

Niederschrift

über die Besprechung des Arbeitskreises Versicherung und Beiträge  
der Spitzenverbände der Krankenkassen

am 12.06.2008 in Bochum

Besprechung des Arbeitskreises Versicherung und Beiträge  
der Spitzenverbände der Krankenkassen

am 12.06.2008

Teilnehmer

AOK-Bundesverband	Herr Bloching Herr Kulaß
Bundesverband der Betriebskrankenkassen	Frau Riesen
IKK-Bundesverband	Herr Bittins
Knappschaft	Herr Bradtmöller Frau Schüngel Herr Wilmsen
Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V./ AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.	Herr Gunder Herr Sieben

Besprechung des Arbeitskreises Versicherung und Beiträge  
der Spitzenverbände der Krankenkassen

am 12.06.2008

Inhaltsübersicht

	Seite
1	5
Versicherungs- und beitragsrechtliche Folgen der Inanspruchnahme der Pflegezeit nach § 3 PflegeZG in der Kranken- und Pflegeversicherung	
2	15
Berücksichtigung von Abfindungen wegen Beendigung des Arbeitsverhältnisses bei der Feststellung des regelmäßigen Gesamteinkommens in der Familienversicherung	
3	19
Neuregelungen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes zum 01.01.2009 hinsichtlich der Bestimmung des maßgeblichen Beitragssatzes und der Tragung der Beiträge aus dem Arbeitsentgelt für bestimmte Arbeitnehmergruppen	
4	25
Versicherungspflicht für Personen ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V; hier: Anwartschaftsversicherung bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen	
5	27
Versicherungspflicht für Personen ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V; hier: Mitgliedschaft in der ARTABANA Deutschland Solidargemeinschaft e. V.	
6	31
Anhebung des Beitragssatzes in der sozialen Pflegeversicherung zum 01.07.2008; hier: Auswirkungen auf die Beitragsbemessung und Beitragstragung in einzelnen Versichertengruppen	
7	37
Anpassung der gemeinsamen Empfehlungen zum Nachweis der Elterneigenschaft nach § 55 Abs. 3 Satz 4 SGB XI	

- unbesetzt -

Niederschrift

über die Besprechung des Arbeitskreises Versicherung und Beiträge  
der Spitzenverbände der Krankenkassen

am 12.06.2008

TOP 1 Versicherungs- und beitragsrechtliche Folgen der Inanspruchnahme der Pflegezeit nach § 3 PflegeZG in der Kranken- und Pflegeversicherung

---

- 185 -

**Sachverhalt:**

Mit dem Gesetz über die Pflegezeit (Pflegezeitgesetz – PflegeZG), das Bestandteil der strukturellen Reform der Pflegeversicherung ist (vgl. Artikel 3 des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes vom 28.05.2008, BGBl I S. 874), werden die Rahmenbedingungen für die Vereinbarkeit von Beruf und familiärer Pflege verbessert. Die Pflegezeitregelungen basieren auf zwei Säulen:

- Beschäftigte haben im Rahmen der „kurzzeitigen Arbeitsverhinderung“ nach § 2 PflegeZG die Möglichkeit, bis zu zehn Arbeitstage der Arbeit fernzubleiben, um für einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in einer akut aufgetretenen Pflegesituation eine bedarfsgerechte Pflege zu organisieren.
- Für eine längere Pflege eines nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung wird ein besonderer Rechtsanspruch auf Freistellung von der Arbeitsleistung als Pflegezeit für längstens sechs Monate eingeräumt (§ 3 PflegeZG). Die Pflegezeit kann in der Form der vollständigen oder teilweisen Freistellung von der Arbeitsleistung erfolgen. Ein Anspruch besteht nicht gegenüber Arbeitgebern mit in der Regel 15 oder weniger Beschäftigten.

Das neue sozialpolitische Instrument der Pflegezeit, das am 01.07.2008 in Kraft tritt, wird durch Regelungen zur sozialen Sicherung der die Pflegezeit in Anspruch nehmenden Pflegepersonen, u. a. durch Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung, ergänzt.

## **Ergebnis:**

Die Inanspruchnahme der Pflegezeit zieht folgende versicherungs- und beitragsrechtliche Konsequenzen nach sich:

### 1. Beschäftigungsverhältnis und Versicherungspflicht

Die vollständige Freistellung von der Arbeitsleistung durch Inanspruchnahme der Pflegezeit lässt die an das entgeltliche Beschäftigungsverhältnis geknüpfte Versicherungspflicht entfallen. Ein Fortbestehen des versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisses für Pflegezeiten ist von Gesetzes wegen nicht vorgesehen. Im Gegenteil: Durch die Neuregelung des § 7 Abs. 3 Satz 3 SGB IV wird bewirkt, dass selbst für den ersten Monat der Pflegezeit eine Beschäftigung gegen Arbeitsentgelt nicht angenommen werden kann.

Das infolge der vollständigen Freistellung von der Arbeitsleistung wegen der Pflegezeit zu beendende versicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnis zieht eine Abmeldung nach § 8 Abs. 1 DEÜV (Abgabegrund „30“) nach sich; für die (Wieder-)Anmeldung bei Aufnahme der Beschäftigung nach Beendigung der Pflegezeit wird eine Anmeldung mit dem Abgabegrund „13“ erwartet.

Arbeitnehmer, die sich nur teilweise von der Arbeitsleistung freistellen lassen, unterliegen weiterhin der Versicherungspflicht als Arbeitnehmer, es sei denn, dass durch die Reduzierung des Arbeitsentgelts die Voraussetzungen einer geringfügig entlohnten Beschäftigung im Sinne des § 8 Abs. 1 Nr. 1 SGB IV erfüllt sind. Soweit das verminderte regelmäßige Arbeitsentgelt aus der Beschäftigung innerhalb der Gleitzone im Sinne des § 20 Abs. 2 SGB IV liegt (bei Arbeitsentgelten zwischen 400,01 und 800 Euro monatlich), sind ab Be-

ginn der Pflegezeit die besonderen Regelungen für die Ermittlung der Beitragsbemessungsgrundlage und für die Beitragstragung anzuwenden.

## 2. Versicherungsfreiheit in der Krankenversicherung

Für die Dauer der Inanspruchnahme der Pflegezeit bei vollständiger Freistellung von der Arbeitsleistung ist ein Arbeitnehmer dem Kreis der nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V versicherungsfreien Personen nicht mehr zuzurechnen. Ein nur vorübergehendes Unterschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze, das die Versicherungsfreiheit zunächst unbeschadet lässt, kann in diesen Fällen nicht angenommen werden. Insoweit ergibt sich eine vergleichbare versicherungsrechtliche Situation mit der Gruppe derer, deren Arbeitsentgelt wegen der Inanspruchnahme Elternzeit nach § 15 BEEG wegfällt. Bei nur teilweiser Freistellung endet die Versicherungsfreiheit, wenn das regelmäßige Jahresarbeitsentgelt bei vorausschauender Betrachtung die maßgebende Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht mehr übersteigt.

Die Ergänzung der Fiktionsregelung des § 6 Abs. 4 Satz 6 SGB V um die „Pflegezeit“ bewirkt, dass die Unterbrechung der entgeltlichen Beschäftigung wegen der Inanspruchnahme der Pflegezeit bei der für die Feststellung der Versicherungsfreiheit nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V im Wege der Rückschau zu betrachtenden tatsächlichen Jahresarbeitsentgelte in den letzten 3 Kalenderjahren nicht zu Nachteilen bei der Versicherungsfreiheit führt. Pflegezeiten sind danach – ebenso wie beispielsweise Zeiten des Bezugs von Erziehungsgeld oder Elterngeld oder der Inanspruchnahme von Elternzeit – ohne weitere Prüfung als Zeiten anzusehen, in denen das regelmäßige Jahresarbeitsentgelt die Jahresarbeitsentgeltgrenze überstiegen hat, wenn innerhalb eines Jahres danach eine Beschäftigung mit einem regelmäßigen Arbeitsentgelt oberhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze aufgenommen wird. Das Gleiche gilt auch für Zeiten der Befreiung von der Versicherungspflicht nach § 8 Abs. 1 Nr. 2a SGB V (vgl. auch Ausführungen unter Abschnitt „Befreiung von der Krankenversicherungspflicht“).

### 3. Befreiung von der Krankenversicherungspflicht

Arbeitnehmer, die wegen Herabsetzung der wöchentlichen Arbeitszeit während der Pflegezeit versicherungspflichtig werden, können sich nach § 8 Abs. 1 Nr. 2a SGB V von der Versicherungspflicht befreien lassen. Die Befreiung ermöglicht versicherungsfreien privat krankenversicherten Arbeitnehmern die Beibehaltung ihres bisherigen Versicherungsschutzes, ohne dass in diesen Fällen für die Befreiung ein Nachweis über das Bestehen bzw. Fortbestehen einer privaten Krankenversicherung verlangt wird.

Die Befreiung von der Versicherungspflicht bewirkt ferner, dass bei der Prüfung der Versicherungsfreiheit nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 in Verb. mit Abs. 4 SGB V für diese Zeiten ein Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze anzunehmen ist, wenn spätestens innerhalb eines Jahres nach der Pflegezeit eine Beschäftigung mit einem regelmäßigen Arbeitsentgelt oberhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze aufgenommen wird (§ 6 Abs. 4 Satz 6 Halbsatz 2 SGB V).

Nach § 8 Abs. 2 Satz 1 SGB V muss die Befreiung innerhalb von drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht bei der Krankenkasse beantragt werden. Der Antrag ist an eine Krankenkasse zu richten, die im Falle des Bestehens von Krankenversicherungspflicht nach § 173 Abs. 2 SGB V wählbar wäre. Wird der Antrag auf Befreiung von der Krankenversicherungspflicht erst nach Beginn der Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse gestellt, spricht die Krankenkasse, die im Zeitpunkt der Antragstellung die Mitgliedschaft durchführt, die Befreiung aus.

Die Befreiung wirkt vom Beginn der Versicherungspflicht an, wenn seit diesem Zeitpunkt noch keine Leistungen (einschließlich Leistungen für nach § 10 SGB V mitversicherte Familienangehörige) in Anspruch genommen wurden. Hat der Befreiungsberechtigte oder haben seine nach § 10 SGB V mitversicherten Familienangehörigen bereits Leistungen in Anspruch genommen, wirkt die Befreiung vom Beginn des Kalendermonats an, der auf die Antragstellung folgt. Nach ausdrücklichem Hinweis in § 8 Abs. 1 Nr. 2a Halbsatz 2 SGB V gilt die Befreiung nur für die Dauer der Pflegezeit. Sie kann im Übrigen nicht widerrufen werden (§ 8 Abs. 2 Satz 3 SGB V).



Die Befreiung von der Krankenversicherungspflicht bewirkt wegen der Akzessorietät im Versicherungsrecht von Kranken- und Pflegeversicherung (vgl. § 1 Abs. 2, § 20 Abs. 1 Satz 1 SGB XI), dass auch Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung nicht eintritt.

#### 4. Familienversicherung und freiwillige Krankenversicherung

Mit dem Wegfall der Versicherungsfreiheit nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V wegen Inanspruchnahme der Pflegezeit (vgl. Ausführungen unter Abschnitt „Versicherungsfreiheit in der Krankenversicherung“) entfällt der der Familienversicherung bis dahin regelmäßig entgegenstehende Ausschlusstatbestand des § 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V. Das Bestehen der Familienversicherung setzt allerdings – unabhängig von der Pflegezeit – voraus, dass das Gesamteinkommen des Familienangehörigen regelmäßig die maßgebende Einkommensgrenze nicht übersteigt (§ 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V). Eine entsprechende Anwendung der Ausschlussregelung des § 10 Abs. 1 Satz 3 SGB V für Ehegatten und Lebenspartner, die vor der Pflegezeit nicht gesetzlich krankenversichert waren, kommt nicht in Betracht.

Eine freiwillige Mitgliedschaft wird – vorbehaltlich der in § 191 Nr. 3 SGB V eröffneten Austrittsmöglichkeit – durch das Ende der Versicherungsfreiheit nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V nicht berührt. Der Wegfall des bisher beitragspflichtigen Arbeitsentgelts während der Pflegezeit führt allerdings zu folgenden beitragsrechtlichen Konsequenzen:

- Sind die Voraussetzungen der Familienversicherung nach § 10 SGB V erfüllt, kann eine zuvor bestehende freiwillige Mitgliedschaft „zur Minderung zusätzlichen Verwaltungsaufwandes“, der beim Wechsel von der freiwilligen Krankenversicherung zur Familienversicherung entstehen würde, während der Pflegezeit beitragsfrei fortgeführt werden.
- Besteht keine Familienversicherung (z. B. unverheiratete Arbeitnehmer oder Arbeitnehmer, deren Ehegatte privat krankenversichert ist), sind die Beiträge - je nach Satzungsregelung - ausgehend vom so genannten „halben Ehegatteneinkommen“ oder auf

der Grundlage der Mindesteinnahmen nach § 240 Abs. 4 Satz 1 SGB V zu erheben, sofern keine sonstigen Einkünfte vorhanden sind, die diesen Wert übersteigen. Eine vollständige Beitragsfreiheit kommt für diese Fallgruppe also nicht in Betracht.

Die vorstehenden Grundsätze gelten auch für die Beitragsbemessung zur Pflegeversicherung, da § 57 Abs. 4 Satz 1 SGB XI vollinhaltlich auf § 240 SGB V verweist.

#### 5. Zuschussgewährung nach § 44a Abs. 1 SGB XI

Für die Dauer der Inanspruchnahme der Pflegezeit werden für pflegende Angehörige (Pflegerpersonen), die ihren Kranken- und Pflegeversicherungsschutz gegen eigene Beitragsleistung aufrecht erhalten, als ergänzende Leistungen Zuschüsse zu den Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträgen erbracht. Die Zuschüsse werden auf Antrag der Pflegerperson von der Pflegeversicherung des Pflegebedürftigen geleistet, und zwar unabhängig davon, ob der pflegende Angehörige gesetzlich oder privat krankenversichert ist. Dementsprechend erbringen die Pflegekassen auch Zuschüsse für privat krankenversicherte Pflegerpersonen und die private Pflege-Pflichtversicherung erbringt auch Zuschüsse für in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Pflegerpersonen.

Sollte eine Pflegerperson gleichzeitig mehrere nahe Angehörige pflegen, besteht für die gesamte Dauer der Pflegezeit nur einmal ein Anspruch auf Zahlung von Beitragszuschüssen nach § 44a Abs. 1 SGB XI. Sind die nahen Angehörigen bei unterschiedlichen Pflegekassen oder privaten Versicherungsunternehmen versichert, bestimmt die Pflegerperson durch ihren Antrag die für die Gewährung der Zuschüsse zuständige Pflegekasse bzw. das zuständige private Versicherungsunternehmen. Eine anteilmäßige Zahlung der Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung kommt nicht in Betracht.

Die Zuschussgewährung setzt neben dem Antrag der Pflegerperson nach § 44a Abs. 1 Satz 1 SGB XI voraus, dass der Arbeitnehmer für die Dauer der Pflegezeit nach § 3 PflegeZG entweder vollständig von der Arbeitsleistung freigestellt ist oder teilweise von der Arbeitsleistung freigestellt ist, wenn die Beschäftigung dadurch zu einer geringfügigen Beschäftigung im Sinne des § 8 Abs. 1 Nr. 1 SGB IV wird.

Bei Arbeitgebern mit in der Regel 15 oder weniger Beschäftigten besteht kein auf der Grundlage des Pflegezeitgesetzes durchsetzbarer (Rechts-)Anspruch auf die Freistellung von der Arbeitsleistung. Räumt der Arbeitgeber in solchen Fällen gleichwohl die Pflegezeit ein, sind unter den Voraussetzungen des § 44a Abs. 1 SGB XI Zuschüsse zu gewähren. Die das Pflegezeitgesetz flankierenden Regelungen über die soziale Sicherung rechtfertigen keine unterschiedliche Behandlung von Arbeitnehmern in Abhängigkeit von der Größe des Betriebes.

Zuschussleistungen nach § 44a SGB XI sind dagegen nicht vorgesehen für Personen, die sich unabhängig von dem PflegeZG bzw. auf der Grundlage sonstiger Regelungen (z. B. nach beamtenrechtliche Vorschriften) von der Arbeitsleistung wegen familiärer Pflege befreien lassen. Gleiches gilt für Personen, die sich in Elternzeit befinden und – bei Fortbestehen der Elternzeit – Pflegeleistungen für nahe Angehörige erbringen. Sie sind ferner nicht vorgesehen für Personen, die ihre Beschäftigung von vornherein auf Dauer aufgeben oder für einen längeren Zeitraum als sechs Monate unterbrechen.

Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung werden gewährt für

- eine freiwillige Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung und die an sie geknüpfte Versicherungspflicht in der Pflegeversicherung nach § 20 Abs. 3 SGB XI,
- eine Pflichtversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V bzw. § 2 Abs. 1 Nr. 7 KVLG 1989 und die an sie geknüpfte Versicherungspflicht nach § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 SGB XI,
- eine Versicherung bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen in Form einer substitutiven Krankenversicherung, eine Versicherung bei der Postbeamtenkrankenkasse oder der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten, soweit im Einzelfall keine beitragsfreie Familienversicherung möglich ist, sowie eine damit im Zusammenhang stehende Pflege-Pflichtversicherung.

Es werden keine Zuschüsse gewährt für Personen, die während der Pflegezeit in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig sind. Ausgenommen hiervon ist allein die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V bzw. § 2 Abs. 1 Nr. 7 KVLG 1989. Das bedeutet, dass beispielsweise Pflegepersonen, die für die Dauer der Pflegezeit aufgrund des Rentenbezugs nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 SGB V versicherungspflichtig sind, keinen Zuschuss erhalten. Ein Zuschuss nach § 44a Abs. 1 SGB XI wird neben einem Zuschuss des Rentenversicherungsträgers nach § 106 SGB VI nicht gezahlt, es sei denn, der Zahlbetrag der Rente unterschreitet den Betrag der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage.

Die Höhe der Zuschüsse richtet sich gemäß § 44a Abs. 1 Satz 2 SGB XI nach der Höhe der Mindestbeiträge, die von freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Personen zur gesetzlichen Krankenversicherung (§ 240 Abs. 4 Satz 1 SGB V) und zur sozialen Pflegeversicherung (§ 57 Abs. 4 SGB XI) zu zahlen sind und dürfen die tatsächliche Höhe der Beiträge nicht übersteigen. Der Beitragszuschlag für Kinderlose in der Pflegeversicherung nach § 55 Abs. 3 Satz 1 SGB XI ist ebenfalls zuschussfähig, allerdings nicht in Form eines fiktiven Zuschlags zur privaten Pflege-Pflichtversicherung.

Zur Berechnung der Mindestbeiträge schreibt § 44 a Abs. 1 Satz 3 SGB XI vor, dass in der Zeit vom 01.07. bis 31.12.2008 bei Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung der allgemeine Beitragssatz der jeweiligen Krankenkasse (§ 241 SGB V), bei Mitgliedern der landwirtschaftlichen Krankenversicherung der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz der Krankenkassen, sowie jeweils der zusätzliche Beitragssatz in Höhe von 0,9 v. H. (§ 241a SGB V) zugrunde zu legen ist.

Angesichts dessen, dass für die Berechnung der Mindestbeiträge der in Rede stehenden Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung jedoch der ermäßigte Beitragssatz (§ 243 Abs. 1 SGB V) anzusetzen ist, da diese Personen keinen Anspruch auf Krankengeld haben, ist der nach Maßgabe des § 44a Abs. 1 Satz 3 SGB XI ermittelte Beitragszuschuss zur Krankenversicherung regelmäßig auf den tatsächlich zu zahlenden Beitrag, der unter Heranziehung des ermäßigten Beitragssatzes in der Krankenversicherung ermittelt wird, zu kürzen.

### Beispiel 1

Freiwilliges Mitglied der Krankenkasse X; Elterneigenschaft nachgewiesen

(KV-Beitragssätze: „allgemein“ = 14,0 %, „ermäßigt“ = 13,2 %, „zusätzlich“ = 0,9 %)

- Tatsächliche beitragspflichtige Einnahmen = 0,00 EUR mtl.
- Mindestbeitragsbemessungsgrundlage = 828,33 EUR mtl.
- Krankenversicherungsbeitrag  
828,33 EUR mtl. x 14,1 % (13,2 % + 0,9 %) = 116,79 EUR mtl.
- Pflegeversicherungsbeitrag  
828,33 EUR mtl. x 1,95 % = 16,15 EUR mtl.

Zuschuss nach § 44a Abs. 1 SGB XI

- zum Krankenversicherungsbeitrag = 116,79 EUR mtl.
- zum Pflegeversicherungsbeitrag = 16,15 EUR mtl.

Eine Begrenzung auf die Höhe des unter Beachtung des ermäßigten Beitragssatzes ermittelten Zuschussbetrags hat jedoch nicht zu erfolgen, wenn höhere Einnahmen als die fiktiven Mindesteinnahmen der Beitragsbemessung zugrunde zu legen sind, beispielsweise weil (weitere) tatsächliche beitragspflichtige Einnahmen bezogen werden.

### Beispiel 2

Freiwilliges Mitglied der Krankenkasse X; ohne Elterneigenschaft

(KV-Beitragssätze: „allgemein“ = 14,0 %, „ermäßigt“ = 13,2 %, „zusätzlich“ = 0,9 %)

- Tatsächliche beitragspflichtige Einnahmen = 1.250,00 EUR mtl.
- Mindestbeitragsbemessungsgrundlage = 828,33 EUR mtl.
- Krankenversicherungsbeitrag  
1.250,00 EUR mtl. x 14,1 % (13,2 % + 0,9 %) = 176,25 EUR mtl.
- Pflegeversicherungsbeitrag  
1.250,00 EUR mtl. x 2,2 % = 27,50 EUR mtl.

Zuschuss nach § 44a Abs. 1 SGB XI

- zum Krankenversicherungsbeitrag  
828,33 EUR mtl. x 14,9 % (14,0 % + 0,9 %) = 123,42 EUR mtl.
- zum Pflegeversicherungsbeitrag  
828,33 EUR mtl. x 2,2 % = 18,22 EUR mtl.

Bei Personen, die nicht Mitglieder in der gesetzlichen Krankenversicherung sind, wird für die Bemessung des Zuschusses zur Krankenversicherung in der Zeit vom 01.07. bis zum 31.12.2008 nach § 44a Abs. 1 Satz 4 SGB XI der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz der Krankenkassen nach § 245 Abs. 1 SGB V, den das Bundesministerium für Gesundheit zum Stichtag 01.01.2008 festgestellt hat\*, sowie der zusätzliche Beitragssatz in Höhe von 0,9 v. H. (§ 241a SGB V) zugrunde gelegt.

### Beispiel 3

Versicherung bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen

Tatsächliche Höhe der Beiträge

- zur privaten Krankenversicherung = 220,25 EUR mtl.
- zur privaten Pflege-Pflichtversicherung = 31,50 EUR mtl.

Zuschuss nach § 44a Abs. 1 SGB XI

- zum Krankenversicherungsbeitrag  
 $828,33 \text{ EUR mtl.} \times 14,9 \% (14,0 \% + 0,9 \%) = 123,42 \text{ EUR mtl.}$
- zum Pflegeversicherungsbeitrag  
 $828,33 \text{ EUR mtl.} \times 1,95 \% = 16,15 \text{ EUR mtl.}$

Ab 01.01.2009 tritt für die Zuschussbemessung an die Stelle des allgemeinen Beitragssatzes der Krankenkasse und des zusätzlichen Beitragssatzes sowie des durchschnittliche allgemeinen Beitragssatzes der Krankenkassen und des zusätzlichen Beitragssatzes gemäß § 44a Abs. 1 Satz 2 Halbsatz 2 SGB XI der von der Bundesregierung durch Rechtsverordnung festzulegende bundeseinheitliche allgemeine Beitragssatz nach § 241 SGB V (in der vom 01.01.2009 an geltenden Fassung).

---

\* Der zum 01.01.2008 festgestellte durchschnittliche allgemeine Beitragssatz der Krankenkassen betrug 14,0% (Bekanntmachung des Bundesministeriums für Gesundheit vom 20.02.2008).

Niederschrift

über die Besprechung des Arbeitskreises Versicherung und Beiträge  
der Spitzenverbände der Krankenkassen

am 12.06.2008

TOP 2 Berücksichtigung von Abfindungen wegen Beendigung des Arbeitsverhältnisses bei der Feststellung des regelmäßigen Gesamteinkommens in der Familienversicherung

---

- 376.24 -

**Sachverhalt:**

Nach § 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 Halbsatz 1 SGB V setzt das Bestehen einer Familienversicherung des Angehörigen eines Mitglieds u. a. voraus, dass kein Gesamteinkommen erzielt wird, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV überschreitet. Gesamteinkommen im Sinne dieser Vorschrift ist das in § 16 SGB IV definierte Gesamteinkommen. Danach ist das Gesamteinkommen die Summe der Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts. Es umfasst insbesondere das Arbeitsentgelt und das Arbeitseinkommen. Nach § 2 Abs. 1 Satz 1 EStG unterliegen u. a. Einkünfte aus nichtselbstständiger Arbeit der Einkommensteuer. Sie zählen abzüglich der Werbungskosten (§ 2 Abs. 2 Nr. 2, §§ 8 bis 9a EStG) zur Summe der Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts und damit zum Gesamteinkommen.

Zu den Einnahmen aus nichtselbstständiger Arbeit im vorstehenden Sinne gehören nicht nur das laufende Arbeitsentgelt aus einem Beschäftigungsverhältnis, sondern auch Einmalzahlungen, wie beispielsweise eine vom Arbeitgeber gezahlte Entlassungsentschädigung. Dabei unterscheidet das Steuerrecht in § 24 Nr. 1 EStG nicht danach, ob die Entlassungsentschädigungen in einem einmaligen Betrag oder in monatlichen Teilbeträgen fortlaufend gezahlt werden.

Auf dieser rechtlichen Grundlage haben die Spitzenverbände der Krankenkassen in ihrem gemeinsamen Rundschreiben zum Gesamteinkommen (in der jeweils aktuellen Fassung) empfohlen, Abfindungen, soweit sie steuerpflichtig sind (wobei die begrenzte Steuerfreiheit von Entlassungsabfindungen durch das Gesetz zum Einstieg in ein steuerliches Sofortprogramm vom 22.12.2005 für nach dem 31.12.2005 entstandene Ansprüche aufgehoben wurde), als Gesamteinkommen zu berücksichtigen. Das Bundessozialgericht (BSG) hat diese Empfehlung der Spitzenverbände der Krankenkassen in Bezug auf laufende Abfindungszahlungen bestätigt. Es hat mit Urteil vom 25.01.2006 (B 12 KR 2/05 R – USK 2006-2) entschieden, dass eine vom früheren Arbeitgeber nach Ende des Arbeitslosengeldbezugs in monatlichen Raten gezahlte Abfindung, die nach Ausschöpfung des Steuerfreibetrags als Einnahme aus nichtselbständiger Arbeit der Besteuerung unterliegt, bei der Feststellung des Gesamteinkommens im Sinne des § 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 Halbsatz 1 SGB V zu berücksichtigen ist.

Abfindungen, die in Form einer Einmalzahlung gewährt werden, sind nach den bisherigen Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen anteilmäßig in fiktiver Höhe mit dem Betrag des bisherigen monatlichen Arbeitsentgelts anzusetzen und auf nachfolgende Monate aufzuteilen, solange bis die Abfindung „verbraucht“ ist. Dabei wird unterstellt, dass die regelmäßigen monatlichen Einkommensverhältnisse auch von solchen Einnahmen mitbestimmt werden, die in größeren zeitlichen Abständen fließen, oder durch einmalige Zahlungen geprägt sind, insbesondere wenn diese Zahlungen zum Teil Einkommensfunktion haben.

Die dieser Empfehlung zugrunde liegende Rechtsauffassung hat das BSG mit Urteil vom 09.10.2007 – B 5b/8 KN 1/06 KR R – für unzulässig erklärt. Es hat entschieden, dass die in Form einer Einmalzahlung vom Arbeitgeber gewährte Abfindung wegen Auflösung des Arbeitsverhältnisses der Familienversicherung für auf die Abfindungszahlung folgende Zeiträume nicht entgegensteht, da die Regelung des § 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 Halbsatz 1 SGB V an einen regelmäßigen Einkommensbezug im maßgeblichen Zeitraum anknüpft und keine Bestimmung existiert, die eine Aufteilung der Abfindungssumme anteilig auf nachfolgende Monate anordnet.



Die jetzt vorliegende (erst Anfang April 2008 bekannt gegebene) Urteilsbegründung ist relativ eindeutig und lässt für die Fortführung der bisherigen Empfehlung der Spitzenverbände der Krankenkassen kein Raum. Zwar führt das BSG selbst aus, dass die Wahl der Auszahlungsform einer Abfindung zu einer unterschiedlichen versicherungsrechtlichen Behandlung führt und sich dadurch Gestaltungsmöglichkeiten zu Lasten der Versichertengemeinschaft eröffnen. Nur der Gesetzgeber könne jedoch einen derartigen Freiraum einschränken.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben unmittelbar nach Bekanntwerden der Urteilsbegründung das Bundesministerium für Gesundheit (erneut) auf diese in verfassungsrechtlicher Hinsicht bedenkliche Ungleichbehandlung hingewiesen und es aufgefordert, dem Gesetzgeber kurzfristig eine Regelung vorzuschlagen, nach der auch Abfindungen in Form von Einmalzahlungen einkommensrechtlich bei der Familienversicherung entsprechend der bisherigen Praxis der Krankenkassen angerechnet werden.

Da mit einer kurzfristigen gesetzlichen Änderung nicht unbedingt gerechnet werden kann und eine solche unter Beachtung des gesetzlichen Rückwirkungsverbots nur für zukünftige Zeiträume Wirkung entfalten könnte, ist über die Auswirkungen der Entscheidung des BSG vom 09.10.2007 zu beraten.

### **Ergebnis:**

Im Umgang mit den höchstrichterlichen Entscheidungen sprechen die Spitzenverbände der Krankenkassen folgende Umsetzungsempfehlung aus:

- Die monatlich regelmäßig gezahlten Beträge einer Abfindung wegen einer vom Arbeitgeber veranlassten oder gerichtlich ausgesprochenen Auflösung des Arbeitsverhältnisses zählen, soweit sie steuerpflichtig sind, unverändert zum regelmäßigen Gesamteinkommen. Dabei ist zu beachten, dass für vor dem 01.01.2006 entstandene Ansprüche auf Abfindungen der Arbeitnehmer die nach § 3 Nr. 9 EStG bis zum 31.12.2005 geltende Steuerfreiheit weiter gilt, wenn dem Arbeitnehmer die Abfindungszahlung vor dem

01.01.2008 zufließt (§ 52 Abs. 4a EStG). Gleiches gilt für Abfindungen wegen einer vor dem 01.01.2006 getroffenen Gerichtsentscheidung oder einer am 31.12.2005 anhängigen Klage.

- Abfindungen wegen Beendigung des Arbeitsverhältnisses, die in Form einer Einmalzahlung gewährt werden, zählen dagegen nicht zum regelmäßigen Gesamteinkommen. Dies gilt auch im Auszahlungsmonat und für einmalig gezahlte Abfindungen, die in mehreren Raten gezahlt werden.
  
- Beiträge zur freiwilligen Krankenversicherung und sozialen Pflegeversicherung, die in der Vergangenheit aufgrund des Ausschlusses einer Familienversicherung wegen der Berücksichtigung einer einmalig gezahlten Abfindung gezahlt wurden, sind zu Unrecht entrichtet und unter Beachtung der §§ 26 Abs. 2, 27 SGB IV auf Antrag zu erstatten. Ist die Familienversicherung rückwirkend von einer anderen Krankenkasse herzustellen, findet der Ausschluss der Beitragserstattung nach § 26 Abs. 2 SGB IV wegen erbrachter Leistungen keine Anwendung. Vielmehr sind diese der (nunmehr) unzuständigen Krankenkasse im Rahmen der §§ 102 ff. SGB X zu erstatten. In laufenden Fällen sollte im Zusammenhang mit der Umstellung der Verfahrenspraxis eine Beitragserstattung geprüft werden.
  
- Auf die Bewertung von Abfindungszahlungen als beitragspflichtige Einnahmen in der freiwilligen Krankenversicherung nach § 240 SGB V hat das BSG-Urteil vom 09.10.2007 keine Auswirkungen.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen werden weiterhin alle Bemühungen unternehmen, um eine gesetzliche Regelung zu erreichen, wonach Abfindungen wegen Beendigung des Arbeitsverhältnisses, die in Form einer Einmalzahlung gewährt werden, künftig generell als regelmäßiges Gesamteinkommen im Sinne des § 10 SGB V heranzuziehen sind.

Niederschrift

über die Besprechung des Arbeitskreises Versicherung und Beiträge  
der Spitzenverbände der Krankenkassen

am 12.06.2008

TOP 3 Neuregelungen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes zum 01.01.2009 hinsichtlich der Bestimmung des maßgeblichen Beitragssatzes und der Tragung der Beiträge aus dem Arbeitsentgelt für bestimmte Arbeitnehmergruppen

---

- 411.2/411.321/411.31/411.5/414.0/414.2 -

**Sachverhalt:**

Für Mitglieder einer gesetzlichen Krankenkasse gilt der Grundsatz, dass die Beiträge zur Krankenversicherung nach dem allgemeinen Beitragssatz zu zahlen sind, soweit nichts Abweichendes bestimmt ist (vgl. § 241 Satz 2 SGB V in der bis zum 31.12.2008 geltenden Fassung). Der allgemeine Beitragssatz findet Anwendung auf Mitglieder, die bei Arbeitsunfähigkeit für mindestens sechs Wochen Anspruch auf Fortzahlung ihres Arbeitsentgelts haben. Die weit überwiegende Mehrheit der Arbeitnehmer wird von dieser Norm erfasst. Eine von dem Grundsatz abweichende Berechnung der Beiträge nach dem ermäßigten oder nach dem erhöhten Beitragssatz ist nur in Ausnahmefällen vorgesehen.

Für Arbeitnehmer, die bei Arbeitsunfähigkeit nicht für mindestens sechs Wochen Anspruch auf Fortzahlung ihres Arbeitsentgelts haben, ist für die Berechnung der Krankenversicherungsbeiträge der erhöhte Beitragssatz zugrunde zu legen (vgl. § 242 SGB V in der bis zum 31.12.2008 geltenden Fassung). Betroffen hiervon sind folgende Beschäftigtengruppen:

- Arbeitnehmer, die wegen der Befristung ihrer Beschäftigungsverhältnisse auf einen kürzeren Zeitraum als zehn Wochen (unter Beachtung einer vierwöchigen Wartezeit im Sinne des § 3 Abs. 3 Entgeltfortzahlungsgesetzes) keinen Anspruch auf Lohn- oder Gehaltsfortzahlung für mindestens sechs Wochen haben;

- Arbeitnehmer, die „berufsmäßig“ Beschäftigungen von weniger als einer Woche ausüben (unständig Beschäftigte im Sinne des § 27 Abs. 3 Nr. 1 SGB III);
- In Heimarbeit Beschäftigte, sofern kein Entgeltfortzahlungsanspruch durch eine Tarifvertragsregelung im Sinne des § 10 Abs. 4 Entgeltfortzahlungsgesetzes vorgesehen ist.

Für Arbeitnehmer, deren Krankengeldanspruch gesetzlich ausgeschlossen ist, richtet sich die Berechnung der Krankenversicherungsbeiträge nach dem ermäßigten Beitragsatz (vgl. § 243 Abs. 1 SGB V in der bis zum 31.12.2008 geltenden Fassung). Diese Regelung erfasst insbesondere folgende Personengruppen:

- Arbeitnehmer, die eine Rente wegen voller Erwerbsminderung, Erwerbsunfähigkeit oder Vollrente wegen Alters aus der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen (§ 50 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V);
- Arbeitnehmer, die ein nach den beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen gezahltes Ruhegehalt beziehen (§ 50 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V);
- Arbeitnehmer, die Leistungen im Sinne des § 50 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 oder 5 SGB V beziehen;
- Vorruhestandsgeldbezieher (§ 50 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V).

Darüber hinaus hat das Bundessozialgericht in seinem Urteil vom 25.08.2004 (B 12 KR 22/02 R - USK 2004-41) entschieden, dass die während der Freistellungsphase der Altersteilzeit zu leistenden Krankenversicherungsbeiträge auf der Grundlage des ermäßigten Beitragssatzes nach § 243 Abs. 1 SGB V zu bemessen sind.

Die Tragung der Beiträge für versicherungspflichtig Beschäftigte regelt § 249 SGB V. Für den beschriebenen Personenkreis gilt der Grundsatz, dass die Arbeitnehmer und Arbeitgeber die nach dem Arbeitsentgelt zu bemessenden Beiträge jeweils zur Hälfte tragen. Den zusätzlichen Beitragssatz in Höhe von 0,9 v. H. trägt der versicherungspflichtige Be-

schäftigte allein. Das Prinzip der hälftigen Beteiligung des Arbeitgebers an den Beiträgen des Arbeitnehmers, soweit sie nicht auf den zusätzlichen Beitrag nach § 241a SGB V entfallen, wird nach der aktuellen Rechtslage konsequent umgesetzt, unabhängig davon, ob der ermäßigte, allgemeine oder erhöhte Beitragssatz ausschlaggebend ist.

Durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz wurden die gesetzlichen Normen, die eine Aufteilung in den allgemeinen, den erhöhten und den ermäßigten Beitragssatz anordnen, grundlegend überarbeitet. Nach § 241 Abs. 1 SGB V in der ab dem 01.01.2009 geltenden Fassung legt die Bundesregierung den allgemeinen Beitragssatz per Rechtsverordnung fest. Gleichzeitig wird auch der ermäßigte Beitragssatz im Sinne des § 243 Abs. 1 Satz 1 SGB V für Mitglieder, die keinen Anspruch auf Krankengeld haben, durch Rechtsverordnung geregelt. Die Vorschrift über einen erhöhten Beitragssatz im Sinne des aktuellen § 242 SGB V wird zum 01.01.2009 ersatzlos gestrichen. Stattdessen regelt der künftige § 242 SGB V den kassenindividuellen Zusatzbeitrag.

Infolge der zukünftigen Integration des zusätzlichen Beitragssatzes in Höhe von 0,9 v. H. in den allgemeinen Beitragssatz im Sinne des § 241 Abs. 1 SGB V wurde die Rechtsvorschrift über die Tragung der Beiträge für versicherungspflichtig Beschäftigte neu gefasst. § 249 Abs. 1 Satz 1 SGB V ist ab dem 01.01.2009 in folgender Formulierung anzuwenden: „Bei versicherungspflichtig Beschäftigten nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 und 13 trägt der Arbeitgeber die Hälfte der Beiträge des Mitglieds aus dem Arbeitsentgelt nach dem um 0,9 Beitragssatzpunkte verminderten allgemeinen Beitragssatz; im Übrigen tragen die Beschäftigten die Beiträge“.

Darüber hinaus ergeben sich zum 01.01.2009 einige Veränderungen im Leistungsrecht, die sich unmittelbar auf die Bestimmung des maßgeblichen Beitragssatzes für bestimmte Arbeitnehmergruppen auswirken. So veranlasst die Änderung des § 44 Abs. 2 SGB V, dass ergänzend zu dem aktuellen Personenkreis für einige weitere Beschäftigtengruppen der grundsätzliche Krankengeldanspruch ausgeschlossen wird. Keinen Anspruch auf Krankengeld haben nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V in der ab dem 01.01.2009 geltenden Fassung Mitglieder nach § 5 Abs. 1 Nr. 1, die bei Arbeitsunfähigkeit nicht für mindestens sechs Wochen Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts haben. Dies trifft auf Perso-

nen in einer unständigen Beschäftigung zu und auf Arbeitnehmer, deren Beschäftigungsverhältnis im Voraus auf weniger als zehn Wochen befristet ist.

Im Gegenzug zur Streichung des gesetzlichen Krankengeldanspruchs werden die Krankenkassen verpflichtet, für die in § 44 Abs. 2 Nr. 3 SGB V genannten Mitglieder in ihrer Satzung Wahltarife nach § 53 Abs. 6 SGB V anzubieten, die Ansprüche auf Krankengeld beinhalten, insbesondere im Hinblick auf den Beginn dieser Leistung. Zukünftig entscheiden diese Mitglieder somit eigenständig über ihre finanzielle Absicherung im Krankheitsfall.

Nach ausdrücklicher Formulierung im § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3, 2. Halbsatz SGB V soll der Ausschluss des Krankengeldanspruchs nicht für Heimarbeiter gelten, wenn sie nach § 10 des Entgeltfortzahlungsgesetzes Anspruch auf Zahlung eines Zuschlags zum Arbeitsentgelt haben. Begründet wird dies mit der besonderen sozialen Schutzbedürftigkeit dieses Personenkreises (vgl. Bundestags-Drucksache 16/3100, Seite 108).

Darüber hinaus haben Versicherte, die eine Rente aus einer öffentlich-rechtlichen Versicherungseinrichtung oder Versorgungseinrichtung ihrer Berufsgruppe oder von anderen vergleichbaren Stellen beziehen, die ihrer Art nach den in § 50 Abs. 1 genannten Leistungen entspricht, ab dem 01.01.2009 keinen Anspruch auf Krankengeld (vgl. § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 SGB V in der ab dem 01.01.2009 geltenden Fassung).

Über die beitragsrechtlichen Auswirkungen der Neuregelungen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes zum 01.01.2009 auf den oben genannten Personenkreis ist zu beraten.

### **Ergebnis:**

Durch den Ausschluss des grundsätzlichen Krankengeldanspruches gilt ab dem 01.01.2009 für folgende Beschäftigtengruppen bei der Berechnung der Krankenversicherungsbeiträge aus dem Arbeitsentgelt der ermäßigte Beitragssatz nach § 243 Abs. 1 SGB V:

- Arbeitnehmer, deren Beschäftigungsverhältnis auf einen kürzeren Zeitraum als zehn Wochen im Voraus befristet ist;
- unständig Beschäftigte;
- Arbeitnehmer, die eine Rente aus einer öffentlich-rechtlichen Versicherungseinrichtung oder Versorgungseinrichtung ihrer Berufsgruppe oder von anderen vergleichbaren Stellen beziehen, die ihrer Art nach den in § 50 Abs. 1 genannten Leistungen entspricht.

Bedingt durch den Wegfall des erhöhten Beitragssatzes gilt für den Personenkreis der in Heimarbeit Beschäftigten ab dem 01.01.2009 bei der Berechnung der Krankenversicherungsbeiträge aus dem Arbeitsentgelt der allgemeine Beitragssatz nach § 241 Abs. 1 SGB V.

Die Neuformulierung des § 249 Abs. 1 Satz 1 SGB V trägt der Tatsache Rechnung, dass durch die gesetzliche Festlegung der Beitragssätze zum 01.01.2009 der bislang vom Mitglied allein zu tragende zusätzliche Beitragssatz in Höhe von 0,9 v. H. im allgemeinen Beitragssatz aufgeht. Die Verteilung der Beitragslast zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer sollte nach dem Willen des Gesetzgebers im gleichen Verhältnis bestehen bleiben, wie im aktuellen Recht (vgl. Bundestags-Drucksache 16/3100, Seite 182). Die gewählte Formulierung des Gesetzestextes orientiert sich allerdings lediglich an dem Standardfall, in dem die Beitragsberechnung aus dem Arbeitsentgelt auf der Grundlage des allgemeinen Beitragssatzes erfolgt. Eine sich an dem Wortlaut des Gesetzes (... allgemeinen Beitragssatz ...) orientierende Anwendung der Vorschrift auf die Sachverhalte mit dem ermäßigten Beitragssatz würde eine nicht sachgerechte Bevorzugung der Arbeitnehmer ohne Anspruch auf Krankengeld im Vergleich zu den Arbeitnehmern mit Anspruch auf Krankengeld bedeuten, weil dann der Arbeitgeberbeitragsanteil höher ausfallen würde. Da keine rechtliche Änderung hinsichtlich der Beteiligung des Arbeitgebers an den Beiträgen für Arbeitnehmer ohne Krankengeldanspruch beabsichtigt war, handelt es sich bei der gewählten Formulierung offensichtlich um ein redaktionelles Versehen im Wege des Gesetzgebungsverfahrens.

Die Berechnung des Arbeitgeberbeitragsanteils ab dem 01.01.2009 unter Maßgabe des ermäßigten Beitragssatzes wird am folgenden Beispiel dargestellt:

<b>Beispiel (Beitragsberechnung für Januar 2009)</b>	
monatliches Arbeitsentgelt	2.534,91 €
ermäßigter Beitragssatz nach § 243 Abs. 2 SGB V (angenommen)	14,0 %
Arbeitgeberbeitragsanteil (2.534,91 € x 6,55 %*) =	166,04 €

\* $(14,0\% - 0,9\%) : 2$

Eine zusammenfassende Übersicht über die rechtlichen Änderungen zum 01.01.2009 für die vorgenannten Arbeitnehmer ist in der Anlage abgebildet.

Anlage



	Rechtslage bis zum 31.12.2008			Rechtslage ab dem 01.01.2009			
Arbeitnehmergruppe	Anspruch auf Krankengeld: ja/nein	Maßgeblicher Beitragssatz für die Berechnung der Beiträge aus dem Arbeitsentgelt	Tragung der Beiträge aus dem Arbeitsentgelt	Anspruch auf Krankengeld: ja/nein	Maßgeblicher Beitragssatz für die Berechnung der Beiträge aus dem Arbeitsentgelt	Tragung der Beiträge aus dem Arbeitsentgelt	Zulässigkeit der Wahltarife für Krankengeld nach § 53 Abs. 6 SGB V
Arbeitnehmer, deren Beschäftigungsverhältnis auf einen kürzeren Zeitraum als zehn Wochen im Voraus befristet ist	ja	Erhöhter Beitragssatz (§ 242 SGB V)	Grds. je zur Hälfte vom Arbeitnehmer und Arbeitgeber. Den zusätzlichen Beitragssatz von 0,9 % trägt der Arbeitnehmer allein (§ 249 Abs. 1 Satz 1 SGB V).	nein (§ 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3, 1. Halbsatz SGB V)	Ermäßigter Beitragssatz (§ 243 Abs. 1 Satz 1 SGB V)	Der Arbeitgeber trägt die Hälfte der Beiträge aus dem Arbeitsentgelt nach dem um 0,9 Beitragssatzpunkte verminderten <u>ermäßigten</u> Beitragssatz. Im Übrigen trägt der Arbeitnehmer die Beiträge.	ja
Unständig Beschäftigte	ja	Erhöhter Beitragssatz (§ 242 SGB V)	Grds. je zur Hälfte vom Arbeitnehmer und Arbeitgeber. Den zusätzlichen Beitragssatz von 0,9 % trägt der Arbeitnehmer allein (§ 249 Abs. 1 Satz 1 SGB V).	nein (§ 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3, 1. Halbsatz SGB V)	Ermäßigter Beitragssatz (§ 243 Abs. 1 Satz 1 SGB V)	Der Arbeitgeber trägt die Hälfte der Beiträge aus dem Arbeitsentgelt nach dem um 0,9 Beitragssatzpunkte verminderten <u>ermäßigten</u> Beitragssatz. Im Übrigen trägt der Arbeitnehmer die Beiträge.	ja
Heimarbeiter, die nach § 10 Abs. 4 EFZG Anspruch auf Zahlung eines Zuschlags zum Arbeitsentgelt haben	ja	Erhöhter Beitragssatz (§ 242 SGB V)	Grds. je zur Hälfte vom Arbeitnehmer und Arbeitgeber. Den zusätzlichen Beitragssatz von 0,9 % trägt der Arbeitnehmer allein (§ 249 Abs. 1 Satz 1 SGB V).	ja (§ 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3, 2. Halbsatz SGB V)	Allgemeiner Beitragssatz (§ 241 Abs. 1 SGB V)	Der Arbeitgeber trägt die Hälfte der Beiträge aus dem Arbeitsentgelt nach dem um 0,9 Beitragssatzpunkte verminderten <u>allgemeinen</u> Beitragssatz. Im Übrigen trägt der Arbeitnehmer die Beiträge.	nein
Arbeitnehmer während der Freistellungsphase der Altersteilzeitarbeit	Ruht nach § 49 Abs. 1 Nr. 6 SGB V	Ermäßigter Beitragssatz (BSG-Urteil vom 25.08.2004- B 12 KR 22/02 R – USK 2004-41)	Grds. je zur Hälfte vom Arbeitnehmer und Arbeitgeber. Den zusätzlichen Beitragssatz von 0,9 % trägt der Arbeitnehmer allein (§ 249 Abs. 1 Satz 1 SGB V).	Ruht nach § 49 Abs. 1 Nr. 6 SGB V	Ermäßigter Beitragssatz (BSG-Urteil vom 25.05.2004 - B 12 KR 22/02 R -, USK 2004-41)	Der Arbeitgeber trägt die Hälfte der Beiträge aus dem Arbeitsentgelt nach dem um 0,9 Beitragssatzpunkte verminderten <u>ermäßigten</u> Beitragssatz. Im Übrigen trägt der Arbeitnehmer die Beiträge.	nein

	Rechtslage bis zum 31.12.2008			Rechtslage ab dem 01.01.2009			
Arbeitnehmergruppe	Anspruch auf Krankengeld: ja/nein	Maßgeblicher Beitragssatz für die Berechnung der Beiträge aus dem Arbeitsentgelt	Tragung der Beiträge aus dem Arbeitsentgelt	Anspruch auf Krankengeld: ja/nein	Maßgeblicher Beitragssatz für die Berechnung der Beiträge aus dem Arbeitsentgelt	Tragung der Beiträge aus dem Arbeitsentgelt	Zulässigkeit der Wahltarife für Krankengeld nach § 53 Abs. 6 SGB V
Arbeitnehmer, die eine Rente wegen voller Erwerbsminderung, Erwerbsunfähigkeit oder Vollrente wegen Alters aus der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen	Nein (§ 50 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V)	Ermäßigter Beitragssatz (§ 243 Abs. 1 SGB V)	Grds. je zur Hälfte vom Arbeitnehmer und Arbeitgeber. Den zusätzlichen Beitragssatz von 0,9 % trägt der Arbeitnehmer allein (§ 249 Abs. 1 Satz 1 SGB V).	Nein (§ 50 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V)	Ermäßigter Beitragssatz (§ 243 Abs. 1 Satz 1 SGB V)	Der Arbeitgeber trägt die Hälfte der Beiträge aus dem Arbeitsentgelt nach dem um 0,9 Beitragssatzpunkte verminderten <u>ermäßigten</u> Beitragssatz. Im Übrigen trägt der Arbeitnehmer die Beiträge.	nein
Arbeitnehmer, die ein nach den beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen gezahltes Ruhegehalt beziehen	Nein (§ 50 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V)	Ermäßigter Beitragssatz (§ 243 Abs. 1 SGB V)	Grds. je zur Hälfte vom Arbeitnehmer und Arbeitgeber. Den zusätzlichen Beitragssatz von 0,9 % trägt der Arbeitnehmer allein (§ 249 Abs. 1 Satz 1 SGB V).	Nein (§ 50 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V)	Ermäßigter Beitragssatz (§ 243 Abs. 1 Satz 1 SGB V)	Der Arbeitgeber trägt die Hälfte der Beiträge aus dem Arbeitsentgelt nach dem um 0,9 Beitragssatzpunkte verminderten <u>ermäßigten</u> Beitragssatz. Im Übrigen trägt der Arbeitnehmer die Beiträge.	nein
Arbeitnehmer, die Leistungen im Sinne des § 50 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 oder 5 SGB V beziehen	Nein (§ 50 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 oder 5 SGB V)	Ermäßigter Beitragssatz (§ 243 Abs. 1 SGB V)	Grds. je zur Hälfte vom Arbeitnehmer und Arbeitgeber. Den zusätzlichen Beitragssatz von 0,9 % trägt der Arbeitnehmer allein (§ 249 Abs. 1 Satz 1 SGB V).	Nein (§ 50 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 oder 5 SGB V)	Ermäßigter Beitragssatz (§ 243 Abs. 1 Satz 1 SGB V)	Der Arbeitgeber trägt die Hälfte der Beiträge aus dem Arbeitsentgelt nach dem um 0,9 Beitragssatzpunkte verminderten <u>ermäßigten</u> Beitragssatz. Im Übrigen trägt der Arbeitnehmer die Beiträge.	nein
Vorruhestandsgeldbezieher	Nein (§ 50 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V)	Ermäßigter Beitragssatz (§ 243 Abs. 1 SGB V)	Grds. je zur Hälfte vom Arbeitnehmer und Arbeitgeber. Den zusätzlichen Beitragssatz von 0,9 % trägt der Arbeitnehmer allein (§ 249 Abs. 1 Satz 1 SGB V).	Nein (§ 50 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V)	Ermäßigter Beitragssatz (§ 243 Abs. 1 Satz 1 SGB V)	Der Arbeitgeber trägt die Hälfte der Beiträge aus dem Arbeitsentgelt nach dem um 0,9 Beitragssatzpunkte verminderten <u>ermäßigten</u> Beitragssatz. Im Übrigen trägt der Arbeitnehmer die Beiträge.	nein

Arbeitnehmer- gruppe	Rechtslage bis zum 31.12.2008			Rechtslage ab dem 01.01.2009			
	Anspruch auf Krankengeld: ja/nein	Maßgeblicher Beitragssatz für die Berechnung der Beiträge aus dem Arbeitsentgelt	Tragung der Beiträge aus dem Arbeitsentgelt	Anspruch auf Kranken- geld: ja/nein	Maßgeblicher Beitragssatz für die Berechnung der Beiträge aus dem Arbeitsentgelt	Tragung der Beiträge aus dem Arbeitsentgelt	Zulässigkeit der Wahltarife für Krankengeld nach § 53 Abs. 6 SGB V
Arbeitnehmer, die eine Rente aus einer öffentlich-rechtlichen Versicherungs- oder Versorgungseinrichtung ihrer Berufsgruppe oder von anderen vergleichbaren Stellen beziehen, die ihrer Art nach den in § 50 Abs. 1 genannten Leistungen entspricht	ja	Allgemeiner Beitragssatz (§ 241 SGB V)	Grds. je zur Hälfte vom Arbeitnehmer und Arbeitgeber. Den zusätzlichen Beitragssatz von 0,9 % trägt der Arbeitnehmer allein (§ 249 Abs. 1 Satz 1 SGB V).	Nein (§ 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 SGB V)	Ermäßigter Beitragssatz (§ 243 Abs. 1 Satz 1 SGB V)	Der Arbeitgeber trägt die Hälfte der Beiträge aus dem Arbeitsentgelt nach dem um 0,9 Beitragssatzpunkte verminderten <u>ermäßigten</u> Beitragssatz. Im Übrigen trägt der Arbeitnehmer die Beiträge.	nein

Niederschrift

über die Besprechung des Arbeitskreises Versicherung und Beiträge  
der Spitzenverbände der Krankenkassen

am 12.06.2008

- TOP 4      Versicherungspflicht für Personen ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V;  
hier:      Anwartschaftsversicherung bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen

---

- 378.0 -

**Sachverhalt:**

Der Eintritt von Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a SGB V setzt voraus, dass zuletzt eine gesetzliche Krankenversicherung bestanden hat. Personen ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall, die nach dem Ausscheiden aus einer gesetzlichen Versicherung eine private Krankenversicherung begründet haben, können damit der gesetzlichen Krankenversicherung nicht im Rahmen des § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V beitreten.

Es stellt sich die Frage, ob die Anwartschaftsversicherung bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen als eine private Krankenversicherung im Sinne der vorstehenden gesetzlichen Regelung zu werten ist und die Zuordnung zur gesetzlichen Krankenversicherung ausschließt.

Angesprochen sind im Wesentlichen Soldaten auf Zeit und Berufssoldaten, die vor dem Wehrdienst gesetzlich krankenversichert waren und für die Dauer der Dienstpflicht eine Anwartschaftsversicherung bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen abgeschlossen haben. Wie jetzt über das Bundesministerium der Verteidigung (BMVg) bekannt wurde (vgl. Schreiben des BMVg vom 16.05.2008, siehe Anlage), wird die Aktivierung der Anwartschaft in eine reguläre Mitgliedschaft nach Beendigung des Wehrdienstes von den

privaten Krankenversicherungsunternehmen unter Hinweis auf die Zuständigkeit der gesetzlichen Krankenkassen abgelehnt. Die gesetzlichen Krankenkassen wiederum lehnten aufgrund der privaten Anwartschaftsversicherung die Begründung einer Mitgliedschaft nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V ab.

Vor diesem Hintergrund soll geklärt werden, welche Auswirkungen sich auf den Eintritt der Versicherungspflicht für Personen ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a SGB V ergeben, wenn zuletzt eine Anwartschaftsversicherung bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen bestand.

### **Ergebnis:**

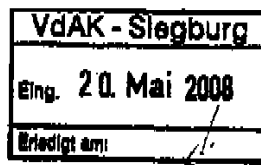
Bei der Anwartschaftsversicherung handelt es sich um ein Versicherungsverhältnis eigener Art in der privaten Krankenversicherung. Ihre Ausgestaltung obliegt den Allgemeinen Geschäftsbedingungen der privaten Krankenversicherung und ist nicht unmittelbarer Bestandteil des Versicherungsvertragsgesetzes. Dass es sich bei der Anwartschaftsversicherung um ein eigenständiges Versicherungsverhältnis im Sinne des für die private Krankenversicherung gültigen Rechts handelt, ergibt sich nicht zuletzt auch aus § 5 Abs. 9 Satz 7 SGB V. Darin wird ausdrücklich geregelt, dass bei einem Nichtzustandekommen der Versicherungspflicht oder bei einer fehlenden Weiterversicherungsmöglichkeit wegen Nichterfüllung der Vorversicherungszeit auch eine Rückkehr in die Anwartschaftsversicherung der privaten Krankenversicherung möglich ist.

Im Ergebnis sind für die in Rede stehenden Soldaten auf Zeit und die Berufssoldaten die Voraussetzungen der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a SGB V nicht erfüllt, wenn sie nach dem Ausscheiden aus dem Wehrdienst ohne anderweitige Absicherung im Krankheitsfall sind und „zuletzt“ davor eine private Anwartschaftsversicherung bestand; für die Durchführung der Krankenversicherung ist dann die private Krankenversicherung zuständig.

Anlage



Bundesministerium  
der Verteidigung



Anlage zu TOP 4

Bundesministerium der Verteidigung, Postfach 1328, 53003 Bonn

Spitzenverbände der gesetzlichen  
Krankenkassen  
AEV Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.  
Frankfurter Straße 84

53721 Siegburg

Hans Stolz  
Referatsleiter PSZ II 4

Hausanschrift Fontainengraben 150, 53123 Bonn  
Postanschrift Postfach 1328, 53003 Bonn

Telefon +49(0)228-99-24-3889/3895

Fax +49(0)228-99-24-3869

E-Mail bmvgpszi4@bmvg.bund.de

PKV Verband der privaten  
Krankenversicherungen e.V.  
Bayenthalgürtel 26

50968 Köln

BETREFF **Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Sozialgesetzbuch V (SGB V)**

BEZUG 1. Abschrift einer internen DEBEKA-Information

2. Mitarbeiterbrief der DEBEKA vom 13.3.2008

ANLAGE -2-

Gr 22-15-03

DATUM Bonn, 16. Mai 2008

Sehr geehrte Damen und Herren,

bisher wurde von Seiten der Bundeswehr den Soldaten auf Zeit (SaZ) und Berufssoldaten (BS) empfohlen, eine private/gesetzliche Krankenversicherung abzuschließen, um bei Beendigung der Dienstzeit eine Absicherung für den Krankheitsfall zu haben. Durch das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 26.03.2007 ergeben sich nun Probleme durch die unterschiedliche Auslegung des § 5 Abs. 1 Nr. 13 Sozialgesetzbuch V.

Bei den mir bekannt gewordenen Fällen handelt es sich um zwei SaZ, die krank aus dem Wehrdienst ausgeschieden sind. Beide waren vor dem Wehrdienst zuletzt gesetzlich krankenversichert und haben eine private Krankenversicherung abgeschlossen. Eine Wehrdienstbeschädigung liegt nicht vor.

Nach Aussage der privaten Krankenversicherungen ist eine Aktivierung der Krankenversicherung nicht möglich, da mit dem Wehrdienstende die Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V eingetreten sei.

Die gesetzliche Krankenversicherung lehnt eine Pflichtversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V ab, da aufgrund der Krankenversicherung zuletzt eine private Krankenversicherung bestanden

- 2 -

habe. Dies ist nicht nachvollziehbar, da die Anwartschaftsversicherung keine vollwertige Krankenversicherung darstellt.

Im Ergebnis haben die ehemaligen Soldaten derzeit keinen Krankenversicherungsschutz, weder in der gesetzlichen, noch in der privaten Krankenversicherung. Gerade dies sollte mit den Änderungen durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz künftig verhindert werden.

Ich bitte Sie daher, mir Ihre Ansicht zu der vorliegenden Problematik mitzuteilen, um eine Lösung im Sinne unserer ehemaligen Soldaten zu finden.

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag



Stolz

Niederschrift

über die Besprechung des Arbeitskreises Versicherung und Beiträge  
der Spitzenverbände der Krankenkassen

am 12.06.2008

TOP 5    Versicherungspflicht für Personen ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V;  
hier:    Mitgliedschaft in der ARTABANA Deutschland Solidargemeinschaft e. V.

---

- 378.0 -

**Sachverhalt:**

Nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V sind Personen versicherungspflichtig, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und

- a)    zuletzt gesetzlich krankenversichert waren oder
- b)    bisher nicht gesetzlich oder privat krankenversichert waren, es sei denn dass sie zu den in § 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.

Die wesentliche Tatbestandsvoraussetzung der Versicherungspflicht, das Nichtbestehen eines anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall, ergibt sich unmittelbar aus der gesetzlichen Regelung. Dabei hat der Gesetzgeber den Begriff des anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall nicht näher definiert. Ansprüche aus Versicherungen, die zumindest annähernd dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung entsprechen, können grundsätzlich als anderweitige Absicherung im Krankheitsfall angesehen werden. Dem steht auch die Berücksichtigung damit verbundener eventueller Selbstbehalte nicht entgegen.



Die ARTABANA Deutschland Solidargemeinschaft e. V. hat um Bestätigung gebeten, dass die Mitgliedschaft in diesem Verein einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall im Sinne des § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V entspricht.

Nach § 2 Abs. 1 der Satzung (s. Anlage 1) stellt der Verein durch ausreichende Solidareinlagen und Rücklagen in den Solidaritätsfonds der lokalen Gemeinschaften und von ARTABANA Deutschland e. V. sowie die Möglichkeit zu Nachschüssen und notfalls zu angemessenen Selbstbeteiligungen aller Mitglieder sicher, dass die Leistungen dauerhaft auch bei schweren Krankheitsfällen so erfüllbar sind, dass ein Rückgriff auf Fürsorge oder gesetzlicher bzw. privater Krankenversicherung nicht notwendig wird. Ein Rechtsanspruch auf Zahlungen aus dem Solidaritätsfonds besteht nicht (vgl. § 2 Abs. 4). Über die jeweilige Leistungsgewährung wird auf Antrag des Mitglieds entschieden.

Die Höhe der von den Mitgliedern zu zahlenden Beiträge und Solidareinlagen werden in einer separaten Beitrags- und Solidareinlagenordnung geregelt (vgl. § 4 Abs. 3 der Satzung). Danach entfallen auf jedes Mitglied 30 Euro Startbeitrag sowie ein Jahresbeitrag von 10 Euro. Darüber hinaus kann jedes Mitglied die Höhe seiner Solidareinlage (Jahresbeitrag) in Abstimmung mit den anderen Mitgliedern der Gemeinschaft selbst bestimmen. Ein unabhängiger Aktuar (versicherungsmathematischer Sachverständiger) überprüft auf der Grundlage der Mitgliedermeldungen regelmäßig die Entwicklung der Solidareinlagen, Rücklagen und Zuwendungen von ARTABANA Deutschland e. V. und seiner Mitglieder in Hinblick auf die Sicherung der Leistungsfähigkeit und gibt Anpassungsvorschläge an den Vorstand.

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und das Bundesministerium der Justiz (BMJ) vertreten in diesem Zusammenhang bei ähnlich gelagerter Konstellation im Falle des Vereins Pfälzischer Pfarrerinnen und Pfarrer folgende Auffassung (s. Anlage 2):

„Diese Solidargemeinschaften sind privatrechtlich organisierte Vereinigungen. Als soziale Selbsthilfeeinrichtungen sind sie keine privaten Krankenversicherungsunternehmen oder Versicherungsvereine, u. a. weil die entsprechenden Satzungen keinen Rechtsanspruch auf Kostenerstattung vorsehen, sondern in jedem Einzelfall über die Auszahlungen ent-

schieden wird. Ob bei Solidargemeinschaften „vergleichbare Ansprüche“ vorliegen, hängt davon ab, ob – wenn nicht rechtlich, dann zumindest faktisch – ein Leistungsanspruch besteht, der dauernd erfüllbar ist. Dies hängt von der konkreten Ausgestaltung im Einzelfall ab.“

Bezüglich des Vereins Pfälzischer Pfarrerinnen und Pfarrer gab es seitens der zuständigen Ministerien keine Bedenken, dass es sich bei den Ansprüchen, die die Vereinsmitglieder haben, um „vergleichbare Ansprüche“ im beschriebenen Sinne handelt und der betroffene Personenkreis nicht der normierten Pflicht zur Versicherung unterliegt.

Die Satzung der ARTABANA Deutschland e. V. beschreibt nur unzureichend das für die Vereinsmitglieder bestehende Leistungsspektrum. Vielmehr werden nur allgemeine Grundsätze formuliert, die eine generelle Versorgung bei Bedarf, basierend auf einer Einzelfallentscheidung, gewährleisten sollen. Konkrete Leistungsbeschreibungen, wie sie das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch zum Zweig der gesetzlichen Krankenversicherung vorsieht, fehlen bereits im Ansatz. Ferner ist in Frage zu stellen, ob und inwieweit die Versorgung bei sogenannten „Großschadensfällen“ dauerhaft sichergestellt werden kann. Dialysepatienten beispielsweise, die für jede gesetzliche Krankenkasse einen erheblichen finanziellen Aufwand darstellen, überfordern möglicherweise das Leistungsvermögen des in Rede stehenden Vereins binnen kürzester Zeit. Vor diesem Hintergrund ist es zumindest sehr fragwürdig, ob die dem Grunde nach bestehenden faktischen Leistungsansprüche dauernd erfüllbar sein können. Dieser Eindruck wird insbesondere dadurch verstärkt, dass die nach der Beitrags- und Solidareinlagenordnung zur Finanzierung der Leistungsausgaben zu erhebenden Solidareinlagen, von den Vereinsmitgliedern selbst bestimmt und mit den Mitgliedern der Gemeinschaft abgestimmt werden. Eine verbindliche und im Voraus mit gewisser Sicherheit planbare Bestimmung der Einnahmen des Vereins ist nicht ersichtlich.

Es ist darüber zu beraten, ob die Voraussetzungen für das Vorliegen anderweitiger Ansprüche auf Absicherung im Krankheitsfall im Sinne des § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V erfüllt werden und für die Mitglieder der ARTABANA Deutschland Solidargemeinschaft e. V. die normierte Pflicht zur Versicherung entfällt.

**Ergebnis:**

Die ARTABANA Deutschland Solidargemeinschaft e. V. ist eine privatrechtlich organisierte Vereinigung und kein privates Krankenversicherungsunternehmen oder privater Versicherungsverein, da ihre Satzung keinen Rechtsanspruch auf Kostenerstattung vorsieht, sondern in jedem Einzelfall über die Auszahlungen entschieden wird.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen sind der Auffassung, dass es sich bei einer Mitgliedschaft in der ARTABANA Deutschland Solidargemeinschaft e. V. nicht um eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall handelt, da die in dieser sozialen Selbsthilfeeinrichtung abgesicherten Personen auch keinen faktischen Leistungsanspruch, der dauernd erfüllbar ist, haben. Insofern ist für Mitglieder der ARTABANA Deutschland Solidargemeinschaft e. V. die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V nicht ausgeschlossen.

Anlagen



## Satzung

der

**ARTABANA Deutschland Solidargemeinschaft e.V.  
(AD e.V.)**

Stand 06.04.08

### § 1 Name, Sitz und Geschäftsjahr

Der Verein führt den Namen ARTABANA Deutschland Solidargemeinschaft e.V., im Folgenden „AD e.V.“ genannt.

- (1) Sein Sitz ist in Magstadt. Er ist eingetragen ins Vereinsregister Böblingen (VR 1657).
- (2) Das Geschäftsjahr ist das Kalenderjahr. Erfüllungsort und Gerichtsstand ist Magstadt.

### § 2 Zweck und Grundprinzipien

- (1) AD e.V. ist eine aufsichtsfreie Personenvereinigung gemäß § 1 Abs. 3 Ziff. 1 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) und keine Krankenkasse oder Krankenversicherung.  
Der AD e.V. bezweckt auf der Grundlage von Eigenverantwortung und Solidarität die Schaffung von rechtlichen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen, die eine individuelle und persönliche Gesundheitspflege sowie die freie Wahl und Durchführung eines individuellen Gesundungsweges ermöglichen. Durch ausreichende Solidareinlagen und Rücklagen in den Solidaritätsfonds der lokalen Gemeinschaften und von AD e.V. sowie die Möglichkeit zu Nachschüssen und notfalls zu angemessenen Selbstbeteiligungen aller Mitglieder lokaler ARTABANA Solidargemeinschaften wird sichergestellt, dass die Leistungen dauerhaft auch bei schweren Krankheitsfällen so erfüllbar sind, dass ein Rückgriff auf Fürsorge oder GKV/PKV nicht nötig wird und somit sowohl der nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V erforderliche anderweitige Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall als auch der nach § 193 Abs. 3 Nr. 2 VVG in der zum 01.01.2009 in Kraft tretenden Fassung erforderliche vergleichbare Anspruch gegeben ist. Gem. Stellungnahme des Bundesgesundheitsministeriums reichen dazu faktische Ansprüche auch dann aus, wenn – wie bei einer Unterstützungskasse – zwar keine Rechtsansprüche eingeräumt werden, aber die Leistungen tatsächlich dauerhaft erbracht werden können.
- (2) Der AD e.V. fördert die öffentliche Gesundheit auch durch wirtschaftliche Mittel auf der Grundlage demokratischer Entscheidungsprozesse.
- (3) Der AD e.V. gewährt überregional Hilfe in Notsituationen als Folge von Krankheits- und Unglücksfällen.
- (4) Der AD e.V. verwaltet einen überregionalen Solidaritätsfonds, um Mitgliedern und anderen Menschen zu helfen, die finanziellen Aspekte der Gesundheitsvorsorge und Krankheitsbewältigung zu meistern. Es besteht kein Rechtsanspruch auf Zahlungen aus dem Solidaritätsfonds. Die Gestaltung der Geldflüsse soll so eingerichtet werden, dass sie heilsam auf den sozialen Organismus wirken.
- (5) Der AD e.V. achtet und schützt die Persönlichkeitssphäre der Mitglieder der lokalen ARTABANA Solidargemeinschaften. Er verzichtet gegenüber der individuellen Gesundheits- und Krankheitssituation von Mitgliedern der lokalen ARTABANA Solidargemeinschaften auf das Erteilen von Ratschlägen oder Vorschriften, das Erheben von medizinischen Daten und das Anwenden von wirtschaftlichen Druckmitteln.
- (6) Der AD e.V. arbeitet an einem neuen Verständnis bei der Verwirklichung von sozialer Sicherheit.

- (7) Der AD e.V. verfolgt ausschließlich und unmittelbar gemeinnützige Zwecke im Sinne des Abschnitts „Steuerbegünstigte Zwecke“ der Abgabenordnung. Er ist selbstlos tätig und verfolgt nicht in erster Linie eigenwirtschaftliche Zwecke.
- (8) Der AD e.V. verfolgt keine politischen und konfessionellen Ziele. Der AD e.V. ist weltanschaulich und parteipolitisch neutral.
- (9) Die Satzungszwecke werden insbesondere dadurch verwirklicht,
  - a.) dass die durch Krankheitsfall in Notlage geratenen Mitglieder der lokalen ARTABANA Solidargemeinschaften und andere Menschen unbürokratisch und schnell sowohl finanziell als auch von Mensch zu Mensch unterstützt werden;
  - b.) dass die Struktur des Vereins und die Formen der Zusammenarbeit das Prinzip der Subsidiarität einer zivilen Bürgergesellschaft zum Ausdruck bringen und dabei Individualität und Gemeinschaft in ein wechselseitig anregendes und förderliches Entwicklungsverhältnis bringen.

### § 3 Mitgliedschaft

- (1) Mitglieder des AD e.V. sind lokale ARTABANA Solidargemeinschaften.
- (2) Über die Aufnahme eines Mitglieds entscheidet die Mitgliederversammlung. Der Vorstand prüft zuvor die schriftlichen Unterlagen dieser Gemeinschaft. Voraussetzung für die Aufnahme eines Mitglieds ist, dass sich die zukünftige Mitgliedsgemeinschaft an der generellen Philosophie von AD e.V. orientiert. Hierzu ist der Leitfaden für die Aufnahme neuer Mitglieder maßgeblich.
- (3) Jede lokale ARTABANA Solidargemeinschaft kann bis zu drei Delegierte in die Mitgliederversammlung des AD e.V. entsenden. Jede lokale ARTABANA Solidargemeinschaft hat dort 3 Stimmen.
- (4) Die Mitgliedschaft erlischt mit Wirksamwerden der Auflösung oder des Austritts eines Mitglieds.
- (5) Der Austritt kann nur mit einer Frist von 3 Monaten zum Ende eines Kalenderjahres erklärt werden. Ist zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens des Austritts ein Großschadensfall anhängig, zu dessen Erledigung auch das Solidarvermögen der austretenden lokalen ARTABANA Solidargemeinschaft herangezogen werden soll, dann wird der Austritt erst mit der Erledigung dieses Großschadensfalles wirksam.

### § 4 Mitgliedsbeiträge und Solidareinlagen

- (1) Der AD e.V. erhält die Mittel zur Bewältigung seiner Verwaltungskosten durch Mitgliedsbeiträge der lokalen ARTABANA Solidargemeinschaften.
- (2) Der AD e.V. erhält die Mittel zur Bewältigung seiner sonstigen Satzungszwecke durch Solidareinlagen der lokalen ARTABANA Solidargemeinschaften.
- (3) Beiträge und Solidareinlagen werden in der Beitrags- und Solidareinlagenordnung geregelt, Zuwendungen in den Solidaritätsfondsstatuten des überregionalen Solidaritätsfonds von AD e.V. und den Statuten der lokalen Solidaritätsfonds der Mitglieder von AD e.V.. Die lokalen ARTABANA Solidargemeinschaften erklären ihren Willen, die Beiträge und Solidareinlagen gemäß ihrer jährlich einzureichenden Mitgliedermeldung zu leisten. Die Beiträge werden immer, die Solidareinlagen werden vorzugsweise durch Lastschrift eingezogen.

### § 5 Die Mitgliederversammlung

- (1) Die Mitgliederversammlung tritt mindestens einmal im Jahr auf Einladung des Vorstandes zusammen. Die Einladung erfolgt per Email, zusätzlich per Bekanntmachung im Internet und auf ausdrücklichen Wunsch per Brief, mit Angabe der Tagesordnung, mindestens drei Wochen vor dem Termin. Die Mitgliederversammlung ist beschlussfähig, wenn ordnungsgemäß eingeladen wurde.

- (2) Jede lokale ARTABANA Solidargemeinschaft kann die Einberufung einer Mitgliederversammlung verlangen. Sie muss dann spätestens drei Monate nach Antragstellung abgehalten werden.
- (3) Die Mitgliederversammlung beschließt einstimmig. Kann ein solches Ergebnis unter Bemühung aller Beteiligten nicht erreicht werden, beschließt sie mit  $\frac{2}{3}$  Mehrheit der anwesenden oder vertretenen Mitglieder. Jede lokale ARTABANA Solidargemeinschaft kann sich in der Mitgliederversammlung nur durch eine andere lokale ARTABANA Solidargemeinschaft vertreten lassen; die Vertretungsvollmacht muss schriftlich erteilt werden.
- (4) Versammlungsleiter und Protokollführer werden in jeder Mitgliederversammlung neu bestimmt. Alle Beschlüsse sind zu protokollieren und von beiden zu unterschreiben.
- (5) Der Mitgliederversammlung obliegen folgende Aufgaben:
  - Aufnahme neuer lokaler ARTABANA Solidargemeinschaften als Mitglieder
  - Satzungsänderungen: Über Satzungsänderungen kann in der Mitgliederversammlung nur abgestimmt werden, wenn auf diesen Tagesordnungspunkt bereits in der Einladung hingewiesen und sowohl der bisherige als auch der vorgesehene neue Satzungstext beigelegt wurde.
  - Beschlüsse der Mitgliederversammlung, die Auswirkung auf die Satzungen, Statuten und Verträge der lokalen ARTABANA Solidargemeinschaften haben, sind von diesen innerhalb von 3 Monaten umzusetzen.
  - Genehmigung der Geschäftsordnung
  - Beschließt über Anträge zur Beitrags- und Solidareinlagenordnung
  - Beschlussfassung über Anträge des Vorstandes, der Mitglieder und der Treuhänder.
  - Entgegennahme des Jahresgeschäftsberichts des Vorstandes
  - Entgegennahme des Jahresberichts der Treuhänder
  - Entgegennahme des Rechnungsprüfungsberichts des Kuratoriums
  - Beschlussfassung über die Entlastung des Vorstandes
  - Beschlussfassung über die Entlastung der Treuhänder
  - Wahl des Vorstandes für die Dauer eines Jahres
  - Wahl der Treuhänder für den Solidaritätsfonds für die Dauer eines Jahres
  - Wahl von mindestens zwei Personen für das Kuratorium für die Dauer eines Jahres
  - Wahl von mindestens drei Personen für das Schlichtungsgremium für die Dauer von einem Jahr
  - Die Mitgliederversammlung kann Aufgaben und Entscheidungen an den Vorstand delegieren

#### **§ 6 Der Vorstand**

- (1) Der Vorstand besteht aus mindestens 3 Personen. Der AD e.V. wird gerichtlich und außergerichtlich durch je zwei Mitglieder des Vorstands vertreten.
- (2) Stehen der Eintragung in das Vereinsregister unzureichende Satzungsformulierungen oder Gestaltungen entgegen, oder werden Änderungen durch gesetzliche Vorschriften und Auflagen erforderlich, ist der Vorstand berechtigt, entsprechende Änderungen eigenständig durchzuführen. Er informiert die Mitglieder unverzüglich hierüber.

#### **§ 7 Das Kuratorium**

- (1) Dem Kuratorium obliegt die Überprüfung der wirtschaftlichen Geschäftsführung. Der von ihm zu besorgende Rechnungsprüfungsbericht wird innerhalb Monatsfrist nach erfolgter Prüfung, spätestens zwei Wochen vor der Mitgliederversammlung, dem Vorstand vorgelegt. Das Kuratorium berichtet und erläutert der Mitgliederversammlung dessen Ergebnisse, bevor diese über die Entlastung des Vorstandes entscheidet.

#### **§ 8 Die lokalen ARTABANA Solidargemeinschaften**

- (1) Der AD e.V. gliedert sich in lokale ARTABANA Solidargemeinschaften.

(2) Die lokalen ARTABANA Solidargemeinschaften sind selbständige Teilmittgliedervereinigungen des Vereins. Die lokalen ARTABANA Solidargemeinschaften werden in allen regionalen Angelegenheiten selbständig tätig, sofern dadurch nicht überregionale oder allgemeine Belange des AD e.V. berührt werden. Die lokalen ARTABANA Solidargemeinschaften bilden dazu Kompetenzen aus.

(3) Die lokalen ARTABANA Solidargemeinschaften verwalten und organisieren sich selbst.

#### **§ 9 Mittelverwendung**

(1) Sämtliche Mittel des AD e.V. dürfen nur für satzungsgemäße Zwecke verwendet werden. Zuwendungen aus Mitteln des AD e.V. werden nur an die lokalen ARTABANA Solidargemeinschaften ausgezahlt, die diese satzungsgemäß bzw. vertragsgemäß ihren Mitgliedern und anderen Personen zuwenden. Es darf keine Person durch Ausgaben, die dem Zweck des AD e.V. fremd sind oder durch unverhältnismäßig hohe Vergütungen begünstigt werden. Vorstandsmitglieder, Treuhänder und Kuratorium arbeiten unentgeltlich für den AD e.V. Im Interesse des AD e.V. entstandene Kosten werden aus den Mitgliedsbeiträgen erstattet.

#### **§ 10 Auflösung**

(1) Die Auflösung des AD e.V. erfolgt durch Beschluss der Mitgliederversammlung nach schriftlicher Bekanntgabe in der Einladung mit mindestens 3/4 der anwesenden oder vertretenen stimmberechtigten Mitglieder. Die Mitgliederversammlung beschließt, wer die Liquidation durchführt. Bei der Auflösung des AD e.V. oder bei Wegfall seines bisherigen Zwecks fällt das Vermögen des AD e.V. an eine als gemeinnützig und steuerbegünstigt anerkannte Körperschaft, die sich um das Gesundheitswesen in der Bundesrepublik Deutschland bemüht und es unmittelbar und ausschließlich für gemeinnützige Zwecke verwenden wird. Die Auswahl dieser Körperschaft nimmt der Vorstand bzw. der Liquidator nach vorheriger Abstimmung mit dem zuständigen Finanzamt wahr.

#### **§ 11 Schlichtungsgremium**

(1) Bei allen Angelegenheiten, die sich innerhalb des AD e.V. nicht einvernehmlich regeln lassen oder in Streifffällen, ist das Schlichtungsgremium des AD e.V. anzurufen.

(2) Kommt es im Rahmen des Schlichtungsverfahrens nicht zu einer Einigung bzw. wird die Empfehlung im Schlichtungsverfahren nicht akzeptiert, ist auf Antrag einer Partei ein Schiedsverfahren im Sinne der §§ 1025 ff. ZPO unter Ausschluss des ordentlichen Rechtswegs unter Benennung eines Schiedsrichters einzuleiten. Hierauf hat die andere Partei ebenfalls einen Schiedsrichter zu benennen. Beide Schiedsrichter benennen einen weiteren Schiedsrichter als Obmann. Das Schiedsgericht ist unabhängig und unparteilich. Der Spruch des Schiedsgerichts ist bindend.

#### **§ 12 Salvatorische Klausel**

(1) Sollten einzelne Bestimmungen dieser Satzung unwirksam oder nichtig sein oder werden, so berührt dies die Gültigkeit der übrigen Bestimmungen dieser Satzung nicht.

(2) Die Mitglieder verpflichten sich zur sofortigen Nachbesserung im Sinne dieser Satzung.



## Beitrags- und Solidareinlagenordnung

der ARTABANA Deutschland  
Solidargemeinschaft e.V. (AD e.V.)

Stand 06.04.08

### I. Beitragsordnung

- (1) An AD e.V. zahlen die lokalen ARTABANA Solidargemeinschaften zur Bewältigung von Verwaltungskosten für jedes neue Mitglied ihrer Gemeinschaft einen Startbeitrag von derzeit 30,00 Euro. Zusätzlich beträgt der Jahresbeitrag je Mitglied der lokalen ARTABANA Solidargemeinschaften derzeit 10,00 Euro. Beide Beträge können durch die Mitgliederversammlung von AD e.V. neu geregelt werden.
- (2) Die lokalen ARTABANA Solidargemeinschaften sind verpflichtet, bis 30. Januar des Jahres das vollständig ausgefüllte aktuelle Meldeformular des AD e.V. an dessen Kassenwart zu schicken.

### II. Solidareinlagenordnung

- (1) Die AD-Solidargemeinschaft e.V. erhält ihre Mittel zur Bewältigung Ihrer Satzungszwecke – außer zur Deckung ihrer Verwaltungskosten – durch Solidareinlagen der lokalen ARTABANA Solidargemeinschaften.
- (2) Jedes Mitglied einer lokalen ARTABANA Solidargemeinschaft kann die Höhe seiner Solidareinlage (Jahresbetrag) selbst bestimmen. Die Höhe der Solidareinlage wird mit den anderen Mitgliedern dieser Gemeinschaft abgestimmt. Jedes Mitglied hat am Anfang eines jeden Jahres ein Einlageversprechen in schriftlicher Form zu erstellen, zu unterschreiben und dieses dem Kassenwart seiner lokalen ARTABANA Solidargemeinschaft zu übergeben.
- (3) Die Solidareinlagen der Mitglieder der lokalen ARTABANA Solidargemeinschaften dienen größtenteils dazu, Zuwendungen in Notfällen und Zahlungen für Kosten, die durch die Erhaltung bzw. die Wiederherstellung der Gesundheit entstehen, zu leisten. Um dies dauerhaft zu ermöglichen, dienen die Solidareinlagen auch der Bildung von Sicherheitsmitteln im übergreifenden Solidaritätsfonds des AD e.V.
- (4) Der AD e.V. erhält über 20% der jährlichen Solidareinlagen in die Solidaritätsfonds der lokalen ARTABANA Solidargemeinschaften vorzugsweise eine Abbuchungsermächtigung. Bei Bedarf kann dieser Anteil zur Auffüllung des überregionalen Solidaritätsfonds vom Kassenwart des AD e.V. als Solidareinlage abgebucht werden. Vor der Abbuchung informiert der Kassenwart von AD e.V. die Kassenwarte der lokalen ARTABANA Solidargemeinschaften. Gemeinschaften, die am Abbuchungsverfahren nicht teilnehmen, verpflichten sich, ihren Anteil fristgerecht zu zahlen.
- (5) Wenn der Solidaritätsfonds des AD e.V. nach seinem üblichen Verfahren – d. h. nach voraussichtlicher Erschöpfung der Mittel der betroffenen lokalen ARTABANA Solidargemeinschaft und, soweit diese nicht ausreichen, nach Erschöpfung des überregionalen Solidaritätsfonds – eine notwendige Leistung voraussichtlich nicht erbringen kann, tritt der Großschadensfall ein. Für den Großschadensfall verpflichten sich alle anderen lokalen ARTABANA Solidargemeinschaften mit ihren Solidareinlagen, diese Leistung auf Aufforderung durch den Kassenwart von AD e.V. sicherzustellen.
- (6) Ein vom Vorstand beauftragter unabhängiger Aktuar (versicherungsmathematischer Sachverständiger) überprüft auf der Grundlage der Mitgliedermeldungen regelmäßig die Entwicklung der Solidareinlagen, Rücklagen und Zuwendungen von AD e.V. und seiner Mitglieder in Hinblick auf die Sicherung der Leistungsfähigkeit und gibt Anpassungsvorschläge an den Vorstand. In der Mitgliederversammlung wird, auf Antrag des Vorstandes, über die Anpassung abgestimmt.





Bundesministerium  
für Gesundheit

Anlage 2 zu TOP 5

Bundesministerium für Gesundheit 53107 Bonn

Bundesverband der  
Betriebskrankenkassen  
Kronprinzenstraße 6  
45128 Essen

BEFÜRHER: 227  
BEFÄHRIGT VON: Gerhard Lange  
HAUSANSCHRIFT: Rochusstraße 1, 53128 Bonn  
POSTANSCHRIFT: 53107 Bonn  
TEL: +49 (0)228 99 441 2227  
FAX: +49 (0)228 99 441 4971  
E-MAIL: Gerhard.Lange@bmjg.bund.de  
WWW: www.bmjg.bund.de

17 April 2008

Bonn, 17 April 2008  
222-44031/3/6

2100

**Clearingstelle der Spitzenverbände der Krankenkassen für die PKV und GKV gemeinsam betreffenden Fragen der Umsetzung des GKV-WSG**

**Anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall  
hier: Schreiben des Vereins Pfälzischer Pfarrerinnen und Pfarrer vom 31. Januar 2008**

Anlagen: - 2 -

Sehr geehrte Damen und Herren,

Das Werk gegenseitiger Hilfe im Verein Pfälzischer Pfarrerinnen und Pfarrer e.V. hat ebenso wie bereits zuvor der Pfarrverein in Baden das Bundesministerium für Gesundheit um Bestätigung gebeten, dass eine Absicherung im Werk gegenseitiger Hilfe den Anforderungen der mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz eingeführten Verpflichtungen zum Abschluss eines die GKV oder PKV ersetzenden Versicherungsvertrages genügt. Einzelheiten zum Mitgliederstand, zum Jahresumsatz der ausgezahlten Aufwendungen im Krankheitsfall an die Mitglieder sowie zum Umfang der erstatteten Aufwendungen und zur Organisation des Verwaltungsverfahrens bitte ich dem beigelegten Schreiben des Werkes gegenseitiger Hilfe zu entnehmen.

Soweit eine Mitgliedschaft im Basistarif der privaten Krankenversicherung für Personen ohne anderweitigen Anspruch im Krankheitsfall angesprochen wird, haben das für das Versicherungsvertragsgesetz zuständige Bundesministerium der Justiz sowie das Bundesministerium für Gesundheit keine Bedenken, dass die im Werk gegenseitiger Hilfe abgesicherten Personen – wenn nicht rechtlich, dann zumindest faktisch – einen Leistungsanspruch haben, der

Seite 2 von 3

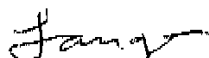
dauernd erfüllbar ist. Wegen der Einzelheiten nehme ich auf das beigefügte Antwortschreiben des BMG vom 15. April 2008 Bezug.

Ich wäre Ihnen dankbar, wenn Sie innerhalb der Spitzenverbände der Krankenkassen eine Verständigung darüber herbeiführen könnten, dass eine Absicherung im Werk gegenseitiger Hilfe im Verein Pfälzischer Pfarrerinnen und Pfarrer e.V. sowie in gleichgelagerten Pfarrvereinen einen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall im Sinne des § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V darstellt.

Ich bitte, das BMG über das Ergebnis der Abstimmung innerhalb der Spitzenverbände der Krankenkassen zu informieren.

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag



Gerhard Lange



**WERK**  
**GEGENSEITIGER**  
**HILFE**

Abz.: Pfr. Thomas Jakobowski Sachsenstr. 2, 67105 Schifferstadt

**Bundesministerium für Gesundheit**  
**Frau Marion Caspers-Merk**  
**Parlamentarische Staatssekretärin**  
**Mitglied des Deutschen Bundestages**  
**Friedrichstraße 108**  
**11055 Berlin**

BW	AW	AN	ST	ST-Nr.	8436
Büro der Parlamentarischen Staatssekretärin Caspers-Merk im BtB 24366					
Eingang 04. Feb. 2008					
37	12	L-Reg 30a			
Verfügungsbef. 2					
Termin 26.10.2008 Kopie für 11/22 04102					

Geschäftsstelle

Frau Hannelore  
Pflaumann und  
Frau Ute Altvater-Riedl

Stiftstraße 2  
67685 Kaiserslautern

Tel. 0631 / 69 60 66  
FAX 0631 / 69 60 78

Schifferstadt, den 31. Januar 2008

### GKV- Wettbewerbsstärkungsgesetz – schriftliche Bestätigung der Anforderungserfüllung für das Werk gegenseitiger Hilfe

Sehr geehrte Frau Staatssekretärin Caspers-Merk,  
für unsere Unterlagen bitten wir um eine schriftliche Bestätigung Ihrerseits,  
ähnlich wie beim Pfarrverein in Baden e.V. (Ihr Schreiben vom 16. Januar  
2008), dass eine Absicherung im „Werk gegenseitiger Hilfe“ den  
Anforderungen der mit dem GKV- Wettbewerbsstärkungsgesetz eingeführten  
Verpflichtungen zum Abschluss eines Versicherungsvertrages genügt.  
Die Mitglieder im Werk gegenseitiger Hilfe, auf das im Schreiben an den  
Badischen Pfarrverein verwiesen wird, haben faktisch einen  
Leistungsanspruch bzw. einen vergleichbaren Anspruch, der auf Dauer  
erfüllbar ist.

Zum Werk gegenseitiger Hilfe einige Informationen:

Gegründet wurde das Werk geg. Hilfe als brüderliche Nothilfe am 1. Oktober  
1924. Es wird getragen vom Verein pfälzischer Pfarrerinnen und Pfarrer e.V.  
mit Sitz in Kaiserslautern.

Mitgliederstand zum 31.12.2007: 1939 Personen, davon 1.081 Mitglieder mit  
einem eigenen Beihilfeanspruch und 286 Ehegatten mit mittelbarem  
Beihilfeanspruch und im Augenblick 572 beihilfeberechtigte Kinder.

Vorsitzender des  
Vereins Pfälzischer  
Pfarrerinnen und  
Pfarrer

Pfarrer Gerd Unbehend  
Katheler Straße 10  
66308 St. Ingbert

Tel. 06894 / 59 05 10  
FAX 06894 / 59 05 11

Verantwortlicher für  
das Werk gegenseitiger  
Hilfe

Pfarrer  
Thomas Jakobowski  
Sachsenstraße 2  
67105 Schifferstadt

Tel. 06235 / 92 135  
FAX 06235 / 92 134

0171 - 4621 408

Email:  
Pfr.Jakubowski@web.de

Das Werk gegenseitiger Hilfe zahlt auf Antrag die beihilfefähigen Aufwendungen, die nicht von der Beihilfe erstattet werden (50 % oder 30 % oder 20 %). Darüber hinaus gibt es die Möglichkeit eine Nothilfe zu beantragen. Über die Zahlung entscheidet jeweils der Vorstand nach Maßgabe der Leitlinien des Werkes gegenseitiger Hilfe. Damit leistet das Werk geg. Hilfe tatsächlich und faktisch die Absicherung im Krankheitsfall.

Bisher wurden keine beihilfefähigen Krankenkosten eines Mitglieds abgelehnt. Nicht beihilfefähige Kosten werden jeweils nach Einzelprüfung überwiegend und zum Teil erstattet um Härten zu mildern. Die Zahlungen werden in Zusammenarbeit mit der Ev. Kirche der Pfalz durchgeführt und durch drei Beschäftigte des Vereins Pfälzischer Pfarrerinnen und Pfarrer e.V. vorbereitet. Der Beitragssatz beträgt monatlich 5,5 % des Bruttogehalts und schließt das Recht auf Antrag für alle beihilfeberechtigten Familienmitglieder mit ein, soweit diese keine eigenen Einkünfte haben.

Der Jahresumsatz betrug um Jahr 2007 rund 2,6 Millionen Euro. Zur Absicherung der regelmäßigen Zahlungen und der dauerhaften Leistungsfähigkeit wurde eine Rücklage von rund 9 Millionen Euro gebildet, damit die Zahlungen auf Dauer gewährleistet sind. Weitere Sicherungsmaßnahmen sind noch in diesem Jahr geplant.

Das Werk geg. Hilfe ist zudem Gründungsmitglied in der Bundesarbeitsgemeinschaft der sozialen Selbsthilfeeinrichtungen - Solidargemeinschaften im Gesundheitswesen (BASSG). Das Werk geg. Hilfe wurde von der BASSG zertifiziert.

Für Rückfragen zum Werk geg. Hilfe und zur BASSG stehe ich gerne bereit.

Mit freundlichen Grüßen

  
Pfr. Thomas Jakobowski

**Werk gegenseitiger Hilfe**  
(Verein pfälzischer Pfarrerinnen und Pfarrer e.V.)  
Pfarrer Thomas Jakobowski  
Sechsenstr. 2, 67105 Schifferstadt  
Tel. 062 35 - 9 21 35 / Fax 062 35 - 9 21 34

OTK, LGS, LReg A/E 8426

Bundesministerium  
für Gesundheit

Abgegangen

16. April 2008

Werk gegenseitiger Hilfe  
Verein Pfälzischer Pfarrerinnen und Pfarrer  
Herrn Thomas Jakubowski  
Sachsenstraße 2  
67105 Schifferstadt

**Marion Caspers-Merk**  
Parlamentarische Staatssekretärin  
Mitglied des Deutschen Bundestages

HAUßANSCHRIFT Friedrichstraße 108, 10117 Berlin  
POSTANSCHRIFT 11056 Berlin

TEL +49 (0)30 18441-1020

FAX +49 (0)30 18441-4902

E-MAIL marion.caspers-merk@brmg.bund.de

Berlin, 15. April 2008

Sehr geehrter Herr Jakubowski,

vielen Dank für Ihr Schreiben vom 31. Januar 2008, in dem Sie anfragen, in wie weit eine Absicherung im "Werk gegenseitiger Hilfe" den Anforderungen der mit dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) eingeführten Verpflichtung zum Abschluss eines Versicherungsvertrages genügt.

In Deutschland sind viele Pfarrerinnen und Pfarrer für die die Beihilfe überschreitenden Kosten der Krankenbehandlung durch Solidargemeinschaften wie zum Beispiel durch den Pfarverein in Baden oder durch das „Werk gegenseitiger Hilfe im Verein Pfälzischer Pfarrerinnen und Pfarrer e.V.“ abgesichert. In der Regel sind diese Solidargemeinschaften privatrechtlich organisierte Vereinigungen. Als soziale Selbsthilfeeinrichtungen sind sie keine privaten Krankenversicherungsunternehmen oder Versicherungsvereine, u.a. weil die entsprechenden Satzungen keinen Rechtsanspruch auf Kostenerstattung vorsehen, sondern die Vorstände in jedem Einzelfall über Auszahlungen entscheiden.

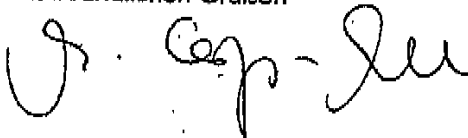
Die Pflicht zur Versicherung ist mit dem GKV-WSG für Personen, die nicht der gesetzlichen Krankenversicherung zuzuordnen sind, in § 178a Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) – in der Fassung des Artikels 43 des GKV-WSG - neu geregelt worden. Mit dem Inkrafttreten der Reform des Versicherungsvertragsgesetzes zum 1. Januar 2008 findet sich die entsprechende Norm nunmehr in § 193 Abs. 2 VVG. Der angeführten Verpflichtung zur Versicherung in der PKV unterliegen dabei Personen nicht, die "Anspruch auf freie Heilfürsorge haben, beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben im Umfang der jeweiligen Berechtigung".

Seite 2 von 2

Ob bei Solidargemeinschaften, wie den oben genannten, "vergleichbare Ansprüche" vorliegen, hängt davon ab, ob – wenn nicht rechtlich, dann zumindest faktisch – ein Leistungsanspruch besteht, der dauernd erfüllbar ist. Dies hängt von der konkreten Ausgestaltung des Anspruchs im Einzelfall ab.

Bezüglich des "Werks gegenseitiger Hilfe" gibt es seitens des für das Versicherungsvertragsgesetz zuständigen Bundesministeriums der Justiz sowie des Bundesministeriums für Gesundheit keine Bedenken, dass es sich bei den Ansprüchen, die deren Mitglieder haben, um "vergleichbare Ansprüche", im o.g. Sinne handelt. Dies bedeutet, dass dort abgesicherte Pfarrerinnen und Pfarrer nicht der im VVG normierten Pflicht zur Versicherung unterliegen. Der Pfarrverein kann daher auch weiterhin das über die Beihilfe hinausgehende Krankheitskostenrisiko seiner Mitglieder absichern.

Mit freundlichen Grüßen



Niederschrift

über die Besprechung des Arbeitskreises Versicherung und Beiträge  
der Spitzenverbände der Krankenkassen

am 12.06.2008

TOP 6 Anhebung des Beitragssatzes in der sozialen Pflegeversicherung zum  
01.07.2008;  
hier: Auswirkungen auf die Beitragsbemessung und Beitragstragung in ein-  
zelnen Versichertengruppen

---

- 411.60/414.0 -

**Sachverhalt:**

Zum 01.07.2008 wird der bundeseinheitliche Beitragssatz in der sozialen Pflegeversicherung um 0,25 Beitragssatzpunkte auf 1,95 v. H. angehoben (vgl. Artikel 1 Nr. 34 Buchst. a in Verb. mit Artikel 17 Abs. 1 des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes). Die Beitragssatzanhebung soll dem künftigen Finanzbedarf, der mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz verändert wurde, Rechnung tragen.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen stellen die Auswirkungen der Beitragssatzanhebung auf die Beitragsbemessung und die Beitragstragung in einzelnen Versichertengruppen dar.

**Ergebnis:**

1. Beitragssatz und Anwendungszeitpunkt

Der Beitragssatz in der sozialen Pflegeversicherung beträgt in der Zeit ab 01.07.2008 bundeseinheitlich 1,95 v. H. der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder (§ 55 Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 1 SGB XI).

Der halbe Beitragssatz nach § 55 Abs. 1 Satz 2 SGB XI, der für Mitglieder gilt, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit und Pflege Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge haben und aufgrund dessen die Leistungen der Pflegeversicherung nur zur Hälfte erhalten (§ 28 Abs. 2 SGB XI), beträgt dementsprechend 0,975 v. H. Der Beitragszuschlag für Kinderlose nach § 55 Abs. 3 SGB XI bleibt unverändert bei 0,25 v. H. der beitragspflichtigen Einnahmen.

Der durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz veränderte Beitragssatz ist für Zeiten nach dem 30.06.2008 von den jeweils beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder, soweit diese Einnahmen nicht Zeiträumen vor dem 01.07.2008 zuzuordnen sind, bei der Beitragsberechnung zu berücksichtigen. Die Anhebung des Beitragssatzes stellt eine Änderung der rechtlichen Verhältnisse dar, die eine Aufhebung des Verwaltungsaktes mit Dauerwirkung (Bescheid über die Höhe der monatlichen Beiträge gegenüber einem zur Zahlung verpflichteten Mitglied) rechtfertigt. Dies gilt auch in den Fällen des § 60 Abs. 1 SGB XI in Verb. mit § 254 Satz 1 SGB V, in denen der Beitrag für versicherungspflichtige Studenten im Voraus für das Sommersemester 2008 erhoben und gezahlt wurde; eine dem § 245 Abs. 1 Satz 3 SGB V vergleichbare Regelung – Krankenversicherungs-Beitragssatzveränderungen wirken erst vom folgenden Wintersemester an – existiert im Bereich der Pflegeversicherung nicht.

## 2. Tragung der Beiträge aus dem Arbeitsentgelt

Die nach dem Arbeitsentgelt zu bemessenden Beiträge der Arbeitnehmer zur Pflegeversicherung werden nach § 58 Abs. 1 Satz 1 SGB XI vom Arbeitnehmer und vom Arbeitgeber grundsätzlich jeweils zur Hälfte getragen. Den Beitragszuschlag für Kinderlose trägt nach § 58 Abs. 1 Satz 3 SGB XI allein der Arbeitnehmer. Daraus ergibt sich ab 01.07.2008 folgende Beitragsverteilung, die insbesondere für die Beitragsberechnung nach Maßgabe der Beitragsverfahrensverordnung von Bedeutung ist:



Beiträge aus Arbeitsentgelt ( <u>nicht</u> bei Beschäftigungsort Sachsen)	voller Beitragssatz 1,95 %	halber Beitragssatz 0,975 %
Arbeitnehmeranteil	0,975 % bzw. 1,225 %*	0,4875 % bzw. 0,7375 %*
Arbeitgeberanteil	0,975 %	0,4875 %

\* unter Berücksichtigung des Beitragszuschlags für Kinderlose

Liegt der Beschäftigungsort des Arbeitnehmers in einem Bundesland, in dem die am 31.12.1993 bestehende Anzahl der gesetzlichen landesweiten Feiertage nicht um einen Feiertag, der stets auf einen Werktag fiel, vermindert worden ist (angesprochen ist hier allein das Bundesland Sachsen), tragen die Arbeitnehmer nach § 58 Abs. 3 Satz 1 SGB XI die nach dem Arbeitsentgelt zu bemessenden Pflegeversicherungsbeiträge in Höhe von 1 v. H. allein. Die übrigen Beiträge in Höhe des Differenzbetrags zum vollen Beitragssatz tragen nach § 58 Abs. 3 Satz 3 SGB XI Arbeitnehmer und Arbeitgeber grundsätzlich jeweils zur Hälfte. Bei Anwendung des halben Beitragssatzes nach § 55 Abs. 1 Satz 2 SGB XI tragen die Arbeitnehmer nach § 58 Abs. 3 Satz 2 SGB XI die nach dem Arbeitsentgelt zu bemessenden Pflegeversicherungsbeiträge in Höhe von 0,5 v. H. allein. Auch hier gilt, dass die übrigen Beiträge nach § 58 Abs. 3 Satz 3 SGB XI Arbeitnehmer und Arbeitgeber grundsätzlich jeweils zur Hälfte tragen. Daraus ergibt sich ab 01.07.2008 folgende Beitragsverteilung:

Beiträge aus Arbeitsentgelt ( <u>nur</u> bei Beschäftigungsort Sachsen)	voller Beitragssatz 1,95 %	halber Beitragssatz 0,975 %
Arbeitnehmeranteil	1,475 % bzw. 1,725 %*	0,7375 % bzw. 0,9875 %*
Arbeitgeberanteil	0,475 %	0,2375 %

\* unter Berücksichtigung des Beitragszuschlags für Kinderlose

Die vorstehend dargestellte Tragung der Beiträge aus dem Arbeitsentgelt wirkt gleichermaßen auch für die Bemessung der Beitragszuschüsse für Arbeitnehmer nach § 61 SGB XI, soweit diese der Höhe nach an den Betrag anknüpfen, der als Arbeitgeberanteil nach § 58 SGB XI zu zahlen wäre.

### 3. Beitragsberechnung und Beitragstragung bei Arbeitsentgelten in der Gleitzone

Für die Berechnung des Beitrags der Arbeitnehmer mit einem monatlichen Arbeitsentgelt innerhalb der Gleitzone nach § 20 Abs. 2 SGB IV wird nicht das tatsächlich erzielte Arbeitsentgelt, sondern nach § 226 Abs. 4 Satz 1 SGB V – die Regelung gilt wegen der generellen Verweisung in § 57 Abs. 1 Satz 1 SGB XI auf § 226 SGB V auch für die Beiträge zur Pflegeversicherung – ein Betrag der Beitragsbemessung zugrunde gelegt, der sich nach folgender Formel ermittelt:  $F \times 400 + (2 - F) \times (\text{Arbeitsentgelt} - 400)$ . Dabei ist F der Faktor, der sich ergibt, wenn der Wert 30 v. H. durch den durchschnittlichen Gesamtsozialversicherungsbeitragssatz des Kalenderjahres, in dem der Anspruch auf das Arbeitsentgelt entstanden ist, geteilt wird. Der durchschnittliche Gesamtsozialversicherungsbeitragssatz eines Kalenderjahres ergibt sich aus der Summe der zum 01.01. desselben Kalenderjahres geltenden Beitragssätze in der allgemeinen Rentenversicherung, in der gesetzlichen Pflegeversicherung, in der Arbeitslosenversicherung und des durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes der Krankenkassen zum 01.03. des Vorjahres. Für das Jahr 2008 ist ein durchschnittlicher Gesamtsozialversicherungsbeitragssatz von 38,8 v. H. festgestellt. Der Faktor F beträgt demgemäß 0,7732 für das Jahr 2008 (Bekanntmachung vom 16.11.2007, BAnz 2007 S. 8218). Er wird aus Anlass der Anhebung des Beitragssatzes in der Pflegeversicherung zum 01.07.2008 nicht verändert.

Der bei Arbeitsentgelten in der Gleitzone vom Arbeitgeber zu tragende Beitragsanteil zur Pflegeversicherung beträgt nach § 58 Abs. 5 Satz 2 Fallgruppe 1 SGB XI in Verb. mit § 249 Abs. 4 SGB V die Hälfte des Betrags, der sich ergibt, wenn der Beitragssatz (zur Pflegeversicherung) auf das der Beschäftigung zugrunde liegende Arbeitsentgelt angewendet wird. Der vom Arbeitnehmer zu tragende Beitragsanteil ergibt sich aus der Differenz des nach den Bestimmungen der Beitragsverfahrensverordnung ermittelten Gesamtbeitrags und dem Beitragsanteil des Arbeitgebers. In den Fällen des § 58 Abs. 3 SGB XI, in denen der Beschäftigungsort des Arbeitnehmers in einem Bundesland liegt, in dem die am 31.12.1993 bestehende Anzahl der gesetzlichen landesweiten Feiertage nicht um einen Feiertag, der stets auf einen Werktag fiel, vermindert worden ist (angesprochen ist hier allein das Bundesland Sachsen), soll nach § 58 Abs. 5 Satz 2 Fallgruppe 2 SGB XI für die

Berechnung des Beitragsanteils des Arbeitgebers ein Beitragssatz in Höhe von 0,7 v. H. Anwendung finden. Diese gesetzliche Regelung (Ansetzen eines Beitragssatzes von 0,7 v. H. auf das tatsächliche Arbeitsentgelt bei Beschäftigten in Sachsen mit regelmäßigem Arbeitsentgelt in der Gleitzone) stimmt nicht mit der durch die Spitzenverbände der Kranken- und Pflegekassen seit dem 01.04.2003 empfohlenen Berechnungsweise (Ansetzen eines Beitragssatzes von 0,35 v. H. auf das tatsächliche Arbeitsentgelt bei Beschäftigten in Sachsen mit regelmäßigem Arbeitsentgelt in der Gleitzone) überein. Mit Blick auf die Anhebung des Beitragssatzes in der Pflegeversicherung zum 01.07.2008 empfehlen die Spitzenverbände der Kranken- und Pflegekassen, auch weiterhin von der gesetzlichen Vorgabe in 58 Abs. 5 Satz 2 Fallgruppe 2 SGB XI abzuweichen. Für die Berechnung des Beitragsanteils des Arbeitgebers in den Fällen des § 58 Abs. 3 SGB XI soll demnach für Zeit ab 01.07.2008 ein Beitragssatz in Höhe von 0,475 v. H. Anwendung finden.

- 36 -

- unbesetzt -

Niederschrift

über die Besprechung des Arbeitskreises Versicherung und Beiträge  
der Spitzenverbände der Krankenkassen

am 12.06.2008

TOP 7 Anpassung der gemeinsamen Empfehlungen zum Nachweis der Elterneigenschaft nach § 55 Abs. 3 Satz 4 SGB XI

---

- 185/414.4 -

**Sachverhalt:**

Seit dem 01.01.2005 wird nach § 55 Abs. 3 Satz 1 SGB XI für Mitglieder, die das 23. Lebensjahr vollendet haben, in der sozialen Pflegeversicherung ein Beitragszuschlag in Höhe von 0,25 v. H. der beitragspflichtigen Einnahmen erhoben (Beitragszuschlag für Kinderlose). Eltern sind von der Beitragszuschlagspflicht ausgenommen, wenn sie die Elterneigenschaft der beitragsabführenden Stelle bzw. der Pflegekasse nachweisen (§ 55 Abs. 3 Sätze 2 und 3 SGB XI).

Das Gesetz schreibt keine konkrete Form des Nachweises über die Elterneigenschaft vor. Die Spitzenverbände der Pflegekassen haben allerdings nach § 55 Abs. 3 Satz 4 SGB XI gemeinsame Empfehlungen darüber zu beschließen, welche Nachweise geeignet sind. Auf dieser Grundlage haben die Spitzenverbände der Krankenkassen – handelnd als Spitzenverbände der Pflegekassen – unter Mitwirkung des damaligen Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung unter dem Datum vom 13.10.2004 gemeinsame Empfehlungen zum Nachweis der Elterneigenschaft abgestimmt und veröffentlicht.

Das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz schafft in § 55 Abs. 3a SGB XI folgende Regelungen:

- Die Verfahrenspraxis der beitragsabführenden Stellen sowie der Pflegekassen in Bezug auf die Nichtanerkennung der Elterneigenschaft bei Erwachsenenadoptionen oder bei Erlangung der Stiefelterneigenschaft zu einem Zeitpunkt, zu dem das Kind bereits „erwachsen“ ist, wird auf eine rechtliche Grundlage gestellt, nachdem das Bundessozialgericht mit Urteil vom 18.07.2007 – B 12 P 4/06 R – (USK 2007-40) die Erhebung des Beitragszuschlags für Kinderlose in der Pflegeversicherung für Stiefeltern generell ausgeschlossen hatte, unabhängig davon, ob die Stiefelterneigenschaft vor oder nach Eintritt der Volljährigkeit des Stiefkindes/der Stiefkinder begründet wurde.
  
- Pflegeeltern, die Betreuungs- und Erziehungsleistungen erbringen und deshalb unabhängig vom Alter des Pflegebefohlenen und einer nachgewiesenen Haushaltszugehörigkeit vom Beitragszuschlag ausgenommen sein sollen, werden von dieser Regelung nicht erfasst (vgl. hierzu die Gesetzesbegründung in Bundestags-Drucksache 16/8525, Bericht des Ausschusses, B. Besonderer Teil, zu Artikel 1 Nummer 34 zu Buchstabe b).

Dies macht es erforderlich, über eine Anpassung der gemeinsamen Empfehlungen zum Nachweis der Elterneigenschaft vom 13.10.2004 zu beraten. Ein entsprechender Entwurf geänderter Empfehlungen liegt als Anlage bei.

### **Ergebnis:**

Die Spitzenverbände der Krankenkassen – handelnd als Spitzenverbände der Pflegekassen – kommen überein, aus Anlass der im Sachverhalt dargestellten Änderungen die gemeinsamen Empfehlungen zum Nachweis der Elterneigenschaft vom 13.10.2004 anzupassen und unter dem Datum vom 12.06.2008 neu herauszugeben.

Die gemeinsamen Empfehlungen gelten – unabhängig davon, dass aufgrund der Änderung des § 55 Abs. 3 Satz 4 SGB XI durch Artikel 8 Nummer 26 des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes ab 01.07.2008 allein der Spitzenverband Bund der Pflegekassen die Empfehlungen zum Nachweis der Elterneigenschaft gibt – gemäß § 53 SGB XI in Verb. mit

§ 217f Abs. 5 SGB V so lange fort, bis der Spitzenverband Bund eine neue Regelung/Empfehlung trifft.

Anlage

**AOK-BUNDESVERBAND, BONN**

**BUNDESVERBAND DER BETRIEBSKRANKENKASSEN, ESSEN**

**IKK-BUNDESVERBAND, BERGISCH GLADBACH**

**BUNDESVERBAND DER LANDWIRTSCHAFTLICHEN KRANKENKASSEN,  
KASSEL**

**KNAPPSCHAFT, BOCHUM**

**AEV-ARBEITER-ERSATZKASSEN-VERBAND E.V., SIEGBURG**

**VERBAND DER ANGESTELLTEN-KRANKENKASSEN E.V., SIEGBURG**

---

12. Juni 2008

## Gemeinsame Empfehlungen zum Nachweis der Elterneigenschaft

Mit dem Gesetz zur Berücksichtigung der Kindererziehung im Beitragsrecht der sozialen Pflegeversicherung (Kinderberücksichtigungsgesetz – KiBG) vom 15. Dezember 2004 (BGBl I S. 3448) ist der Beitragssatz in der sozialen Pflegeversicherung für kinderlose Mitglieder, die das 23. Lebensjahr vollendet haben, vom 1. Januar 2005 an um 0,25 Beitragssatzpunkte erhöht worden (Beitragszuschlag für Kinderlose). Den Beitragszuschlag trägt das Mitglied; eine Beteiligung Dritter ist hierbei nicht vorgesehen. Der Beitragszuschlag ist nicht zu zahlen, wenn die Elterneigenschaft des Mitglieds gegenüber der beitragsabführenden Stelle bzw. bei Selbstzahlern gegenüber der Pflegekasse nachgewiesen wird oder diesen Stellen die Elterneigenschaft bereits aus anderem Anlass bekannt ist. Mitglieder, die vor dem 1. Januar 1940 geboren sind, sind generell von der Beitragszuschlagspflicht ausgenommen.

Das Gesetz schreibt keine konkrete Form des Nachweises über die Elterneigenschaft vor. Die Spitzenverbände der Pflegekassen haben allerdings nach § 55 Abs. 3 Satz 4 SGB XI gemeinsame Empfehlungen darüber zu beschließen, welche Nachweise hierfür geeignet sind. Auf dieser Grundlage haben die Spitzenverbände der Krankenkassen – handelnd als Spitzenverbände der Pflegekassen – die gemeinsamen Empfehlungen zum Nachweis der Elterneigenschaft abgestimmt. Die vorliegenden gemeinsamen Empfehlungen vom 12. Juni 2008 ersetzen die bisherigen gemeinsamen Empfehlungen vom 13. Oktober 2004.



## 1 Allgemeines

Nach § 55 Abs. 3 Satz 3 SGB XI ist die Elterneigenschaft in geeigneter Form gegenüber der beitragsabführenden Stelle bzw. bei Selbstzahlern gegenüber der Pflegekasse nachzuweisen, sofern diesen die Elterneigenschaft nicht bereits aus anderen Gründen bekannt ist. Das Gesetz selbst schreibt keine konkrete Form des Nachweises vor. Nach dem Willen des Gesetzgebers (vgl. Begründung des Gesetzentwurfs in Bundestags-Drucksache 15/3671, Allgemeiner Teil) sollen alle Urkunden berücksichtigt werden können, die geeignet sind, zuverlässig die Elterneigenschaft des Mitglieds (als leibliche Eltern, Adoptiv-, Stief- oder Pflegeeltern) zu belegen. Um eine einheitliche Praxis für die Anerkennung von Nachweisen sicherzustellen, ist den Spitzenverbänden der Pflegekassen nach § 55 Abs. 3 Satz 4 SGB XI der Auftrag zugewiesen, gemeinsame Empfehlungen hierüber zu beschließen. Diese vorliegenden Empfehlungen dienen somit als Orientierungshilfe für die Pflegekassen und die beitragsabführenden Stellen. Die Auflistung der anzuerkennenden Nachweise ist weitgehend abschließend, ohne dass jedoch im Einzelfall die Anerkennung eines anderen geeigneten Nachweises ausgeschlossen ist.

Der Nachweis der Elterneigenschaft ist gegenüber der beitragsabführenden Stelle zu führen, d. h. gegenüber demjenigen, dem die Pflicht zum Beitragseinbehalt und zur Beitragszahlung obliegt (z. B. Arbeitgeber, Rehabilitationsträger, Rentenversicherungsträger, Zahlstelle der Versorgungsbezüge). Sofern diesen Stellen die Elterneigenschaft bereits bekannt ist, wird auf die Nachweisführung durch das Mitglied verzichtet. Bei Arbeitgebern reicht es aus, wenn sich aus den Personal- bzw. den Entgeltunterlagen die Elterneigenschaft nachprüfbar ergibt.

Mitglieder, die ihren Beitrag zur Pflegeversicherung direkt an die Krankenkasse zahlen (z. B. freiwillig krankenversicherte Mitglieder, die nach § 20 Abs. 3 SGB XI in der Pflegeversicherung versicherungspflichtig sind), müssen den Nachweis der Elterneigenschaft grundsätzlich gegenüber der Pflegekasse erbringen. Es bedarf allerdings keines Nachweises durch das Mitglied, wenn bei der Pflegekasse geeignete Unterlagen, die das Vorhandensein eines Kindes belegen, vorliegen (z. B. wenn über das Versichertenverzeichnis familienversicherte Kinder zugeordnet werden können).

Bereits der Nachweis eines Kindes führt dazu, dass für die beitragspflichtigen Elternteile ein Beitragszuschlag auf Dauer nicht zu erheben ist. Eltern, deren Kind nicht mehr lebt, gelten nicht als kinderlos; eine Lebendgeburt schließt die Beitragszuschlagspflicht dauerhaft aus. Als Eltern berücksichtigt werden neben den leiblichen Eltern auch Adoptiv-, Stief- und Pflegeeltern. Adoptiveltern sind vom Beitragszuschlag allerdings nicht ausgenommen, wenn das Kind bei Adoption die Altersgrenzen für die Familienversicherung bereits erreicht oder überschritten hat; Stiefeltern sind vom Beitragszuschlag nicht ausgenommen, wenn das Kind bei der Heirat des Elternteils des Kindes die Altersgrenzen für die Familienversicherung bereits erreicht oder überschritten oder wenn das Kind vor Erreichen dieser Altersgrenzen nicht in den gemeinsamen Haushalt mit dem Mitglied aufgenommen worden ist (§ 55 Abs. 3a SGB XI;).

Mitglieder, die ihre Elterneigenschaft nicht nachweisen, gelten bis zum Ablauf des Monats, in dem der Nachweis erbracht wird, beitragsrechtlich als kinderlos. Erfolgt die Vorlage des Nachweises innerhalb von drei Monaten nach der Geburt eines Kindes, gilt der Nachweis mit Beginn des Monats der Geburt als erbracht, ansonsten wirkt der Nachweis vom Beginn des Monats an, der dem Monat folgt, in dem der Nachweis erbracht wird. Entsprechendes gilt bei Adoptiv-, Stief- und Pflegeeltern, wobei der Beschluss des Familiengerichts über die Adoption, die Heirat des leiblichen Elternteils mit dem Stiefelternanteil und die Aufnahme in den Haushalt des Stiefelternanteils oder der Zeitpunkt der Aufnahme in den Haushalt der Pflegeeltern und der Nachweis des Jugendamtes als „Geburt“ eines Kindes anzusehen sind.

## 2 Nachweise bei leiblichen Eltern und Adoptiveltern

Als Nachweise bei leiblichen Eltern und Adoptiveltern (im ersten Grad mit dem Kind verwandt) kommen wahlweise in Betracht:

- Geburtsurkunde bzw. internationale Geburtsurkunde („Mehrsprachige Auszüge aus Personenstandsbüchern“)
- Abstammungsurkunde (wird für einen bestimmten Menschen an seinem Geburtsort geführt)
- Auszug aus dem Geburtenbuch des Standesamtes
- Auszug aus dem Familienbuch/Familienstammbuch
- steuerliche Lebensbescheinigung des Einwohnermeldeamtes (Bescheinigung wird ausgestellt, wenn der Steuerpflichtige für ein Kind, das nicht bei ihm gemeldet ist, einen halben Kinderfreibetrag auf seiner Lohnsteuerkarte eintragen lassen möchte: Er muss hierfür nachweisen, dass er im ersten Grad mit dem Kind verwandt ist, z. B. durch Vorlage einer Geburtsurkunde)
- Vaterschaftsanerkennungs- und Vaterschaftsfeststellungsurkunde
- Adoptionsurkunde
- Kindergeldbescheid der Bundesagentur für Arbeit (BA) - Familienkasse - (bei Angehörigen des öffentlichen Dienstes und Empfängern von Versorgungsbezügen die Bezüge- oder Gehaltsmitteilung der mit der Bezügefestsetzung bzw. Gehaltszahlung befassten Stelle des jeweiligen öffentlich-rechtlichen Arbeitgebers bzw. Dienstherrn)
- Kontoauszug, aus dem sich die Auszahlung des Kindergeldes durch die BA - Familienkasse - ergibt (aus dem Auszug ist die Höhe des überwiesenen Betrages, die Kindergeldnummer sowie in der Regel der Zeitraum, für den der Betrag bestimmt ist, zu ersehen)
- Erziehungsgeld- oder Elterngeldbescheid
- Bescheinigung über Bezug von Mutterschaftsgeld
- Nachweis der Inanspruchnahme von Elternzeit nach dem Bundeserziehungsgeldgesetz (BErzGG) oder dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz (BEEG)
- Einkommensteuerbescheid (Berücksichtigung eines oder eines halben Kinderfreibetrages)
- Lohnsteuerkarte (Eintrag eines oder eines halben Kinderfreibetrages)
- Sterbeurkunde des Kindes
- Feststellungsbescheid des Rentenversicherungsträgers, in dem Kindererziehungs- und Kinderberücksichtigungszeiten ausgewiesen sind

Hinweis: Kopien der vorgenannten Unterlagen sind zur Nachweisführung gleichfalls zugelassen. Bei Zweifeln an der Ordnungsgemäßheit der Kopien sind die Originale oder beglaubigte Kopien bzw. beglaubigte Abschriften vorzulegen.

### 3 Nachweise bei Stiefeltern

Als Nachweise bei Stiefeltern (Eltern im Sinne des § 56 Abs. 3 Nr. 2 SGB I und § 55 Abs. 3a Nr. 2 SGB XI) kommen wahlweise in Betracht:

- Heiratsurkunde bzw. Nachweis über die Eintragung einer Lebenspartnerschaft und eine Meldebescheinigung des Einwohnermeldeamtes oder einer anderen für Personenstandsangelegenheiten zuständigen Behörde oder Dienststelle, dass das Kind als wohnhaft im Haushalt des Stiefvaters oder der Stiefmutter gemeldet ist oder war (vgl. Haushaltsbescheinigung oder Familienstandsbescheinigung für die Gewährung von Kindergeld - Vordrucke der BA zur Erklärung über die Haushaltszugehörigkeit von Kindern und für Arbeitnehmer, deren Kinder im Inland wohnen)
- Feststellungsbescheid des Rentenversicherungsträgers, in dem Kindererziehungs- und Kinderberücksichtigungszeiten ausgewiesen sind
- Einkommensteuerbescheid (Berücksichtigung eines oder eines halben Kinderfreibetrages)
- Lohnsteuerkarte (Eintrag eines oder eines halben Kinderfreibetrages)

Hinweis: Kopien der vorgenannten Unterlagen sind zur Nachweisführung gleichfalls zugelassen. Bei Zweifeln an der Ordnungsgemäßheit der Kopien sind die Originale oder beglaubigte Kopien bzw. beglaubigte Abschriften vorzulegen.

### 4 Nachweise bei Pflegeeltern

Als Nachweise bei Pflegeeltern (Eltern im Sinne des § 56 Abs. 3 Nr. 3 SGB I) kommen wahlweise in Betracht:

- Meldebescheinigung des Einwohnermeldeamtes oder einer anderen für Personenstandsangelegenheiten zuständigen Behörde oder Dienststelle und Nachweis des Jugendamtes über „Vollzeitpflege“ nach § 27 in Verb. mit § 33 SGB VIII (z. B. Pflegevertrag zwischen Jugendamt und Pflegeeltern, Bescheid über Leistungsgewährung gegenüber den Personensorgeberechtigten oder Bescheinigung des Jugendamtes über Pflegeverhältnis; das Pflegeverhältnis muss auf längere Dauer angelegt oder angelegt gewesen sein und es muss eine häusliche Gemeinschaft bestehen oder bestanden haben; Tagespflegeeltern fallen nicht unter den Begriff der „Pflegeeltern“; ein Pflegekindverhältnis ist nicht anzunehmen, wenn ein Mann mit seiner Lebensgefährtin und deren Kindern oder eine Frau mit ihrem Lebensgefährten und dessen Kindern in einem gemeinsamen Haushalt lebt - Berücksichtigung nur bei Vorliegen der Stiefelterneigenschaft)
- Feststellungsbescheid des Rentenversicherungsträgers, in dem Kindererziehungs- und Kinderberücksichtigungszeiten ausgewiesen sind
- Einkommensteuerbescheid (Berücksichtigung eines oder eines halben Kinderfreibetrages)

Hinweis: Kopien der vorgenannten Unterlagen sind zur Nachweisführung gleichfalls zugelassen. Bei Zweifeln an der Ordnungsgemäßheit der Kopien sind die Originale oder beglaubigte Kopien bzw. beglaubigte Abschriften vorzulegen.

## **5      Hilfsweise zugelassene Nachweise**

Wenn die unter Abschnitt 2 bis 4 aufgeführten Unterlagen nicht vorhanden und auch nicht mehr zu beschaffen sind, können hilfsweise als Beweismittel dienen:

- Taufbescheinigung
- Zeugenerklärungen

Die Nachweisführung durch die vorgenannten Unterlagen ist nur dann möglich, wenn selbst nach Ausschöpfung aller Mittel eine der in den Abschnitten 2 bis 4 genannten Unterlagen nicht beschafft werden kann. Die Entscheidung über die Freistellung von der Zahlung des Beitragszuschlags obliegt in diesen Fällen der Pflegekasse.

## **6      Aufbewahrung von Nachweisen**

Die Nachweise über die Elterneigenschaft sind von der beitragszahlenden Stelle zusammen mit den übrigen Unterlagen, die für die Zahlung der Pflegeversicherungsbeiträge relevant sind, aufzubewahren. Ein Vermerk „als Nachweis hat vorgelegen ....“ ist nicht ausreichend. Der Nachweis ist für die Dauer des die Beitragszahlung zur Pflegeversicherung begründenden Versicherungsverhältnisses von der beitragszahlenden Stelle aufzubewahren und darüber hinaus bis zum Ablauf von weiteren vier Kalenderjahren. Soweit bei dem Nachweis der Elterneigenschaft auf Unterlagen zurückgegriffen werden soll, die der beitragszahlenden Stelle bereits vorliegen, ist eine gesonderte zusätzliche Aufbewahrung bei den für die Beitragszahlung zur Pflegeversicherung begründenden Unterlagen nicht notwendig.