, aber durchaus in diesen Bereich hineinreichen; etwa die neuen Wahltarife, die wegen der besonderen dreijährigen Bindungsfrist auch von Bedeutung für das Krankenkassenwahlrecht sind. Alles in allem ein hoch komplexes Regelwerk, das auf den folgenden Seiten näher beleuchtet werden soll.

Vorstandsvorsitzende der Ersatzkassenverbände VdAK/AEV

Ausscheiden aus der Krankenversicherungspflicht wegen Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze

Höherverdienende Arbeitnehmer (sog. „JAG-Überschreiter“), die mit ihrem regelmäßigen Jahresarbeitsentgelt die Jahresarbeitsentgeltgrenze (JAG) überschreiten, sind nach den durch das GKV-WSG vorgenommenen Neuregelungen künftig erst dann krankenversicherungsfrei (kv-frei) – und können damit selbst entscheiden, ob sie weiterhin freiwillig gesetzlich versichert bleiben oder sich privat krankenversichern wollen –, wenn sie mindestens drei aufeinanderfolgende Kalenderjahre mit ihrem Arbeitsentgelt die JAG überschritten haben.

Unverändert geblieben sind die Regelungen hinsichtlich des auf die JAG anzurechnenden regelmäßigen Jahresarbeitsentgelts, wie auch die Festlegungen zum Eintritt von KV-Pflicht, wenn die JAG unterschritten wird.

Die mit dem GKV-WSG in § 6 SGB V getroffenen Neuregelungen sind rückwirkend zum 2.2.2007 (= Tag der dritten Lesung des Gesetzes im Deutschen Bundestag) in Kraft getreten.

Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze

Durch die mit dem GKV-WSG vorgenommenen Rechtsänderungen kommt ein Ausscheiden aus der KV-Pflicht grundsätzlich erst dann in Betracht, wenn das regelmäßige Jahresarbeitsentgelt die JAG in drei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren überschritten hat und auch die JAG des Folgejahres überschritten wird.

Dies bedeutet, dass hinsichtlich der Feststellung, wann KV-Freiheit eintritt bzw. wie lange KV-Pflicht weiter besteht, nicht mehr nur eine vorausschauende Betrachtung für das bevorstehende Zeitjahr erforderlich, sondern zusätzlich eine rückschauende Bewertung vorzunehmen ist. Auf den Punkt gebracht kann man von einer „3 + 1“ – Betrachtung sprechen. Für die rückschauende Betrachtung ist

dabei auf das tatsächlich erzielte regelmäßige Jahresarbeitsentgelt abzustellen; während es für die vorausschauende Betrachtung das voraussichtliche regelmäßige Jahresarbeitsentgelt zu ermitteln gilt.

Bei erstmaliger Beschäftigungsaufnahme oder längerer Erwerbsunterbrechung

Überschreitet das Arbeitsentgelt bei erstmaliger Aufnahme einer Beschäftigung die JAG, so tritt – unabhängig von der Höhe des regelmäßigen Jahresarbeitsentgelts – zunächst KV-Pflicht ein, so dass eine Feststellung des regelmäßigen Jahresarbeitsentgelts bei Aufnahme der Beschäftigung nicht erforderlich ist.

Dies gilt in gleicher Weise für Arbeitnehmer, die nach einer längeren Unterbrechung wieder in die Erwerbstätigkeit eintreten. Hiervon betroffen sind Arbeitnehmer, die in den der Beschäftigungsaufnahme vorangehenden drei Kalenderjahren nicht beschäftigt gewesen sind.

Lediglich dann, wenn die Voraussetzungen des § 6 Abs. 3a SGB V erfüllt sind, der Arbeitnehmer also bei Beschäftigungsaufnahme das 55. Lebensjahr bereits vollendet hat und in den letzten fünf Jahren nicht gesetzlich versichert war, ist der Eintritt der KV-Pflicht aufgrund der Beschäftigung ausgeschlossen.

Beispiel 1

G. nimmt nach mehrjähriger Unterbrechung der Erwerbstätigkeit am 1.5.2007 eine Beschäftigung bei Firma T. auf. Er überschreitet bereits bei Beschäftigungsaufnahme und dauerhaft mit seinem Bruttoarbeitsentgelt die JAG.

G. wird zum 1.5.2007 kv-pflichtig. Ein Eintritt von KV-Freiheit und damit ein Wechsel in die PKV kommt frühestens in Betracht

- zum 1.1.2010, wenn das tatsächliche regelmäßige Jahresarbeitsentgelt in den Jahren 2007 bis 2009 oberhalb der JAG lag (für 2007 muss dann das anteilige Entgelt vom 1.5. bis 31.12. die volle JAG überschritten haben) oder
- zum 1.1.2011, wenn das tatsächliche regelmäßige Jahresarbeitsentgelt in den Jahren 2008 bis 2010 oberhalb der JAG lag und jeweils auch die JAG des Folgejahres überschritten wird.

Beispiel 2

N. wechselt zum 1.10.2009 den Arbeitgeber und überschreitet unmittelbar ab Beschäftigungsbeginn beim neuen Arbeitgeber mit ihrem Bruttoarbeitsentgelt die JAG. Bei ihrem vorherigen Arbeitgeber erzielte sie ein tatsächliches regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt, das in den Jahren 2007 bis 2009 oberhalb der JAG lag; bis einschließlich Ende 2006 wurde die JAG nicht überschritten.

N. scheidet zum 31.12.2009 (aber nicht schon zum 1.10.2009!) aus der KV-Pflicht aus und wird zum 1.1.2010 kv-frei, da sie von 2007 an mit ihrem tatsächlichen regelmäßigen Jahresarbeitsentgelt oberhalb der JAG liegt und somit die drei Kalenderjahre (rückschauend betrachtet) Ende 2009 erfüllt haben wird. Weitere Voraussetzung ist, dass auch ihr voraussichtliches regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt für 2010 oberhalb der JAG liegt.

Beispiel 3

O. wechselt zum 1.8.2007 den Arbeitgeber und überschreitet unmittelbar ab Beschäftigungsbeginn beim neuen Arbeitgeber mit seinem Bruttoarbeitsentgelt die JAG. Bei seinem vorherigen Arbeitgeber erzielte er ein regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt, das in den Jahren 2004 bis 2006 oberhalb der JAG lag. In der Zeit vom 1.1.2007 bis 31.7.2007 war er kv-pflichtig, weil er aus privaten Gründen die Arbeitszeit auf die Hälfte reduziert hatte.

O. ist in seiner neuen Beschäftigung vom 1.8.2007 an kv-frei, da er in den letzten drei Kalenderjahren (2004 bis 2006) mit seinem regelmäßigen Arbeitsentgelt oberhalb der JAG lag und diese auch in seinem neuen Beschäftigungsverhältnis überschreitet. Zum 1.1.2008 wird O. kv-pflichtig, falls sein in 2007 insgesamt erzieltes tatsächliches regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt unterhalb der JAG gelegen hat. In diesem Fall ist ein erneuter Eintritt von KV-Freiheit erst wieder zum 1.1.2012 möglich, sofern er dauerhaft mit seinem regelmäßigen Jahresarbeitsentgelt die JAG überschreitet.

Beispiel 4

L. hat am 1.1.2005 ihre Beschäftigung bei Firma M. aufgenommen. Vom 1.6.2007 an überschreitet sie infolge einer tariflichen Höhergruppierung mit ihrem Bruttoarbeitsentgelt die JAG.

L. scheidet zum 31.12.2009 aus der KV-Pflicht aus und wird zum 1.1.2010 kv-frei, sofern sie mit seinem tatsächlich in 2007 erzielten regelmäßigen Arbeitsentgelt oberhalb der JAG lag, sie auch in den Jahren 2008 und 2009 ein tatsächliches regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt oberhalb der JAG erzielt und sie mit ihrem voraussichtlichen regelmäßigen Jahresarbeitsentgelt die für 2010 maßgebliche JAG überschreitet. Sofern ihr im Gesamtjahr 2007 tatsächlich erzieltetes regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt die JAG des Jahres 2007 nicht überstiegen hat, kann sie frühestens zum 31.12.2010 aus der KV-Pflicht ausscheiden.

Bei der Prüfung, ob in den vergangenen drei Kalenderjahren die JAG überschritten wurde, ist bei unterjähriger Beschäftigungsaufnahme zu beachten, dass das Jahr der Beschäftigungsaufnahme als erstes Überschreitungsjahr gilt, wenn das tatsächlich erzielte regelmäßige Jahresarbeitsentgelt dieses Kalenderjahres die für dieses Jahr maßgebliche JAG überschritten hat.

Aufnahme einer Beschäftigung mit Vorbeschäftigungszeiten

Voraussetzung für den Eintritt von KV-Freiheit unmittelbar zum Beschäftigungsbeginn ist auch hier, dass die JAG in den vorangegangenen drei Kalenderjahren überschritten worden ist und der Arbeitnehmer mit seinem voraussichtlichen regelmäßigen Jahresarbeitsentgelt die aktuell maßgebliche JAG überschreitet.

Bei unterjähriger Beschäftigungsaufnahme ist auch das aus der vorangegangenen Beschäftigung erzielte Arbeitsentgelt heranzuziehen, wenn im Rahmen der zum 1.1. des Folgejahres an vorzunehmenden Beurteilung geprüft werden muss, ob bei der rückschauenden Betrachtung für dieses Kalenderjahr das insgesamt erzielte regelmäßige Jahresarbeitsentgelt tatsächlich über der JAG gelegen hat.

Sofern vor Aufnahme der Beschäftigung eine Vorbeschäftigung im Ausland ausgeübt wurde, ist nach Auffassung der Spitzenverbände der Krankenkassen das Überschreiten der JAG in den vorangegangenen drei Kalenderjahren ebenfalls erfüllt, wenn in der ausländi-

schen Beschäftigung tatsächlich ein Arbeitsentgelt oberhalb der JAG erzielt worden ist.

Entgelterhöhung während einer Beschäftigung

Bestand im laufenden Beschäftigungsverhältnis zunächst KV-Pflicht und überschreitet das Arbeitsentgelt infolge einer Entgelterhöhung die JAG, endet die KV-Pflicht des Arbeitnehmers mit Ablauf des dritten aufeinanderfolgenden Kalenderjahres der Überschreitung, sofern das regelmäßige Jahresarbeitsentgelt des jeweiligen Arbeitnehmers auch die JAG des Folgejahres überschreitet.

Auch hier gilt, dass im Falle einer unterjährigen Erhöhung des Arbeitsentgelts dieses Kalenderjahr als erstes Überschreitungsjahr gilt, wenn das tatsächlich erzielte regelmäßige Jahresarbeitsentgelt dieses Kalenderjahres die für dieses Jahr maßgebliche JAG überschritten hat.

Neuerfüllung der „Wartefrist“ nach Eintritt von Versicherungspflicht

Sofern es zum Eintritt von KV-Pflicht kommt, weil entweder rückschauend oder vorausschauend die JAG nicht überschritten worden ist, es in der Zukunft allerdings wieder zur Überschreitung der JAG kommt, ist erst einmal wieder die „Wartefrist“ von drei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren der Überschreitung der JAG zu erfüllen, bevor wieder ein Ausscheiden aus der KV-Pflicht / der Eintritt von KV-Freiheit zum Zuge kommen kann (vgl. auch Beispiel 3).

Hinzutritt einer weiteren Beschäftigung

Bei Mehrfachbeschäftigten ist das Arbeitsentgelt aus allen Beschäftigungsverhältnissen auf die JAG anzurechnen. Insofern endet die KV-Pflicht mit dem Ablauf des dritten aufeinanderfolgenden Kalenderjahres nach Hinzutritt der weiteren Beschäftigung, wenn die insgesamt erzielten Arbeitsentgelte in diesem Zeitraum die JAG überschritten haben die Arbeitsentgelte aus beiden Beschäftigungen die von Beginn des nächsten Jahres an geltende JAG ebenfalls überschreiten.

Rückwirkende Erhöhung des Arbeitsentgelts

Rückwirkende Erhöhungen des Arbeitsentgelts sind dem Kalenderjahr zuzurechnen, in dem der Anspruch auf das erhöhte Entgelt entstanden ist (§ 6 Abs. 4 Satz 3 SGB V). Der Anspruch auf ein erhöhtes Entgelt entsteht durch Abschluss eines Tarifvertrages oder Änderung eines Einzelarbeitsvertrages.

Arbeitsunterbrechungen im Drei-Kalenderjahreszeitraum

In der Praxis ist häufig die Situation vorhanden, dass im bestehenden Beschäftigungsverhältnis eine Unterbrechung der Entgeltzahlung (z. B. bei längerdauernder Erkrankung) des Arbeitnehmers eintritt. Hinsichtlich der Ermittlung des regelmäßigen Jahresarbeitsentgelts ist in diesen Fällen für den Unterbrechungszeitraum die Berücksichtigung eines fiktiven regelmäßigen Arbeitsentgelts in der Höhe vorgesehen, in der es ohne Unterbrechung erzielt worden wäre (§ 6 Abs. 4 Satz 5 SGB V). Dabei sind die während der Unterbrechungszeit ggf. eintretenden Änderungen des Arbeitsentgeltanspruchs (z. B. Tarifierhöhungen) zu berücksichtigen. Unterbrechungstatbestände in diesem Sinne sind alle Tatbestän-

Beispiel 5

M. wechselt zum 1.8.2007 den Arbeitgeber und überschreitet unmittelbar ab Beschäftigungsbeginn beim neuen Arbeitgeber mit seinem Bruttoarbeitsentgelt die JAG. Bei seinen vorherigen Arbeitgebern erzielte er ein regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt, das jeweils oberhalb der JAG lag. In der Zeit vom 1.2.2005 bis 31.3.2005 war er kurzzeitig arbeitslos und wegen des Bezugs von Arbeitslosengeld kv-pflichtig.

M. ist in seiner neuen Beschäftigung vom 1.8.2007 an kv-frei, wenn er in den letzten drei Kalenderjahren (2004 bis 2006) mit seinem regelmäßigen Arbeitsentgelt oberhalb der JAG lag und diese auch in seinem neuen Beschäftigungsverhältnis überschreitet. Dies bedeutet, dass er mit seinem im Zeitraum 1.1. bis 31.1.2005 und 1.4. bis 31.12.2005 tatsächlich erzielten Jahresarbeitsentgelt die JAG des Jahres 2005 überschritten haben muss, damit dieses Jahr als Überschreitungsjahr berücksichtigt werden kann.

de, in denen das Arbeitsverhältnis ohne Entgeltzahlung sozialversicherungsrechtlich fortbesteht. Konkret handelt es sich dabei um:

- Zeiten der Arbeitsunfähigkeit nach Ablauf der Entgeltfortzahlung (unabhängig davon, ob Krankengeld oder Krankentagegeld gezahlt wird),

- Zeiten des Bezugs von Verletztengeld, Übergangsgeld oder Versorgungskrankengeld,
- Zeiten des Bezugs von Mutterschaftsgeld,
- Zeiten des Bezugs von Kurzarbeitergeld mit Ausnahme des Transferkurzarbeitergeldes nach § 216b SGB III,
- Zeiten, in denen das Beschäftigungsverhältnis ohne Entgeltzahlung (z. B. wegen unbezahlten Urlaubs) für längstens einen Monat als fortbestehend gilt (§ 7 Abs. 3 Satz 1 SGB IV),
- Zeiten, in denen sich der Arbeitnehmer rechtmäßig im Arbeitskampf befand,
- Zeiten der Teilnahme an einer Eignungsübung.

Beispiel 6

Q. war vom 1.7.2004 bis zum 30.6.2007 in Elternzeit. Zuvor war sie seit 2002 mit einem Arbeitsentgelt oberhalb der JAG beschäftigt. Am 1.7.2007 nimmt sie eine Beschäftigung bei Firma S. mit einem monatlichen Arbeitsentgelt von 3 500 Euro auf; zum 1.10.2007 wechselt sie zu Firma T. und erzielt dort ein Arbeitsentgelt von 4 500 Euro monatlich.

Q. ist in ihrer neuen Beschäftigung vom 1.7.2007 an kv-pflichtig, da sie in dieser Beschäftigung mit ihrem Arbeitsentgelt die JAG nicht überschreitet. Nach dem Arbeitgeberwechsel ist sie ab dem 1.10.2007 kv-frei, da sie in dieser Beschäftigung mit ihrem Arbeitsentgelt oberhalb der JAG liegt und die Beschäftigung innerhalb des Jahreszeitraums nach dem Ende der Elternzeit (1.7.2007 bis 30.6.2008) aufgenommen worden ist. Damit gelangt die Überschreitungsfiktion für die Dauer der Elternzeit zur Anwendung mit dem Ergebnis, dass in den vergangenen drei Kalenderjahren ein Überschreiten der JAG vorhanden ist.

Für alle anderen Unterbrechungen der Beschäftigung im vorangegangenen Drei-Kalenderjahreszeitraum sind keine fiktiven Arbeitsentgelte in Ansatz zu bringen. Das in den Unterbrechungszeiträumen „ausgefallene“ Arbeitsentgelt wird somit für die Prüfung, ob das regelmäßige Jahresarbeitsentgelt die JAG überschritten hat, nicht kompensiert. Unterbrechungszeiten dieser Art können insbes. folgende Zeiten sein:

- Zeiten des Bezugs von Arbeitslosengeld,
- Zeiten des unbezahlten Urlaubs vom Beginn des zweiten Monats an,
- Zeiten der Ausübung einer selbständigen Tätigkeit etc. (vgl. auch Beispiel 5)

Elternzeit und sonstige besondere Dienstzeiten

Eine weitere besondere Regelung gilt für die Zeiten des Bezugs von Erziehungsgeld oder Elterngeld oder der Inanspruchnahme von Elternzeit sowie für Zeiten, in denen Wehr- oder Zivildienst bzw. Entwicklungsdienst nach dem Entwicklungshelfergesetz geleistet worden ist. Für diese Tatbestände ist ein Überschreiten der JAG anzunehmen, wenn spätestens innerhalb eines Jahres nach diesen Zeiträumen eine Beschäftigung mit einem regelmäßigen Jahresarbeitsentgelt oberhalb der JAG aufgenommen wird (§ 6 Abs. 4 Satz 6 SGB V).

Für die Erfüllung dieser Fiktion wird lediglich auf die Verhältnisse nach der Beendigung des Unterbrechungstatbestandes abgestellt; wobei es allerdings darauf ankommt, dass die zur KV-Freiheit führende Beschäftigung mit einem regelmäßigen Jahresarbeitsentgelt oberhalb der JAG innerhalb eines (Zeit-) Jahres nach dem Ende des Unterbrechungszeitraumes aufgenommen worden sein muss.

Des Weiteren ist hierbei zu beachten, dass es für die Anwendung dieser Fiktion nicht darauf ankommt, dass es sich um die zeitlich erste Beschäftigung nach dem Unterbrechungszeitraum handelt; entscheidend ist vielmehr, dass

irgendwann innerhalb des Jahreszeitraums eine Beschäftigung mit einem Arbeitsentgelt oberhalb der JAG aufgenommen wird.

Wird während der Elternzeit eine zulässige Beschäftigung von nicht mehr als 30 Wochenstunden ausgeübt (§ 2 BErzGG bzw. § 1 Abs. 6 BEEG), führt diese zum Eintritt von KV-Pflicht, wenn in ihr das regelmäßig erzielte Jahresarbeitsentgelt die JAG nicht übersteigt. Dies gilt allerdings nicht, sofern für diese Zeit eine Befreiung von der KV-Pflicht nach § 8 Abs. 1 Nr. 2 SGB V beantragt wird.

Besitzstandsregelung

Arbeitnehmer, die bereits am 2.2.2007 bei einem privaten KV-Unternehmen in einer substitutiven Krankheitskostenvollversicherung abgesichert waren, bleiben weiter als höherverdienende Arbeitnehmer kv-frei, auch wenn sie die

hierfür seit 2.2.2007 geltenden Voraussetzungen nicht oder noch nicht erfüllen. Hiervon betroffen sind auch die Arbeitnehmer, die erst zum 31.12.2006 aus der KV-Pflicht nach dem seinerzeit noch gültigen Recht ausgeschieden sind.

Voraussetzung für die Anwendung dieser Besitzstandsregelung ist allerdings, dass der am 2.2.2007 bestehende private Krankenversicherungsschutz auf einer kv-freien Beschäftigung beruht. Eine an diesem Stichtag in einer Eigenschaft z. B. als Student oder Selbständiger bestehende PKV-Versicherung schließt die Anwendung der Besitzstandsregelung aus.

Die Besitzstandsregelung gilt in gleicher Weise allerdings auch für die freiwillig gesetzlich krankenversicherten Arbeitnehmer, die vor dem Stichtag 2.2.2007 ihre freiwillige Mitgliedschaft gekündigt hatten, um in eine private Krankenversicherung zu wechseln.

Hinsichtlich der Reichweite der Besitzstandsregelung ist anzumerken, dass deren Wirkung endet, wenn ein Tatbestand der KV-Pflicht erfüllt wird. Sofern jedoch zwischen zwei Beschäftigungen mit einem regelmäßigen Jahresarbeitsentgelt oberhalb der JAG kein Zeitraum von mehr als drei Monaten liegt, bleibt die Wirkung der Besitzstandsregelung erhalten.

Beispiel 7

C. hat am 1.1.2000 seine Beschäftigung bei Firma Z. aufgenommen. Infolge des Überschreitens der JAG ist er seit dem 1.1.2006 kv-frei und von diesem Zeitpunkt als JAG-Überschreiter bei einem PKV-Unternehmen krankenversichert.

C. bleibt weiterhin kv-frei und privat krankenversichert, weil er beim (rückwirkenden) Inkrafttreten der Neuregelung zwar keine drei aufeinander folgenden Kalenderjahre die JAG überschritten hatte, er sich jedoch am Stichtag 2.2.2007 in einer substitutiven Krankenversicherung bei einem PKV-Unternehmen befand.

Beispiel 8

E. hat zum 13.2.2007 ihre Beschäftigung bei Firma U. aufgenommen. Infolge unmittelbaren Überschreitens der JAG zum 13.2.2007 ist sie nach alter Rechtslage kv-frei geworden und von diesem Zeitpunkt an bei ihrer bisherigen gesetzlichen Krankenkasse freiwillig krankenversichert. In ihren zuvor ausgeübten Beschäftigungen hat sie jeweils Arbeitsentgelte unterhalb der JAG erzielt.

Die KV-Freiheit von E. wird rückwirkend zum 13.2.2007 beseitigt, weil sie nicht mindestens drei aufeinander folgende Kalenderjahre die JAG überschreitet. Die bei seiner gesetzlichen Krankenkasse bestehende freiwillige Mitgliedschaft wird allerdings erst mit Wirkung zum 1.4.2007 in eine kv-pflichtige Mitgliedschaft umgewandelt.

Umstellung freiwilliger Mitgliedschaften

Da die mit dem GKV-WSG vorgenommene Neuregelung zur KV-Freiheit rückwirkend zum 2.2.2007 in Kraft getreten ist, müssen die in der Zeit nach diesem Stichtag noch unter der Anwendung des alten Rechts beurteilten Versicherungsverhältnisse einer erneuten Beurteilung unterzogen und – sofern erforderlich – korrigiert werden.

Konkret bedeutet dies, dass alle am 2.2.2007 als Arbeitnehmer mit einem Arbeitsentgelt oberhalb der JAG freiwillig bei einer Krankenkasse versicherten Personen dahingehend zu prüfen sind, ob sie auch in den Jahren 2004 bis 2006 ein regelmäßiges tatsächliches Arbeitsentgelt oberhalb der JAG erzielt haben. Ist diese Voraussetzung nicht erfüllt, ist eine Umstellung des Versicherungsverhältnisses von freiwilliger Mitgliedschaft in eine Pflichtmitgliedschaft erforderlich.

Allerdings sieht § 6 Abs. 9 Satz 3 SGB V hierfür eine zukunftsbezogene Umstellung vor, weil die betroffenen Arbeitnehmer bis zum 31.3.2007 weiterhin als freiwillige Mitglieder gelten. Vom 1.4.2007 an sind die betroffenen Mitglieder in eine Pflichtmitgliedschaft zu überführen, was für den Arbeitgeber die Durchführung

der erforderlichen meldeseitigen Korrekturen (Änderung der Beitragsgruppe in der Kranken- und Pflegeversicherung) sowie die Umstellung hinsichtlich Beitragstragung und –zahlung (Änderung von Beitragszuschuss in einen Pflichtbeitragsanteil) bedingt.

Nachweis des regelmäßigen Jahresarbeitsentgelts

Die Prüfung, ob ein Arbeitnehmer kv-pflichtig oder wegen Überschreiten der JAG kv-frei ist, hat in erster Linie vom Arbeitgeber zu erfolgen.

Insofern ist es erforderlich, dass der Arbeitgeber im Rahmen seiner Melde- und Beitragspflichten bei neu eingestellten Arbeitnehmern mit einem regelmäßigen Jahresarbeitsentgelt oberhalb der JAG in Erfahrung bringt, ob der neue Arbeitnehmer in dem der Be-

schäftigungsaufnahme vorangegangenen Drei-Kalenderjahreszeitraum mit einem regelmäßigen Jahresarbeitsentgelt oberhalb der JAG beschäftigt gewesen ist. Der Arbeitgeber muss sich die Verhältnisse in den Vorbeschäftigungszeiten nachweisen lassen und diese Nachweise beleghaft zu den Entgeltunterlagen nehmen.

Im Zweifelsfall ist eine Einbeziehung der zuständigen Krankenkasse erforderlich und von dieser eine abschließende Entscheidung über die KV-Pflicht oder -Freiheit treffen zu lassen. Zuständig ist dabei die

Krankenkasse, bei der für den betroffenen Arbeitnehmer eine Versicherung besteht. Für Arbeitnehmer, die nicht gesetzlich versichert sind, ist die Krankenkasse zuständig, an die die Renten- und Arbeitslosenversicherungsbeiträge abgeführt werden.

**Norbert Minn. Leiter der Abteilung
Mitgliedschaftsrecht/Rechnungswesen beim
VdAK**

Kranken- und Pflegeversicherung der Personen ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall

Die Zahl der Menschen, die ohne Absicherung im Krankheitsfall sind, hat in den letzten Jahren spürbar zugenommen. Nach den Erhebungen des Statistischen Bundesamts ist sie von geschätzten 105.000 Personen im Jahr 1995 auf 188.000 im Jahr 2003 angestiegen. „In einem modernen Sozialstaat ist es jedoch nicht hinnehmbar, dass eine größere Zahl von Menschen ohne Absicherung im Krankheitsfall ist“ (vgl. Bundestags-Drucksache 16/3100). Mit dem GKV-WSG soll daher das politische Ziel erreicht werden, dass in Deutschland niemand ohne Schutz im Krankheitsfall bleibt.

Die neue Versicherungspflicht

Vom 1.4.2007 an besteht Versicherungspflicht für **Personen ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall**, wenn sie zuletzt gesetzlich krankenversichert waren (§ 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a SGB V). Des Weiteren besteht Versicherungspflicht für Personen ohne Anspruch auf anderweitige Absicherung im Krankheitsfall, die (bisher) nicht in Deutschland gesetzlich oder privat krankenversichert waren (§ 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. b SGB V).

Personen, die nach einer dieser Regelungen der Krankenversicherungspflicht unterliegen, sind auch versicherungspflichtig in der sozialen Pflegeversicherung. Diese Versicherungspflicht gilt für alle Personen, die ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland haben.

Die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V ist gegenüber anderen Versicherungstatbeständen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), gegenüber einer privaten Krankenversicherung (PKV) und gegenüber anderen Formen der Absicherung im Krankheitsfall absolut nachrangig. Mithin ist die GKV zwar auf dem Weg zur Bürgerversicherung, eine vollständige Volksversicherung ist aber noch nicht verwirklicht. Die weitreichende Versicherungspflicht für in Deutschland lebende Personen wird vom 1.7.2007 an durch eine entsprechende Regelung in der PKV flankiert. Nach § 315 SGB V können von diesem Zeitpunkt an Personen ohne Versicherung im Standardtarif der PKV einen Versicherungsschutz verlangen. Ab 1.1.2009 besteht eine nachrangige Pflicht zur Versicherung auch in der PKV (§ 178a Abs. 5 ff. des Gesetzes über den Versicherungsvertrag – VVG) im sogenannten Basistarif. Die Versicherung im Standardtarif ab 1.7.2007 kann von der PKV nicht von einer Risikoprüfung abhängig gemacht werden. Risikozuschläge können nicht erhoben werden.

Zuletzt in der GKV versichert

Nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a SGB V sind Personen versicherungspflichtig, die

- keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und
- zuletzt in der GKV versichert waren.

Es werden Personen erfasst, deren gesetzliche Krankenversicherung ohne Anschlussversicherung vor dem

1.4.2007 endete oder die im Anschluss an das Ende einer Versicherung in der GKV nach dem 31.3.2007 ohne anderweitige Absicherung im Krankheitsfall sind. Hierzu gehören typischerweise

- a) ehemals freiwillige Mitglieder, wenn deren freiwillige Krankenversicherung in der Vergangenheit wegen Zahlungsverzugs beendet werden musste,
- b) ehemals Versicherungspflichtige und Familienversicherte, die nach dem Ende der Versicherung die Fortsetzung ihres Versicherungsschutzes versäumt bzw. die Vorversicherungszeiten für eine freiwillige Weiterversicherung nach § 9 SGB V nicht erfüllt haben,
- c) Auslandsrückkehrer, die vor dem Auslandsaufenthalt in der GKV versichert waren und keinen Zugang zu einer Pflichtversicherung, einer freiwilligen Versicherung oder einer Familienversicherung haben.

Auch Arbeitnehmer in einer geringfügig entlohnten Beschäftigung („400-Euro-Job“) sind nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V krankenversicherungspflichtig, wenn sie nicht bereits krankenversichert sind (z. B. auf Grund einer „Hauptbeschäftigung“ oder im Rahmen der Familienversicherung) und auch kein sonstiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall besteht. Die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V beseitigt die Versicherungsfreiheit im 400-Euro-Job nicht, da es sich nicht um eine Versicherung handelt, die von der Ausübung einer Beschäftigung oder von einem sonstigen Tatbestand abhängig ist.

Merkmal „zuletzt“ in der GKV versichert

Entscheidend für das Entstehen der Versicherungspflicht ist, dass zuletzt eine Versicherung in der GKV bestand. Hierbei handelt es sich um die zeitlich letzte Versicherung vor dem möglichen Zustandekommen einer Versicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V.

Sofern nach dem Ausscheiden aus der GKV eine private Krankenversicherung begründet wurde, sind die Voraussetzungen für eine Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a SGB V nicht erfüllt. Bei der PKV-Versicherung, die das Merkmal „zuletzt in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert“ beseitigt, handelt es um eine Krankheitskostenversicherung (§ 178b Abs. 1 VVG) oder um eine Krankentagegeldversicherung (§ 178b Abs. 3 VVG).

Eine Krankenhaustagegeldversicherung (§ 178b Abs. 2 VVG), eine Ausbildungs-, Auslands- oder Reisekrankenversicherung ist keine private Krankenversicherung im Sinne dieser Regelung. Auch ein privater Krankenversicherungsschutz während eines Auslandseinsatzes

(z. B. im Rahmen eines Gruppenversicherungsvertrages über den Arbeitgeber) führt nicht zu einer Zuordnung zur PKV, wenn unmittelbar vor dem Auslandseinsatz ein gesetzlicher Krankenversicherungsschutz bestanden hat.

Bisher weder gesetzlich noch privat versichert

Nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. b SGB V sind Personen versicherungspflichtig, die

- keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und
- bisher nicht gesetzlich oder privat krankenversichert waren, es sei denn, dass sie zu den in § 5 Abs. 5 SGB V oder den in § 6 Abs. 1 oder 2 SGB V genannten Personen gehören oder bei Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit im Inland gehört hätten.

Diese Versicherungspflicht kommt vorwiegend für Personen zustande, die erstmals ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland nehmen und keinen Zugang zur GKV auf Grund von Tatbeständen haben, die zur Pflichtversicherung (z. B. aufgrund einer Beschäftigung) oder einer Familienversicherung führen oder zu einer freiwilligen Versicherung berechtigen. Bei der Begründung einer Pflichtversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. b SGB V für Ausländer sind ergänzend besondere Zusatzregelungen (§ 5 Abs. 11 SGB V) zu beachten.

Ausschluss der Versicherungspflicht in der GKV

Die Versicherungspflicht kommt **nicht** in Betracht (§ 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. b zweiter Satzteil SGB V „es sei denn, dass ...“), wenn die Person

- zu den in § 5 Abs. 5 SGB V (Ausübung einer hauptberuflichen Selbstständigen Erwerbstätigkeit) oder zu den in § 6 Abs. 1 oder 2 SGB V (z. B. Beamter) genannten Personen gehört oder
- bei Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit in Deutschland gehört hätte.

Der Ausschluss der Versicherungspflicht orientiert sich an der Stellung im Erwerbsleben. Somit kann beispielsweise ein hauptberuflich Selbstständiger, der bisher in Deutschland nicht gesetzlich oder privat krankenversichert war, nicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. b SGB V versicherungspflichtig werden. Der Ausschluss anhand der Stellung im Erwerbsleben orientiert sich an der aktuellen Berufstätigkeit. Wird eine Berufstätigkeit

nicht mehr ausgeübt, so ist nicht zu prüfen, welchen Beruf der Versicherte während seines Erwerbslebens ausgeübt hat.

Verlegen Personen nach dem 31.3.2007 ihren Wohnsitz nach Deutschland, richtet sich dagegen die Beurteilung anhand der Stellung im Erwerbsleben an der zeitlich zuletzt ausgeübten beruflichen Tätigkeit im Ausland. Wurde zeitlich zuletzt vor Verlegung des Wohnsitzes nach Deutschland im Ausland eine hauptberufliche selbstständige Tätigkeit oder eine Tätigkeit im Sinne von § 6 Abs. 1 und 2 SGB V ausgeübt, ist eine Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. b SGB V ausgeschlossen. Gleiches gilt für Personen, die bereits aus dem Erwerbsleben ausgeschieden sind, aber davor eine berufliche Tätigkeit ausgeübt haben, die sie den in § 5 Abs. 5 oder § 6 Abs. 1 und 2 SGB V genannten Personen zuordnet.

Kein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall

Die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V ist davon abhängig, dass kein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall besteht. Diese wesentliche Tatbestandsvoraussetzung ergibt sich unmittelbar aus der Regelung des § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V. Sie wird ergänzt durch

- den Vorrang anderer Versicherungstatbestände (§ 5 Abs. 8a Satz 1 SGB V),
- den Vorrang von bestimmten Leistungen der Sozialhilfe (§ 5 Abs. 8a Satz 2 und 3 SGB V),
- die Abgrenzung zu nachgehenden Leistungsansprüchen (§ 5 Abs. 8a Satz 4 SGB V) und
- die Bestimmungen über das Ende der Mitgliedschaft (§ 190 Abs. 13 SGB V).

Insbesondere folgende Ansprüche auf anderweitige Absicherung im Krankheitsfall schließen die Versicherungspflicht für beide Fallgruppen des § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V aus:

- Pflichtversicherung, Familienversicherung oder freiwillige Versicherung in der GKV,
- private Krankenversicherung (Krankheitskostenversicherung, Krankentagegeldversicherung) unabhängig davon, ob ein Leistungsausschluss oder eine Wartezeit besteht,
- Anspruch auf Hilfe bei Krankheit im Rahmen der Jugendhilfe (§ 40 SGB VIII),
- Anspruch auf Beihilfe, soweit eine ergänzende Krankheitskostenvollversicherung besteht,

- Anspruch auf freie Heilfürsorge (einschließlich truppenärztlicher Versorgung),
- Anspruch auf Gesundheitsfürsorge nach dem Strafvollzugsgesetz oder auf sonstige Gesundheitsfürsorge,
- Anspruch auf Heil- oder Krankenbehandlung nach dem Bundesversorgungsgesetz, dem Bundesentschädigungsgesetz oder vergleichbaren gesetzlichen Regelungen,
- Bezug laufender Leistungen nach § 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes und der
- Anspruch auf Sachleistungen auf Grund über- und zwischenstaatlichen Rechts.

Ausschluss der Versicherungspflicht bei bestimmten Sozialhilfeleistungen

Empfänger laufender Leistungen der Sozialhilfe nach dem

- Dritten Kapitel des SGB XII (Hilfe zum Lebensunterhalt nach den §§ 27 bis 40 SGB XII),
- Vierten Kapitel des SGB XII (Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach den §§ 41 bis 46 SGB XII),
- Sechsten Kapitel des SGB XII (Eingliederungshilfe für behinderte Menschen nach den §§ 53 bis 60 SGB XII) und
- Siebten Kapitel des SGB XII (Hilfe zur Pflege nach den §§ 61 bis 66 SGB XII)

werden nicht der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V unterstellt. Der Sozialhilfeträger bleibt weiterhin Kostenträger für die Krankenbehandlung dieser Hilfeempfänger. Eine Unterbrechung des Sozialhilfebezugs von weniger als einen Monat führt ebenfalls nicht zur Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V.

Ob die Krankenbehandlung dieser Empfänger von Leistungen der Sozialhilfe im Rahmen des § 264 Abs. 2 SGB V auftragsweise von der Krankenkasse übernommen wird, ist in diesem Zusammenhang nicht von Bedeutung. Die Erbringung von Krankenversicherungsleistungen durch die Krankenkasse nach § 264 Abs. 2 SGB V stellt für sich gesehen ebenfalls einen Ausschlussstatbestand für den Eintritt von Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V dar, sofern (weiterhin) laufende Sozialhilfeleistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten oder Siebten Buch des SGB XII erbracht werden. Dieser Tatbestand kann nicht dadurch beseitigt werden, dass der Sozialhilfeträger den

Sozialhilfeempfänger aus dem Verfahren nach § 264 Abs. 2 SGB V abmeldet (vgl. auch Schreiben des BMG v. 27.3.2007 – 222-44032-3/6).

Personen, die allerdings auf der Grundlage des § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse geworden sind, bleiben Mitglied, und zwar auch dann, wenn zu einem späteren Zeitpunkt – ggf. erneut – Leistungen der Sozialhilfe nach dem Dritten, Vierten, Sechsten oder Siebten Kapitel des SGB XII gewährt werden (§ 190 Abs. 13 Satz 2 SGB V). Für Personen, die dagegen nach Beendigung einer anderen Versicherungspflicht (z. B. als Bezieher von Arbeitslosengeld II) innerhalb der Monatsfrist laufende Leistungen der Sozialhilfe nach dem Dritten, Vierten, Sechsten oder Siebten Kapitel des SGB XII erhalten, ist die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V ausgeschlossen.

Die Frage, ob für die Krankenbehandlung von Sozialhilfeempfängern (weiterhin) der Sozialhilfeträger oder im Rahmen einer Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V die Krankenkasse zuständig ist, wird in Zeiten knappen Geldes sicherlich zu erheblichen Streitverfahren zwischen den Krankenkassen und den Sozialhilfeträgern führen.

Nachgehender Leistungsanspruch

Ein nachgehender Leistungsanspruch nach § 19 Abs. 2 oder 3 SGB V ist dem Grunde nach ein Sachverhalt, der als anderweitige Absicherung im Krankheitsfall anzusehen ist. Die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V würde deshalb nicht eintreten. Das ist allerdings nur dann der Fall, wenn zwischen dem Ende eines

Beispiel

Ende der Mitgliedschaft aufgrund eines Beschäftigungsverhältnisses: 31. 7.2007
Zeitraum nach § 19 Abs. 2 SGB V: 1. 8.2007 bis 31. 8.2007

Mitgliedschaft aufgrund eines erneuten Beschäftigungsverhältnisses : 15. 9.2007

K. schöpft den Zeitraum des nachgehenden Leistungsanspruchs von maximal einem Monat aus, ohne dass sich ein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall anschließt. Für die Zeit vom 1.8.2007 bis 14.9.2007 besteht daher Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V, es sei denn, K. beantragt die freiwillige Krankenversicherung.

Pflichtversicherungsverhältnisses und dem Beginn eines neuen Versicherungsverhältnisses ein Zeitraum von nicht mehr als einem Monat liegt (= Zeitraum des nachgehenden Leistungsanspruchs).

Die Entscheidung, ob eine Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V eintritt wird in solchen Fällen vielfach erst im Nachhinein getroffen werden können, weil erst in der Rückschau festgestellt werden kann, ob innerhalb der Monatsfrist ein neues Versicherungsverhältnis oder sonstiger anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall wirksam wird.

Abgrenzung zur Beihilfe

Beihilfeberechtigte Personen (z. B. Beamte), die über keine ergänzende Krankheitskostenversicherung über den von der Beihilfe nicht übernommenen Kostenteil verfügen, werden als Personen ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall angesehen (vgl. Bundestagsdrucksache 16/3100). Sie fallen unter die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a SGB V, sofern sie zuletzt gesetzlich krankenversichert waren. Ob dies sachgerecht ist, mag dahin stehen, denn die Beihilfe ist für sich gesehen schon ein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall, schließlich sind Beamte gerade wegen des Anspruchs auf Beihilfe versicherungsfrei ohne das eine private Zusatzabsicherung gefordert wird. Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben sich aber unter Zurückstellung erheblicher Bedenken, der in der Gesetzesbegründung niedergelegten Auffassung angeschlossen, da insoweit der gesetzgeberische Wille zum Ausdruck käme, diesen Personen eine Möglichkeit zu eröffnen, nun Versicherungsschutz zu erlangen.

Beihilfeberechtigte Personen, die dagegen über eine entsprechende anteilige beihilfekonforme Krankheitskostenversicherung verfügen, haben einen anderweitigen

Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall und erfüllen daher die Voraussetzungen des § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V nicht.

Versicherungsfreiheit

Die Regelungen über die absolute Versicherungsfreiheit (§ 6 Abs. 3 und Abs. 3a SGB V), finden auf Personen, die von

der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V erfasst werden, keine Anwendung.

Die Versicherungsfreiheit wegen der Vollendung des 55. Lebensjahres und nicht ausreichender Vorversicherungszeiten gilt nach ausdrücklicher Bestimmung in § 6 Abs. 3a Satz 4 SGB V nicht für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V Versicherungspflichtigen.

Eine Befreiung von der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V ist ausgeschlossen, da § 8 SGB V mit seiner abschließenden Aufzählung von Befreiungstatbeständen kein Befreiungsrecht für die in Rede stehenden Person vorsieht. Eine in der Vergangenheit erteilte Antragsbefreiung verliert ihre Gültigkeit, wenn der Betroffene über keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall verfügt.

Hauptberuflich selbstständige Tätigkeit

Die Ausübung einer hauptberuflich selbstständigen Erwerbstätigkeit steht der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V nicht generell entgegen. Hauptberuflich selbstständig Tätige, die zuletzt gesetzlich krankenversichert waren und die keinen anderweitigen Anspruch auf eine Absicherung im Krankheitsfall haben, können somit der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a SGB V unterliegen. Für hauptberuflich Selbstständige, die noch nie in der GKV versichert waren, ist die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. b SGB V ausgeschlossen. Wird jedoch erst nach Beginn der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V eine hauptberuflich selbstständige Tätigkeit aufgenommen, endet diese Versicherungspflicht nicht.

Feststellung der Versicherungspflicht

Die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V ist eine gegenüber anderen Versicherungstatbeständen in der GKV, gegenüber der PKV und gegenüber anderen Formen der Absicherung im Krankheitsfall absolut nachrangig. Sie tritt kraft Gesetzes ein, wenn ihre Voraussetzungen vorliegen. Da die Krankenkassen hiervon aber nicht ohne Weiteres Kenntnis erhalten, haben die Betroffenen der zuständigen Krankenkasse das Vorliegen der Voraussetzungen der Versicherungspflicht selbst anzuzeigen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben dafür ein Formular „Anzeige zur Pflichtversicherung“ entwickelt.

Die Prüfung der Voraussetzungen zum Vorliegen von Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V obliegt der zuständigen Krankenkasse (vgl. S. 13 f.). Bei der Prüfung sind alle zur Verfügung stehenden Erkenntnismöglichkeiten auszuschöpfen.

Liegen bei Ehegatten oder Lebenspartnern die Voraussetzungen der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V gleichzeitig vor, können sie übereinstimmend erklären, wer (von beiden) versicherungspflichtig wird, wenn für den anderen die Voraussetzungen der Familienversicherung erfüllt sind.

Für Zeiten ab dem 1.4.2007 ist zwischen zwei Versicherungsverhältnissen in der GKV ein Zeitraum ohne anderweitige Absicherung regelmäßig nicht mehr denkbar. Bevor eine Versicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V zustande kommt, ist allerdings stets vorrangig zu prüfen, ob für die Versicherung ein anderweitiger Tatbestand infrage kommt. Das gilt insbesondere für die Möglichkeiten einer freiwilligen Versicherung oder einer Familienversicherung.

Versicherungspflicht auch nachträglich

Die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V ist obligatorisch für alle Personen, die die Voraussetzungen erfüllen. Sie tritt deshalb auch rückwirkend ein, wenn sie erst zu einem späteren Zeitpunkt festgestellt wird, weil der Versicherte sich z. B. erst nach einem halben Jahr bei einer Krankenkasse meldet. Für den zurückliegenden Zeitraum wären auch die Beiträge nachzuzahlen. Die Krankenkassen haben jedoch in ihren Satzungen Bestimmungen vorzusehen, die für solche Fälle Erleichterungen bei der Nachzahlung der Beiträge vorsehen (§ 186 Abs. 11 Satz 4 SGB V). Diese Erleichterungen sind jedoch in aller Regel an enge Voraussetzungen geknüpft.

Beiträge/Beitragszahlung

Beitragsrechtlich werden die Versicherungspflichtigen nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V wie freiwillig Versicherte behandelt (§ 227 in Verbindung mit § 240 SGB V). Somit sind die Grundsätze, die für die Beitragsbemessung und -erhebung bei freiwillig Versicherten gelten – einschließlich der dazu ergangenen Rechtsprechung – uneingeschränkt bei der Beitragsberechnung dieser neuen Gruppe der Versicherungspflichtigen zu berücksichtigen. Von einer detaillierten Darstellung wird deshalb an dieser Stelle abgesehen.

Zu den Folgen der Nichtzahlung der Beiträge und der möglichen Übernahme der Beiträge bei Bedürftigkeit durch die Sozialhilfeträger s. S. 15 ff.

**Stefan Sieben, Abteilung Mitgliedschaftsrecht/
Rechnungswesen beim VdAK**

Krankenkassenwahlrechte zum 1. April 2007

Mitglieder der GKV können grundsätzlich frei entscheiden, welcher Krankenkasse sie angehören möchten. Außer den Ersatzkassen stehen Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen, die Knappschaft sowie – eingeschränkt – die See-Krankenkasse zur Wahl. An ihre Wahlentscheidung sind Versicherte grundsätzlich mindestens 18 Monate gebunden. Vor Ablauf der 18-monatigen Bindungsfrist kann die Krankenkasse nur gewechselt werden, wenn durch eine Beitragssatzerhöhung der Krankenkasse ein so genanntes Sonderkündigungsrecht ausgelöst wird.

Änderungen zum 1. April 2007

Zum 1. April 2007 haben sich Änderungen des Krankenkassenwahlrechts ergeben. Im Einzelnen handelt es sich insbesondere um

- die Berücksichtigung einer dreijährigen Bindungsfrist bei Inanspruchnahme von Wahlтарifen,
- die Öffnung der Knappschaft für alle Versicherten,
- die Aufnahme von Regelungen zur Krankenkassenzuständigkeit und -wahl für Personen ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall sowie
- die Einführung einer Nachweispflicht über einen Krankenversicherungsschutz nach einer Kündigung.

Dreijährige Bindungsfrist bei Inanspruchnahme von Wahlтарifen

Die Krankenkassen dürfen ihren Mitgliedern für zusätzliche Leistungen oder Prämienzahlungen Wahlтарife anbieten (z. B. einen Selbstbehaltтарif oder Kostenerstattungstarif). Tritt ein Mitglied einem Wahlтарif seiner Krankenkasse bei, ist es für drei Jahre an diese Krankenkasse gebunden. Insoweit ist neben der allgemeinen 18-monatigen auch die besondere dreijährige Bindungsfrist zu berücksichtigen. Beide Bindungsfristen können zu unterschiedlichen Zeitpunkten beginnen und müssen nicht parallel verlaufen. Wird innerhalb einer laufenden dreijährigen Bindungsfrist ein weiterer Wahl-

тарif in Anspruch genommen, beginnt eine erneute dreijährige Bindungsfrist.

Für die Berechnung der Dreijahresfrist ist die nach dem Beginn des Wahlтарifs zurückgelegte Zeit einschließlich etwaiger Unterbrechungszeiträume (z. B. wegen einer Familienversicherung bei einer anderen Krankenkasse) zu berücksichtigen. Nach einer Unterbrechung der Mitgliedschaft ist das Mitglied noch für die restliche Dauer der Dreijahresfrist an seine Krankenkasse gebunden.

Während der dreijährigen Bindungsfrist an den Wahlтарif ist das normalerweise zustehende Sonderkündigungsrecht bei einer Beitragssatzerhöhung ausgesetzt.

Beispiel 1

W. gehört der Krankenkasse A seit dem 1.2.2007 an. Die 18-monatige Bindungsfrist verläuft vom 1.2.2007 bis 31.7.2008.

Ab dem 1.5.2008 entscheidet sich W. für einen Wahlтарif der Krankenkasse A. Die dreijährige Bindungsfrist verläuft vom 1.5.2008 bis 30.4.2011.

Die Bindungsfrist an die Krankenkasse A endet am 30.4.2011. W. kann ihre Krankenkasse unter Einhaltung der Kündigungsfrist frühestens zum 1.5.2011 wechseln.

Ferner dürfen freiwillig Versicherte ihre Krankenkasse nicht zugunsten einer privaten Krankenversicherung kündigen. Insoweit eröffnen die Wahlтарife den Krankenkassen Gestaltungsmöglichkeiten, ihre Mitglieder längerfristig an sich zu binden. In besonderen Härtefällen können die Krankenkassen ein Kündigungsrecht für den Wahlтарif vorsehen.

Öffnung der Knappschaft für alle Versicherten

Die Knappschaft (ehemals Bundesknappschaft) ist seit dem 1. April 2007 eine frei wählbare Krankenkasse. Ihre besondere Zuständigkeit für bestimmte Personen mit Bezug zum Bergbau ist weggefallen. Die bisher der Knappschaft gesetzlich zugewiesenen Personen können nun zu einer anderen Krankenkasse (z. B. zu einer Ersatzkasse) wechseln.

Beispiel 2

S. ist Pflichtmitglied der Knappschaft seit:	1.3.2006
Ablauf der 18-monatigen Bindungsfrist:	31.8.2007
Kündigung bei der Knappschaft und Wahl einer Ersatzkasse am:	12.07.2007
Kündigungsfrist endet am:	30.9.2007
Mitgliedschaft bei der Ersatzkasse beginnt am:	1.10.2007

Beispiel 3

P. war Mitglied der Krankenkasse A	vom 1.8.1987 bis 30.11.1998
Ohne Krankenversicherungsschutz	seit 1.12.1998
Versicherungspflicht und Rückkehr in die GKV	ab 1.4.2007
Krankenkasse A ist wieder zuständig ab	1.4.2007

P. ist vom 1.4.2007 an für 18 Monate (bis 30.9.2008) an ihre Krankenkasse A gebunden. Der Wechsel zu einer anderen Krankenkasse kommt frühestens zum 1.10.2008 in Betracht, sofern die Krankenkasse A nicht vorher ihren Beitragssatz erhöht und dem Mitglied dadurch ein Sonderkündigungsrecht zusteht.

Beispiel 4

K. war Mitglied der Krankenkasse A	vom 1.5.2005 bis 15.1.2007
Ohne Absicherung im Krankheitsfall	seit 16.1.2007
Versicherungspflicht und Rückkehr in die GKV	ab 1.4.2007
Krankenkasse A zuständig	ab 1.4.2007

Da die Bindungsfrist (vom 1.5.2005 bis 31.10.2006) bereits abgelaufen ist, kann K. unter Einhaltung der Kündigungsfrist zu einer anderen Krankenkasse wechseln; bei Kündigung im April zum 1.7.2007.

Personen ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall

Seit dem 1. April 2007 werden Personen ohne einen anderen Krankenversicherungsschutz unter bestimmten Voraussetzungen (wieder) gesetzlich krankenversichert (vgl. S. 8).

Die betreffenden Personen werden bei Eintritt der Versicherungspflicht Mitglied der Krankenkasse oder dem Rechtsnachfolger der Krankenkasse, bei der zuletzt eine – ggf. schon viele Jahre zurückliegende – Mitgliedschaft oder Familienversicherung bestanden hat. Bestand zu keinem Zeitpunkt eine gesetzliche oder pri-

vate Krankenversicherung, können sie bei Eintritt der Versicherungspflicht ihre Krankenkasse frei wählen. Vorstehende Ausführungen auch für den Fall, dass die Versicherungspflicht erst zu einem späteren Zeitpunkt nachträglich festgestellt wird.

Mit Aufnahme in die GKV ist das Mitglied grundsätzlich mindestens 18 Monate an seine Krankenkasse gebunden. Insofern finden die allgemeinen Regelungen zum Krankenkassenwahlrecht Anwendung (s.o.).

Personen, deren Mitgliedschaft in der GKV innerhalb der letzten 18 Monate geendet hat, werden ebenfalls ihrer letzten Krankenkasse zugewiesen. Allerdings sind sie keine vollen 18 Monate mehr an diese Krankenkasse gebunden, da die Bindungsfrist ihrer letzten Mitgliedschaft maßgebend ist. Sind diese 18 Monate abgelaufen, können diese Mitglieder unter Einhaltung der zweimonatigen Bindungsfrist zu einer anderen Krankenkasse wechseln.

Nachweispflicht über Krankenversicherungsschutz nach Kündigung

Bislang konnten freiwillig versicherte Mitglieder die GKV verlassen, ohne anschließend über einen Krankenversicherungsschutz zu verfügen.

Durch die neue Versicherungspflicht für Personen ohne einen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall müssen freiwillig Versicherte seit dem 1. April 2007 einen sich an das Ende der Mitgliedschaft in der GKV anschließenden anderweitigen Krankenversicherungsschutz (z. B. bei einer PKV) nachweisen. Sonst setzt sich die Mitgliedschaft bei der bisherigen Krankenkasse fort.

Harald Janas, Abteilung Mitgliedschaftsrecht/Rechnungswesen beim VdAK

Folgen der Nichtzahlung von Beiträgen und Beitragsübernahme

Bis zur Einführung der Versicherungspflicht für alle in Deutschland lebenden Personen nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V (vgl. S. 8) haben freiwillig Versicherte ihren Versicherungsschutz in der gesetzlichen Krankenversicherung verloren, wenn sie für zwei Monate die fälligen Beiträge trotz des Hinweises auf die damit verbundenen Rechtsfolgen nicht gezahlt haben. Diese Regelung ist mit dem 31.3.2007 entfallen, da sie mit einer „Versicherung für Alle“ nicht vereinbar wäre.

Die Nichtzahlung von Beiträgen soll zum Einen nicht sanktionslos bleiben, zum Anderen soll die Krankenkasse nicht allein das Risiko der Nichtzahlung von Beiträgen tragen. Deshalb sieht das GKV-WSG folgende ergänzende Maßnahmen vor:

- Übernahme der Beiträge zur freiwilligen Versicherung und der damit verbundenen Pflegeversicherungsbeiträge durch das Sozialamt bei Bedürftigkeit,
- Übernahme der Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung für beitragspflichtige Rentenantragsteller (keine Änderung gegenüber dem bisherigen Recht),
- Übernahme der Beiträge bei Versicherungspflicht in der Kranken- und Pflegeversicherung für Versicherungspflichtige nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V bei Bedürftigkeit,
- Erhebung von Säumniszuschlägen in Höhe von 5 Prozent pro angefangenen weiteren Rückstandsmonat (§ 24 Abs. 1a SGB V) für die Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge bei freiwillig Versicherten oder Versicherungspflichtigen nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V und
- Ruhen des Leistungsanspruchs bei Nichtzahlung der Beiträge.

Übernahme der Beiträge durch das Sozialamt

Die Übernahme der Beiträge durch das Sozialamt ist in § 32 SGB XII (vgl. Artikel 10 GKV-WSG) geregelt. Diese Bestimmung wird ebenfalls zum 1.4.2007 in Kraft treten. Dazu bedarf es zwar noch einer gesetzlichen Korrektur. Es war jedoch gesetzgeberischer Wille, diese Regelung zu diesem Zeitpunkt wirksam werden zu lassen. In welchem Gesetzgebungsvorhaben die-

se Korrektur vorgenommen werden wird, stand bei Redaktionsschluss noch nicht fest.

Beiträge für freiwillig Versicherte

Die Beitragsübernahme für freiwillig Versicherte ist nach zwei Vorschriften möglich. Zum einen nach § 32 Abs. 1 Satz 1 SGB XII. Danach werden die Beiträge übernommen, wenn der Versicherte bedürftig im Sinne des Sozialhilferechts ist. Die Beitragsübernahme erstreckt sich auf die Personen, die im Anschluss an eine Pflichtversicherung eine freiwillige Versicherung begründet haben. Die Beitragsübernahme nach dieser Regelung ist für die Sozialhilfeträger obligatorisch.

Nach § 32 Abs. 2 SGB XII kann der Sozialhilfeträger bei Bedürftigkeit die Beiträge für freiwillig Versicherte übernehmen, deren freiwillige Versicherung nicht auf einer Anschlussversicherung an eine Pflichtversicherung beruht. Insoweit handelt es sich um eine Ermessungsleistung des Sozialhilfeträgers. Eine Verpflichtung besteht allerdings dann, wenn die Hilfe zum Lebensunterhalt voraussichtlich nur für kurze Dauer zu leisten ist (§ 32 Abs. 2 Satz 2 SGB XII).

Die Schwierigkeiten bei der Abgrenzung liegen auf der Hand. Soll die Beitragsübernahme verpflichtend sein, muss geprüft werden, auf welcher Rechtsvorschrift die freiwillige Mitgliedschaft beruht. Ferner ist ggf. festzustellen, ob die Hilfe zum Lebensunterhalt nur für kurze Dauer zu leisten ist.

Beiträge für Pflichtversicherte

Von den Sozialhilfeträgern sind auch die Beiträge für die Personen zu übernehmen, die nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V der Versicherungspflicht unterliegen und hilfebedürftig sind.

Ferner sind diese Pflichtbeiträge in dem zur Vermeidung von Hilfebedürftigkeit erforderlichen Umfang für Personen zu übernehmen, **die nur durch die Zahlung der Pflichtbeiträge hilfebedürftig werden** (§ 32 Abs. 1 Satz 3 SGB XII). Das sind also Personen (Grenzfälle), die zwar nicht originär leistungsberechtigt nach dem SGB XII sind, weil keine Bedürftigkeit vorliegt, die Bedürftigkeit aber durch den Beitragsaufwand entstehen kann. In diesen Fällen kann der Sozialhilfeträger

auf Anforderung der jeweiligen Krankenkasse die Pflichtbeiträge in voller Höhe und unmittelbar an die Krankenkasse zahlen, wenn die leistungsberechtigte Person ihrer Zahlungsverpflichtung nachweisbar nicht nachkommt und deshalb Beitragsschulden aufgelaufen sind. Dies ist regelmäßig dann anzunehmen, wenn der nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V Versicherungspflichtige bereits einen Beitrag bis zum Fälligkeitstag nicht gezahlt hat. Zur Vermeidung weiterer Beitragsrückstände werden die Krankenkassen nach der ersten Zahlungsaufforderung an die Träger der Sozialhilfe herantreten, die Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge direkt an die jeweilige Krankenkasse zu zahlen. Dem Versicherungspflichtigen wird aber eine angemessene Frist zur Zahlung der Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge eingeräumt, bevor die Krankenkasse den Sozialhilfeträger zur Beitragsübernahme auffordert.

Übernimmt der Sozialhilfeträger die Beiträge nach Aufforderung durch die Krankenkasse, ist der Versicherte verpflichtet einen Anteil der übernommenen Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge dem Sozialhilfeträger zu erstatten. Von dieser Erstattungspflicht hat der Sozialhilfeträger den Versicherten zu unterrichten.

Erhebung von Säumniszuschlägen

Bisher endete die freiwillige Mitgliedschaft, wenn zweimal am Zahltag die freiwilligen Beiträge nicht entrichtet wurden. Durch die Aufhebung dieser Regelung bleiben künftig freiwillige Mitglieder dauerhaft in der GKV versichert, ohne dass die Nichtzahlung von Beiträgen die Mitgliedschaft beendet. Die Krankenkasse kann lediglich im Wege der regulären Vollstreckung Beiträge eintreiben.

„Zur Durchsetzung der Verpflichtung der Beitragszahlung ist die schuldhaftige Nichtzahlung der Beiträge künftig mit einem höheren Säumniszuschlag zu versehen. Dies ist schon allein deshalb erforderlich, weil Einnahmeausfälle von der Versichertengemeinschaft auszugleichen sind. Die Sanktion durch Säumniszuschläge in Höhe von bisher einem Prozent ist nicht ausreichend“. Diese hehren Worte aus der Gesetzesbegründung können aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass der 5-prozentige Säumniszuschlag des § 24 Abs. 1a SGB IV vielfach ein stumpfes Schwert sein wird. Wer sich in wirtschaftlichen Schwierigkeiten befindet und

deshalb die Beiträge nicht zahlen kann, wird auch in der Erwartung dieses hohen Säumniszuschlages seine Beitragsschuld nicht vorzeitig begleichen. Gleichwohl werden die Krankenkassen diese Vorgaben umsetzen müssen. Es bleibt abzuwarten, wie sich dieser Säumniszuschlag auf das Zahlungsverhalten auswirken wird.

Auch die Personen, die nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V versicherungspflichtig sind, haben bei Beitragsrückständen den 5-prozentigen Säumniszuschlag nach § 24 Abs. 1a SGB V zu zahlen.

Ruhen der Leistungen

Die Nichtzahlung von Beiträgen führt zu einem Ruhen des Leistungsanspruchs (§ 16 Abs. 3a Satz 2 SGB V). Dieses Ruhen erstreckt sich jedoch nicht auf Leistungen, die

- zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie
- bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind.

Die Beurteilung, ob eine Erkrankung akuter Natur oder auf akuten Schmerzzuständen beruht, wird damit in Zukunft an Bedeutung gewinnen. Die Sozialgerichte werden es zu spüren bekommen. Das Ruhen der Leistungen erstreckt sich auch auf die Leistungsansprüche der Familienversicherten. Es endet, wenn alle rückständigen Beiträge gezahlt sind oder wenn Versicherte hilfebedürftig im Sinne der Regelungen über das Arbeitslosengeld II oder im Sinne des Sozialhilferechts werden. Das Ruhen endet schon dann, wenn der Sozialhilfeträger erklärt, dass die Beiträge nach § 32 SGB XII übernommen werden.

Das Ruhen der Leistungen wegen Nichtzahlung der Beiträge kann auch einen pflichtversicherten Studenten treffen. Für pflichtversicherte Künstler und Publizisten ist dieses Ruhen der Leistungen bereits seit Einführung dieser Versicherungspflicht vorgesehen; die dafür geltenden Regelungen wurden durch das GKV-WSG nicht geändert.

**Stefan Sieben, Abteilung Mitgliedschaftsrecht/
Rechnungswesen beim VdAK**

Beitragsbemessung für bedürftige Selbstständige

Die Beitragsberechnung der hauptberuflich selbstständig Tätigen ist kompliziert. Dem Grunde nach haben diese Personen die Beiträge nach der Beitragsbemessungsgrenze zu zahlen. Dies führt zu einem monatlichen Beitrag von ca. 470 Euro (Krankenversicherung) bzw. 60,56 Euro (Pflegeversicherung). Auf Antrag können sie jedoch die Beiträge nach den tatsächlichen Einnahmen zahlen. Allerdings ist eine Mindestbeitragsbemessungsgrundlage in Höhe des 40. Teils der monatlichen Bezugsgröße maßgebend (Ausnahme: von der Agentur für Arbeit geförderte Existenzgründer). Diese Mindestbeitragsbemessungsgrundlage (2007 = 1.837,50 Euro), die zu einem Beitrag in der Krankenversicherung von ca. 240 Euro und in der Pflegeversicherung von mindestens 31,23 Euro monatlich führt, wurde oft als hoch empfunden. Andererseits ist sie nicht verfassungswidrig (Beschluss des Bundesverfassungsgerichts v. 22.5.2001 – 1 BvL 4/96, USK 2001-29).

Neuregelung durch das GKV-WSG

Im Rahmen des GKV-WSG werden die Krankenkassen nun verpflichtet, Satzungsregelungen zu schaffen, dass die Beiträge für hauptberuflich selbstständig Tätige bei einkommensbezogener Einstufung nach einem geringeren Betrag als 1.837,50 Euro bemessen werden können (§ 240 Abs. 4 Satz 3 und 4 SGB V). Aber auch bei dieser Regelung sind weiterhin Beiträge nach einer Mindestbeitragsbemessungsgrundlage zu zahlen. Diese entspricht kalendertäglich dem 60. Teil der monatlichen Bezugsgröße (monatlich = 1.225 Euro). Die Krankenversicherungsbeiträge würden dann mindestens ca. 162 Euro und in der Pflegeversicherung mindestens 20,83 Euro betragen.

Die Satzungsregelung ist für die Krankenkasse obligatorisch, bei der Formulierung bestehen jedoch verschiedene Gestaltungsmöglichkeiten. Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben eine Empfehlung für eine Satzungsregelung erarbeitet.

Bedürftigkeitsprüfung unter Berücksichtigung des Partners

Mit der neuen Regelung sollen etwaige soziale Härten bei der Beitragsbemessung für hauptberuflich Selbstständige vermieden werden. Von der Entlastung, die in der Regel zu nicht mehr kostendeckenden Beitragszah-

lungen führt, sollen nur bedürftige Selbstständige profitieren (Bundestags-Drucksache 16/3100). Die Krankenkasse ist deshalb verpflichtet, engere Voraussetzungen für die Zugrundelegung einer geringeren wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit in Anlehnung an die im Bereich des SGB II für die die Hilfebedürftigkeit von Arbeitssuchenden geltenden Regeln zur Bedarfsgemeinschaft und zur Vermögensprüfung zu definieren.

Ausschlussgründe

Folgende Sachverhalte sollen nach Auffassung der Spitzenverbände der Krankenkassen im Rahmen einer Satzungsregelung eine Bedürftigkeit ausschließen. Wird auch nur eines der nachstehend genannten Kriterien (vgl. a bis e) erfüllt, kommt eine begünstigende Beitragsbemessung nicht in Betracht.

- a) Die Hälfte der auf den Kalendertag entfallenden beitragspflichtigen Einnahmen im Sinne des § 240 SGB V der Bedarfsgemeinschaft entspricht oder übersteigt den Betrag von 1.837,50 Euro.

Die Beitragsbemessung unter Bedürftigkeitsgesichtspunkten soll zu einer Beitragsbemessung unterhalb des Betrages von 1.837,50 Euro führen. Das ist aber schon dann ausgeschlossen, wenn die Bedarfsgemeinschaft selbst bereits Einnahmen in dieser Höhe erzielt. Bei der Bedürftigkeitsprüfung wird auch das Einkommen und Vermögen des Partners berücksichtigt, unabhängig davon, ob dieser in der GKV versichert ist oder nicht.

Bei der Berücksichtigung der beitragspflichtigen Einnahmen zur Prüfung der Bedürftigkeit wird für jedes in der Bedarfsgemeinschaft lebende Kind des Mitglieds oder des Partners ein Freibetrag von 484 Euro abgesetzt. Dieser Betrag orientiert sich an dem höchstmöglichen Unterhaltsbedarf, der nach § 32 Abs. 6 EStG geltend gemacht werden kann und der als Mindestorientierungsgröße für einen Absetzungsbetrag bei der Anrechnung von Einkommen des Ehegatten bei der Beitragsbemessung berücksichtigt werden muss (BSG v. 17.5.2001 – B 12 KR 35/00 R, USK 2001-14). Berücksichtigungsfähig sind die Kinder, die dem Grunde nach die Voraussetzungen für die Familienversicherung nach § 10 SGB V erfüllen. Voraussetzung ist, der Partner könnte für dieses Kind eine Familienversicherung geltend machen.

- b) Die Bedarfsgemeinschaft erzielt steuerpflichtige Einkünfte aus Kapitalvermögen.
Diese Ausschlussregelung berücksichtigt, dass das Vorhandensein von steuerpflichtigen Einkünften aus Kapitalvermögen die Existenz eines Vermögens voraussetzt, dessen Höhe den Freibetrag nach Buchstabe d) übersteigt. Eine Bedürftigkeit kann in einem solchen Fall nicht angenommen werden.
- c) Die Bedarfsgemeinschaft erzielt positive oder negative Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung.
Immobilienvermögen, das über eine eigengenutzte Eigentumswohnung oder ein eigengenutztes Hausgrundstück hinausgeht, schließt die Bedürftigkeit aus. Das gilt auch dann, wenn negative Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung erzielt werden.

Tipp

Zu den Themen:

- Ausscheiden aus der Versicherungspflicht wegen Überschreiten der Jahresbeitragsentgeltgrenze,
- Versicherungspflicht der Personen ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall,
- Krankenkassenwahlrechte und
- Beitragsbemessung für bedürftige hauptberuflich Selbstständige

haben die Spitzenverbände der Krankenkassen in umfangreichen Rundschreiben und Verlautbarungen weitergehende Hinweise gegeben. Sie finden diese im Internet unter www.vdak-aev.de unter dem Menüpunkt "Arbeitgeber".

- d) Das Vermögen des Mitglieds oder seines Partners übersteigt das Vierfache der monatlichen Bezugsgröße (derzeit 9.800 Euro).
Sofern nicht bereits nach den Buchstaben a) bis c) eine Beitragsbegünstigung ausgeschlossen ist, kommt eine Bewertung des Vermögens in Betracht. Diese Ausschlussklausel ist anzuwenden, wenn entweder das Mitglied oder dessen Partner ein Vermögen von mehr als dem Vierfachen der monatlichen Bezugsgröße aufweist. Der Grenzbetrag berücksichtigt, dass bei der Vermögensprüfung nach § 12 Abs. 2 SGB II ein Grundfreibetrag von 9.750 Euro eingeräumt wird.
- e) Das Mitglied beschäftigt im Zusammenhang mit seiner selbstständigen Tätigkeit regelmäßig mindestens einen mehr als geringfügig beschäftigten oder mehrere nur geringfügig beschäftigte Arbeitnehmer, deren Arbeitsentgelt zusammen aus diesen Beschäftigungsverhältnissen regelmäßig 400 Euro im Monat übersteigt.

Diese Ausschlussklausel trägt insbesondere dem Umstand Rechnung, dass in der Sozialversicherung im Allgemeinen eine besondere Schutzwürdigkeit des hauptberuflich selbstständig Tätigen nicht mehr angenommen wird, wenn ein versicherungspflichtiger Arbeitnehmer oder eine Reihe von Arbeitnehmern beschäftigt werden, die in ihrer Gesamtheit gesehen, nicht mehr geringfügig beschäftigt werden. Der Krankenkasse ist es freigestellt, diese Regelung bei Ihren Feststellungen vorrangig zu prüfen.

Bedarfsgemeinschaft

Die Bedarfsgemeinschaft im Rahmen der Bedürftigkeitsprüfung wird durch den hauptberuflich selbstständig Tätigen, seinen Ehegatten oder seinen gleichgeschlechtlichen Lebenspartner (eingetragene Lebenspartnerschaft) oder seinen Partner in einer eheähnlichen Gemeinschaft gebildet.

Verfahren

Die günstige Beitragsbemessung kommt nur auf Antrag des Versicherten zustande. Sie kann auch von hauptberuflich selbstständig Tätigen geltend gemacht werden, die am 1.4.2007 nach dem Betrag von 1.837,50 Euro eingestuft sind. Der Versicherte

hat die erforderlichen Angaben im Rahmen einer Selbstauskunft zu machen.

Die Vorschriften für die Beitragsbemessung bei hauptberuflich selbstständig Erwerbstätigen setzen voraus, dass die Beiträge in der Regel endgültig festgesetzt werden, da der Nachweis geänderter Einnahmen nur zukunftsbezogen berücksichtigt werden darf (BSG-Urteil v. 22.3.2006 – B 12 KR 14/05). In der Regel ist ein vergangenheitsbezogener Einkommensnachweis wie der Steuerbescheid Grundlage für eine zukunftsbezogene Beitragsfestsetzung. Die damit lediglich zeitversetzt stattfindende Berücksichtigung der tatsächlichen Einnahmen der hauptberuflich Selbstständigen ist Wesen der Beitragsbemessung der freiwillig versicherten Selbstständigen. Dieses Wesen der Beitragsbemessung der Selbstständigen (Endgültigkeit der Beitragsfestsetzung, zeitversetzte Berücksichtigung von Einkommensveränderungen) soll durch die Bedürftigkeitsprüfung nicht verändert werden.

Dennoch sind die Vermögensverhältnisse zum Zeitpunkt der Antragstellung maßgebend. Insoweit wird eingetretene Änderungen gegenüber dem für die Beitragsbemessung zu berücksichtigenden Einkommensteuerbescheid in den Lebensverhältnissen bei der Prüfung der Bedürftigkeit Rechnung getragen. Allerdings werden die zum Zeitpunkt des Antrags auf Beitragsbemessung nach § 240 Abs. 4 Satz 3 und 4 SGB V festgestellten Verhältnisse in der Bedarfsgemeinschaft nur zu Beginn der Beitragsbemessungsperiode geprüft. Sie gelten für deren Dauer – bis zur Vorlage des neuen Einkommensteuerbescheides – fort. Eine andere Betrachtungsweise hätte zur Konsequenz, dass die Lebensverhältnisse einer ständigen Überprüfung zu unterziehen wären. Das wird aber von der Regelung nicht bezweckt. Hier sind jedoch mögliche abweichende Verfahren bei einzelnen Krankenkassen bereits erkennbar.

Insoweit gilt: Die Beitragsbemessung richtet sich allein nach den Einnahmen des Selbstständigen. Maßgebend

ist das Einkommen aus dem letzten Einkommensteuerbescheid. Für die Bedürftigkeitsprüfung fließt dieses Einkommen in den Topf der Bedarfsgemeinschaft. Dieser wird ergänzend aus den Einnahmen und dem Vermögen des Partners in der Bedarfsgemeinschaft gespeist. Wird hiernach eine Bedürftigkeit festgestellt, sind die Einnahmen des Mitglieds aus dem letzten Einkommensteuerbescheid zwischen 1.225 Euro und 1.837,50 Euro für die Beitragsbemessung maßgebend. Kann Bedürftigkeit nicht nachgewiesen werden, sind die Beiträge nach dem letzten Einkommensteuerbescheid mindestens aus 1.837,50 Euro zu erheben. Bei der Vorlage des nächsten Einkommensteuerbescheides kann der Versicherte die Beitragsbemessung unter Berücksichtigung der Bedürftigkeit erneut beantragen.

Stefan Sieben, Abteilung Mitgliedschaftsrecht/
Rechnungswesen beim VdAK

Beitragsbemessung für freiwillig versicherte Studenten, die im Ausland studieren

Die Beiträge für freiwillig versicherte Studenten, die im Ausland studieren, werden ab 1.4.2007 nach der für pflichtversicherte Inlandsstudenten geltenden Beitragsbemessungsgrundlage von derzeit 466 Euro und einem Beitragssatz von 10,2 Prozent berechnet (§ 240 Abs. 4 Satz 6 SGB V). Dies führt zu einem Beitrag von 47,53 Euro in der Krankenversicherung bzw. 7,92 Euro in der Pflegeversicherung. Allerdings handelt es sich nur um eine Mindestbeitragsbemessungsgrundlage. Erzielt der Auslandsstudent sonstige Einnahmen, sind diese bei der Beitragsbemessung zu berücksichtigen.

Die freiwillige Versicherung bei einem Auslandsstudium wird in aller Regel nur bei einem Studium im grenznahen Bereich eine Rolle spielen. Diese günstige Beitragsbemessung ist wie bei pflichtversicherten Inlandsstudenten daran gebunden, dass der Student das 14. Fachsemester oder das 30. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

Stefan Sieben, Abteilung Mitgliedschaftsrecht/
Rechnungswesen beim VdAK

Impressum:

Herausgeber: Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V., 53719 Siegburg
 Redaktion: Beate Wiegand (verantw.), Ursula Kahlen
 Layout: Werner Radler
 Korrespondenzanschrift: Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V., Zeitschriftenredaktion, 53719 Siegburg
 Telefon/Telefax: Tel.: 0 22 41/1 08-307, Fax: 0 22 41/1 08-469
 E-Mail: redaktion@vdak-aev.de
 Druck und Verlag: Paul Albrechts Verlag, 22952 Lütjensee
 Bezugspreise: Jahresabonnement 25,77 €, Einzelheft 3,07 € incl. Mehrwertsteuer und Versandkosten.
 „Die Ersatzkasse“ erscheint monatlich. Das Abonnement kann nur mit einer Frist von drei Monaten zum Jahresende gekündigt werden.

Alle in dieser Zeitschrift veröffentlichten Beiträge sind urheberrechtlich geschützt. Diesem Schutz unterfallen auch die veröffentlichten Gerichtsentscheidungen einschließlich ihrer Leitsätze. Der Schutz des Urheberrechts gilt auch gegenüber Datenbanken u. ä. Einrichtungen. Der urheberrechtliche Schutz verbietet es auch, Teile dieser Zeitschrift außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ohne schriftliche Genehmigung des Verlages oder des Herausgebers in irgendeiner Form – durch Fotokopie, Mikrofilm oder andere Verfahren – zu reproduzieren oder in eine von Maschinen, insbesondere von Datenverarbeitungsanlagen verwendbare Sprache zu übertragen.

Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung des Herausgebers und der Redaktion wieder.
 ISSN 0014-0279

85. Jahrgang

Die

Ersatzkasse

Fachzeitschrift der Ersatzkassenverbände

Gesundheits- und Sozialpolitik.

- Nachrichten
- Fakten
- Hintergrundwissen
- Analysen
- Meinungen
- Kontraste

Kompetent

Kurz, kompakt

Bestellcoupon

per Fax an 0 22 41/108 469

Name

Vorname

Straße

PLZ Ort

Datum

Unterschrift

Ich bestelle:

..... Probeheft „Die Ersatzkasse“
kostenlos und unverbindlich

..... Abonnement der Zeitschrift „Die Ersatzkasse“
zum Preis von 25,77 € inkl. MwSt und Versand