



Spitzenverband

Ergebnisniederschrift
über die
Sitzung der Fachkonferenz Beiträge
am 8. April 2014
in Berlin





Spitzenverband



Inhaltsübersicht

	<u>Seite</u>
Top 1 Auswirkungen des Gesetzes zur Förderung der elektronischen Verwaltung sowie zur Änderung weiterer Vorschriften vom 25. Juli 2013 auf die Online-Kommunikation zwischen Krankenkassen und den Versicherten im Versicherungs- und Beitragsbereich	5
Top 2 Ausschluss der obligatorischen Anschlussversicherung nach § 188 Abs. 4 Satz 3 SGB V bei anderweitigem Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall innerhalb der Monatsfrist des § 19 Abs. 2 SGB V	9
Top 3 Zuordnung von Kinderbetreuungskosten bei der Einkommensermittlung im Anwendungsbereich der §§ 10 und 240 SGB V	11
Top 4 Nachweis des Arbeitseinkommens im Rahmen der Familienversicherung	13

Ergebnisniederschrift
Fachkonferenz Beiträge
8. April 2014



Top 1

Auswirkungen des Gesetzes zur Förderung der elektronischen Verwaltung sowie zur Änderung weiterer Vorschriften vom 25. Juli 2013 auf die Online-Kommunikation zwischen Krankenkassen und den Versicherten im Versicherungs- und Beitragsbereich

Sachverhalt:

Mit dem Gesetz zur Förderung der elektronischen Verwaltung sowie zur Änderung weiterer Vorschriften vom 25. Juli 2013 (BGBl I S. 2749) sind Voraussetzungen dafür geschaffen worden, die elektronische Kommunikation der Bürger und Unternehmen mit der öffentlichen Verwaltung zu verbessern und erleichtern. Durch den Abbau bundesrechtlicher Hindernisse soll der Verwaltung ermöglicht werden, einfachere, nutzerfreundlichere und effizientere elektronische Dienste anzubieten. Verwaltungsdienste sollen danach frei von Medienbrüchen zeit- und ortsunabhängig möglich sein. Das Gesetz hat angesichts einzelner Änderungen von Teilen des Sozialgesetzbuches auch für die zur Erbringung von Sozialleistungen zuständigen Körperschaften, Anstalten und Behörden (Leistungsträger), mithin auch für die Kranken- und Pflegekassen, Bedeutung.

Als wesentliches Hindernis zur Durchführung medienbruchfreier Prozesse gilt bislang vor allem das Schriftformerfordernis. Ist ein solches explizit angeordnet, kann bei der elektronischen Übermittlung allein die qualifizierte elektronische Signatur (qeS), die in der Praxis allerdings keine hinreichende Verbreitung hat, die Schriftform ersetzen. Mit dem Gesetz zur Förderung der elektronischen Verwaltung sowie zur Änderung weiterer Vorschriften sind daher weitere sichere Technologien zur elektronischen Ersetzung der Schriftform zugelassen worden.

Von den Regelungen, die ein Schriftformerfordernis vorsehen, sind allerdings solche klar abzugrenzen, in denen lediglich die Verwendung eines bestimmten Formulars vorgeschrieben ist, das ein Unterschriftsfeld vorsieht. Für diese Fälle stellt § 36a Abs. 2a SGB I (in Kraft ab 1. August 2013) klar, dass allein dadurch nicht die Anordnung der Schriftform bewirkt wird. Folglich greifen die Erfordernisse der qeS sowie der neu eingeführten schriftformersetzenden Technologien nicht. Stellt ein Sozialleistungsträger eine Fassung eines Formulars zur Verfügung, das für die elektronische Versendung bestimmt ist, ohne dass ein ausdrückliches Schriftformerfordernis besteht, entfällt in dieser Fassung somit das Unterschriftsfeld.



Mit Rundschreiben Nr. 2013/418 vom 17. September 2013 hatte der GKV-Spitzenverband über die vorgenannten gesetzlichen Änderungen informiert und für die zu diesem Zeitpunkt im Fokus stehenden Fragebogen zur Feststellung oder Überprüfung der Familienversicherung klargestellt, dass aus den Bestimmungen für diese Vordrucke in den Einheitlichen Grundsätzen zum Meldeverfahren bei der Durchführung der Familienversicherung (Fami-Meldegrundsätze) vom 28. Juni 2011 nicht die Anordnung einer Schriftform (im Sinne des § 36a Abs. 2 SGB I) abgeleitet werden kann, sodass die neue Regelung des § 36a Abs. 2a SGB I Anwendung findet. In dem Rundschreiben wurde außerdem angekündigt, dass sich der GKV-Spitzenverband mit (weiteren) Fragestellungen zur Umsetzung der neuen gesetzlichen Regelungen näher befassen wird.

Für den Versicherungs- und Beitragsbereich soll daher – nicht zuletzt auch mit Blick auf eine rechts- und prüfsichere bzw. zulässige Online-Übermittlung von Formularen im Zusammenhang mit der Nachweisführung von Versicherungszeiten im Rahmen des Verfahrens zum Risikostrukturausgleich – analysiert werden, für welche bundesweit von den Krankenkassen verwendeten Formulare, für die eine elektronische Übermittlung in Frage kommt, ein Schriftformerfordernis im vorgenannten Sinne vorliegt und für welche nicht.

Ergebnis:

Von einer Anordnung der Schriftform durch Rechtsvorschrift im Sinne des § 36a Abs. 2 Satz 1 SGB I ist nur dann auszugehen, wenn eine gesetzliche oder untergesetzliche Norm eine derartige Anordnung explizit vorsieht.

Die in dem Rundschreiben Nr. 2013/418 vom 17. September 2013 dargelegte Auffassung, dass für die Fragebogen im Rahmen der Familienversicherung keine Schriftform durch Rechtsvorschrift angeordnet ist, wird – ungeachtet der Tatsache, dass die Fami-Meldegrundsätze eine Verwendung von einheitlichen Vordrucken vorsehen – bekräftigt. Allein aus dem Umstand, dass die Fragebogen vom Mitglied bzw. im Ausnahmefall vom Ehegatten/Lebenspartner zu unterschreiben sind, kann nach § 36a Abs. 2a SGB I nicht die Anordnung der Schriftform hergeleitet werden. Diese Sichtweise wurde inzwischen vom Bundesversicherungsamt, stellvertretend für die Prüfdienste des Bundes und der Länder, im Rahmen einer Besprechung zum MRSA-Verfahren am 5. Februar 2014 beim GKV-Spitzenverband bestätigt. Aus dortiger Sicht werden keine Friktionen im Zusammenhang mit der Anerkennung von Versicherungszeiten gesehen, sofern die übrigen IT-technischen Rah-



menbedingungen nachprüfbar erfüllt werden. Dies ermöglicht es, dass die im Onlineverfahren ausgefüllten Fragebogen (ggf. einschließlich Anlagen, soweit dies im Rahmen der Nachweisführung zulässig ist) ohne Unterschrift der Krankenkasse übermittelt werden können, soweit die Krankenkasse ein derartiges Verfahren vorsieht.

Darüber hinaus werden folgende Anträge/Vordrucke/Erklärungen/Formulare identifiziert, für die eine Übermittlung im Onlineverfahren in Frage kommt und bei denen ebenfalls nicht von einer Anordnung der Schriftform auszugehen ist:

- Ø Mitgliedschaftserklärung nach § 175 Abs. 1 Satz 1 SGB V
- Ø Einkommensfragebogen im Anwendungsbereich des § 240 SGB V
- Ø Antrag auf Erstattung zu Unrecht entrichteter Beiträge nach § 26 Abs. 2 SGB IV

Dagegen ordnet § 188 Abs. 3 SGB V für die Erklärung des Beitritts zur freiwilligen Krankenversicherung ausdrücklich die Schriftform an. In diesem Fall sind für eine rechtswirksame Erklärung auf elektronischen Weg die Erfordernisse der qeS oder der neu eingeführten schriftformersetzenden Technologien (§ 36a Abs. 2 SGB I) zu beachten.



Ergebnisniederschrift
Fachkonferenz Beiträge
8. April 2014



Top 2

Ausschluss der obligatorischen Anschlussversicherung nach § 188 Abs. 4 Satz 3 SGB V bei anderweitigem Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall innerhalb der Monatsfrist des § 19 Abs. 2 SGB V

Sachverhalt:

Mit Wirkung vom 1. August 2013 wurde durch das Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung vom 15. Juli 2013 (BGBl I S. 2423) eine obligatorische Anschlussversicherung im Status einer freiwilligen Mitgliedschaft (vgl. § 188 Abs. 4 SGB V) eingeführt. Danach setzt sich die Versicherung nach dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht oder Familienversicherung als freiwillige Versicherung von Gesetzes wegen fort, wenn kein Ausschlusstatbestand vorliegt, es sei denn, unter weiteren Voraussetzungen wird der Austritt erklärt. Die Auslegungshinweise des GKV-Spitzenverbandes zu dieser Regelung wurden mit Rundschreiben Nr. 2013/338 vom 31. Juli 2013, Nr. 2013/448 vom 10. Oktober 2013 sowie 2013/571 vom 16. Dezember 2013 veröffentlicht. Dabei wurde bislang grundsätzlich davon ausgegangen, dass eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall außerhalb der GKV keine ausschließende Wirkung auf die obligatorische Anschlussversicherung hatte, wenn diese Absicherung sich nahtlos an die vorangegangene Versicherungspflicht oder die Familienversicherung angeschlossen hat.

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat seine – mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales abgestimmte – Rechtsauffassung zu § 188 Abs. 4 Satz 3 SGB V anlässlich der Sachverhalte des Übergangs von Arbeitslosengeld II in die Sozialhilfe in seinem Schreiben an den GKV-Spitzenverband vom 25. Februar 2014 konkretisiert (vgl. Anlage). Im Kern wird dem nachgehenden Leistungsanspruch nach § 19 Abs. 2 SGB V hinsichtlich des Ausschlusses der obligatorischen Anschlussversicherung ein deutlich höheres Gewicht auch in den Fällen beigemessen, in denen eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall außerhalb der GKV besteht. In der Folge gilt nach Einschätzung des BMG der Bezug von laufenden Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des SGB XII als Ausschlusstatbestand für die obligatorische Anschlussversicherung im Sinne des § 188 Abs. 4 Satz 3 SGB V, wenn diese Leistungen innerhalb der Monatsfrist nach § 19 Abs. 2 SGB V – das Vorliegen der Tatbestandsmerkmale des nachgehenden Leistungsanspruchs unterstellt – einsetzen. Ein freiwilliger Beitritt unter den Voraussetzungen des § 9 SGB V bleibt für den betroffenen Personenkreis unberührt.

Vor diesem Hintergrund sind die bisherigen Veröffentlichungen, soweit sie den Ausschluss der obligatorischen Anschlussversicherung im Kontext des nachgehenden Leistungsanspruches betreffen, nachzujustieren.

Ergebnis:

Der nachgehende Leistungsanspruch nach § 19 Abs. 2 oder 3 SGB V in Verbindung mit einem sich daran anschließenden anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall erfüllt seine Funktion als Ausschlusstatbestand im Sinne des § 188 Abs. 4 Satz 3 SGB V ungeachtet dessen, ob sich die anderweitige Absicherung im Krankheitsfall nahtlos an die vorherige Versicherungspflicht bzw. Familienversicherung anschließt oder innerhalb der Monatsfrist des § 19 Abs. 2 oder 3 SGB V begründet wird. Im Ergebnis kommt in diesen Sachverhaltskonstellationen die obligatorische Anschlussversicherung nicht zustande, ohne dass es einer Austrittserklärung bedarf.

Anlage





Bundesministerium für Gesundheit, 53107 Bonn

Spitzenverband Bund
der Krankenkassen
Abteilung Systemfragen
Mitgliedschafts- und Beitragsrecht
Reinhardtstraße 51
10117 Berlin

REFERAT 222
BEARBEITET VON Michael Schlepner
HAUSANSCHRIFT Rochusstraße 1, 53123 Bonn
POSTANSCHRIFT 53107 Bonn
TEL +49 (0)228 99 441-2223
FAX +49 (0)228 99 441-4978
E-MAIL 222@bmg.bund.de
INTERNET www.bundesgesundheitsministerium.de

Bonn, 25. Februar 2014
AZ 222-2651-05

Sehr geehrter Herr Thiemann,

mit unseren Schreiben vom 28. August 2009 und vom 19. Januar 2012 haben wir Ihnen unsere gemeinsam mit dem BMJ und BMAS entwickelte Rechtsauffassung zum Thema Krankenversicherungsschutz von Haftentlassenen und Sozialhilfebeziehern dargelegt. Mit dem Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragschulden in der Krankenversicherung vom 15. Juli 2013 wurde die mitgliedschaftsrechtliche Regelung des § 188 Absatz 4 SGB V neu eingeführt. Für Personen, deren Versicherungspflicht oder Familienversicherung endet, wird die Mitgliedschaft unter den dort genannten Voraussetzungen als freiwillige Versicherung weitergeführt. Diese Neuregelung erfordert eine entsprechende Anpassung der im Schreiben vom 19. Januar 2012 **unter Punkt 4** dargelegten Rechtsauffassung zum Krankenversicherungsschutz beim Übergang von Arbeitslosengeld II in die Sozialhilfe. In Abstimmung mit dem BMAS bitte ich Sie daher um Beachtung der nachfolgenden, an die neue Rechtslage angepassten Rechtsauffassung:

Seit dem 1. August 2013 setzt sich die Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nach § 188 Absatz 4 SGB V mit dem Tag nach dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht oder mit dem Tag nach dem Ende der Familienversicherung als freiwillige Mitgliedschaft fort, es sei denn, das Mitglied erklärt innerhalb von zwei Wochen nach Hinweis der Krankenkasse über die Austrittsmöglichkeiten seinen Austritt. Der Austritt wird nur wirksam, wenn das Mitglied das Bestehen eines anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall nachweist. Die Anschlussversicherung wird kraft Gesetzes begründet.

Die Regelung des § 188 Absatz 4 SGB V soll vermeiden, dass zukünftig erhebliche Beitragsschulden entstehen können, wenn der Eintritt der nachrangigen Versicherungspflicht nach § 5 Absatz

1 Nr. 13 SGB V in der GKV erst verspätet festgestellt wird. Die Anschlussversicherung wird jedoch nicht begründet, wenn die Voraussetzungen für eine Familienversicherung erfüllt sind oder ein Anspruch auf Leistungen nach § 19 Absatz 2 SGB V besteht, sofern im Anschluss daran das Bestehen eines anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall nachgewiesen wird. Die Ausschlussstatbestände des § 188 Absatz 4 Satz 3 SGB V „Familienversicherung“ und der „nachgehende Anspruch“ auf Leistungen nach § 19 Absatz 2 SGB V bilden die Ausschlussregelung des § 5 Absatz 8 a SGB V nach. Der Bezug laufender Leistungen nach dem 3., 4., 6. oder 7. Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XII) umfasst einen Anspruch auf Hilfe bei Krankheit gemäß § 48 SGB XII und gilt wie im Rahmen des § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V als anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall nach § 188 Abs. 4 Satz 3 SGB V.

Sofern ein nachgehender Leistungsanspruch nach § 19 Absatz 2 SGB V besteht (z.B. beim Übergang von Arbeitslosengeld II in die Sozialhilfe), gilt entsprechend dem o.g. Schreiben vom 19. Januar 2012 unter Punkt 4. Folgendes:

Für Personen, die während des Bezugs von Arbeitslosengeld II gemäß § 5 Absatz 1 Nr. 2a SGB V versicherungspflichtig in der GKV sind, besteht der Leistungsanspruch in der GKV auch nach Ende der Pflichtmitgliedschaft über § 19 Absatz 2 SGB V für längstens einen Monat fort, wenn keine Erwerbstätigkeit ausgeübt wird. Hieraus ergeben sich folgende Fallgruppen:

a) Übergang von Arbeitslosengeld II zu laufenden Leistungen der Sozialhilfe nach dem 3., 4., 6. oder 7. Kapitel des SGB XII innerhalb der Monatsfrist nach § 19 Absatz 2 SGB V

Setzen die Leistungen der Sozialhilfe im Anschluss an den Bezug von Arbeitslosengeld II innerhalb der Monatsfrist nach § 19 Absatz 2 SGB V ein, ist aufgrund des Anspruchs auf Hilfe bei Krankheit (§ 48 SGB XII) die obligatorische Anschlussversicherung nach § 188 Absatz 4 Satz 3 SGB V ausgeschlossen. Die Mitgliedschaft kann jedoch bei Erfüllung der erforderlichen Voraussetzungen über eine freiwillige Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung fortgeführt werden, wenn die Betroffenen innerhalb von drei Monaten nach Beendigung der Mitgliedschaft ihren Beitritt gegenüber ihrer Krankenkasse erklären (§ 9 SGB V).

b) Übergang von Arbeitslosengeld II zu laufenden Leistungen der Sozialhilfe nach dem 3., 4., 6. oder 7. Kapitel des SGB XII nach Ablauf der Monatsfrist nach § 19 Absatz 2 SGB V

Setzen die Leistungen der Sozialhilfe im Anschluss an den Bezug von Arbeitslosengeld II erst nach Ablauf der Monatsfrist nach § 19 Absatz 2 SGB V ein, so setzt sich die Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 188 Absatz 4 SGB V mit dem Tag nach dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht als freiwillige Mitgliedschaft kraft Gesetzes fort.

Ein förmlicher Antrag sowie die Erfüllung einer bestimmten Vorversicherungszeit wird hierfür nicht verlangt.

Obwohl die Betroffenen ihre Entscheidung über die Fortführung der Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung zwar grundsätzlich eigenverantwortlich treffen, sollten die gesetzlichen Krankenkassen – soweit sie von den Fällen Kenntnis haben – ihrer Aufklärungs- und Beratungspflicht gemäß §§ 13-15 SGB I nachkommen und auf die Konsequenzen unterbliebener Antragstellung zur Begründung einer freiwilligen Mitgliedschaft (siehe Fallgruppe a) hinweisen. Zumindest bei den Personen, die mit Vollendung des 65. Lebensjahres aus dem Arbeitslosengeld II Bezug in die Grundsicherung im Alter nach dem SGB XII wechseln, ist den Krankenkassen der Zeitpunkt der Beendigung der Pflichtmitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung bekannt. Darüber hinaus ist es aber vorrangige Aufgabe der Grundsicherungsträger, die Beginn und Ende des jeweiligen Leistungsbezugs kennen und den Betroffenen mittels Bescheid mitteilen, hier ihrer Beratungspflicht auch im Hinblick auf die Frage der Fortführung ihres Krankenversicherungsschutzes nachzukommen.

Im Auftrag



Dr. Brigitte Bernardi

Top 3

Zuordnung von Kinderbetreuungskosten bei der Einkommensermittlung im Anwendungsbereich der §§ 10 und 240 SGB V

Sachverhalt:

Ab dem Veranlagungszeitraum 2012 wurde die steuerliche Berücksichtigung von Kinderbetreuungskosten auf Grundlage des Steuervereinfachungsgesetzes 2011 neu geregelt. Danach sind Kinderbetreuungskosten einkommensteuerrechtlich nur noch einheitlich als Sonderausgaben abziehbar (vgl. § 10 Abs. 1 Nr. 5 EStG). Zum Abzug von Kinderbetreuungskosten sind Eltern berechtigt, zu deren Haushalt das Kind gehört. Die mögliche Aufteilung der Aufwendungen für die Kinderbetreuung zwischen den Elternteilen gestaltet sich in Abhängigkeit von der Art der steuerlichen Veranlagung.

Im Fall der Einzelveranlagung von Ehegatten nach § 26a Abs. 2 EStG ab dem Jahr 2013 (bis einschließlich Veranlagungszeitraum 2012 wurde der Begriff „getrennte Veranlagung von Ehegatten“ verwendet) bzw. bei nicht verheirateten, dauernd getrennt lebenden oder geschiedenen Eltern sieht das Einkommensteuerrecht differenzierte Regelungen für die Aufteilung der Aufwendungen auf die beiden Elternteile vor. Im Grundsatz gilt hierbei, dass Sonderausgaben demjenigen Elternteil zuzurechnen sind, der die Aufwendungen wirtschaftlich getragen hat, wobei den Eltern in einem bestimmten Umfang ein Dispositionsrecht zur Aufteilung des Abzugshöchstbetrages zusteht (vgl. hierzu im Einzelnen das BMF-Rundschreiben IV C 4 - S 2221/07/0012 :012 vom 14. März 2012).

Bei verheirateten Eltern, die nach § 26b EStG zusammen zur Einkommensteuer veranlagt werden, kommt es für den Abzug von Kinderbetreuungskosten als Sonderausgaben nicht darauf an, welcher Elternteil die Aufwendungen geleistet hat oder ob sie von beiden getragen wurden. Die anerkannten Kinderbetreuungskosten werden bei dieser Fallkonstellation in dem entsprechenden Einkommensteuerbescheid in einer Summe ohne Aufteilung auf die Ehegatten ausgewiesen.

Die steuerlich anerkannten Kinderbetreuungskosten wirken sich im Versicherungs- und Beitragsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung aus, soweit es sich um den Gesamteinkommensbegriff in der Familienversicherung oder um die Definition der beitragspflichtigen Einnahmen im Anwendungsbereich des § 240 SGB V handelt. Die entsprechenden Auswir-

kungen der aus dem Steuervereinfachungsgesetz 2011 resultierenden Rechtsänderung wurden in der Fachkonferenz Beiträge am 22. November 2011 erörtert und mit den Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes 2011/609 vom 15. Dezember 2011 sowie 2012/155 vom 30. März 2012 publiziert. Auf die Frage der persönlichen Zuordnung der Kinderbetreuungskosten wurde bislang nicht eingegangen. Um eine einheitliche Rechtsanwendung zu gewährleisten, bedarf es einer Klarstellung hierzu.

Ergebnis:

Soweit den Ehegatten bzw. Eltern steuerrechtlich ein Dispositionsrecht hinsichtlich der Zuordnung von Kinderbetreuungskosten als Sonderausgaben eingeräumt ist, gilt das im Rahmen der Einkommensteuererklärung ausgeübte Dispositionsrecht auch für die Feststellung des Gesamteinkommens nach § 10 SGB V oder für die Feststellung des Arbeitseinkommens im Anwendungsbereich des § 240 SGB V.

Ist dagegen aufgrund der steuerrechtlichen Regelungen keine Aufteilung der Aufwendungen für die Kinderbetreuung zwischen den Elternteilen notwendig (Stichwort: Zusammenveranlagung der verheirateten Eltern nach § 26b EStG), wird den Eltern für Zwecke der Sozialversicherung nach dem Erlass des Einkommensteuerbescheides ein uneingeschränktes Dispositionsrecht zur Aufteilung der steuerlich anerkannten Kinderbetreuungskosten eingeräumt. Hierzu haben die Ehegatten eine einvernehmliche Erklärung gegenüber der(n) zuständigen Krankenkasse(n) abzugeben. Diese Entscheidung gilt bis zur nächsten Einkommensüberprüfung nach § 4 der Fami-Meldegrundsätze oder § 6 Abs. 2 der Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler des GKV-Spitzenverbandes.



Top 4

Nachweis des Arbeitseinkommens im Rahmen der Familienversicherung

Sachverhalt:

Eine selbstständige Tätigkeit hat in mehrfacher Hinsicht Einfluss auf das Bestehen oder Nichtbestehen einer Familienversicherung. So ist die Familienversicherung daran gekoppelt, dass der Angehörige nicht hauptberuflich selbstständig erwerbstätig ist (§ 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V) und kein Gesamteinkommen hat, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV überschreitet (§ 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V). Für Kinder ist die Familienversicherung ausgeschlossen, wenn der mit dem Kind verwandte Ehegatte oder Lebenspartner des Mitglieds nicht Mitglied einer Krankenkasse ist und sein Gesamteinkommen regelmäßig im Monat ein Zwölftel der Jahresarbeitsentgeltgrenze übersteigt und regelmäßig höher als das Gesamteinkommen des Mitglieds ist (§ 10 Abs. 3 SGB V). Zum Gesamteinkommen gehört nach § 16 SGB IV u. a. das Arbeitseinkommen, welches nach § 15 SGB IV als der nach den allgemeinen Gewinnermittlungsvorschriften des Einkommensteuerrechts ermittelte Gewinn aus einer selbstständigen Tätigkeit definiert ist.

Die (ehemaligen) Spitzenverbände der Krankenkassen haben in ihrer Besprechung im Arbeitskreis Versicherung und Beiträge am 27. September 2007 Grundsätze für eine Ermittlung des Gesamteinkommens bei Selbstständigen im Anwendungsbereich der Familienversicherung abgestimmt (vgl. Punkt 2 der Niederschrift). Danach ist eine Übernahme der Grundsätze zur Heranziehung des Arbeitseinkommens Selbstständiger im Beitragsrecht der freiwilligen Krankenversicherung geboten, womit grundsätzlich auf den letzten bzw. aktuellen Einkommensteuerbescheid zurückzugreifen ist. Damit wirken sich relevante Änderungen des Arbeitseinkommens grundsätzlich zeitversetzt auf den versicherungsrechtlichen Status aus. Abweichend vom Beitragsrecht der freiwilligen Krankenversicherung soll allerdings im Recht der Familienversicherung dem Einkommensteuerbescheid – aus Vereinfachungsgründen – generell vom Beginn des auf seine Ausstellung (Bescheiddatum) folgenden Monats eine entscheidungsrelevante Bedeutung beigemessen werden.

Eine Abweichung vom Nachweis des Arbeitseinkommens anhand des aktuellen Einkommensteuerbescheides wird im Ausnahmefall – bis zur Vorlage des nächsten Einkommensteuerbescheides – zugelassen, wenn im Wege einer vorausschauenden Betrachtungsweise die Einkommensverhältnisse angesichts einer wesentlichen Änderung der Verhältnisse kein regel-



mäßiges Überschreiten der Einkommensgrenze (hier: der Jahresarbeitsentgeltgrenze im Fall des § 10 Abs. 3 SGB V) erwarten lassen (vgl. Beispiel 6a im vorgenannten Besprechungsergebnis vom 27. September 2007). Beispielhaft sind als wesentliche Änderungen der Verhältnisse der Verkauf des Betriebes, die Gewerbeabmeldung, die Veräußerung von Betriebsteilen, die erhebliche Reduzierung der Mitarbeiterzahl und sonstige unvorhersehbare Ereignisse genannt. In diesen Fällen ist die Familienversicherung vom Zeitpunkt der (wesentlichen) Änderung der Verhältnisse an einzuräumen, vorausgesetzt, die Frist für die Kündigung einer gegebenenfalls vorausgehenden freiwilligen Mitgliedschaft steht dem nicht entgegen (vgl. § 191 Nr. 3 SGB V). Für den Fall, dass zu Beginn einer selbstständigen Tätigkeit noch kein Einkommensteuerbescheid vorgelegt werden kann, sind Festlegungen getroffen worden, mit welchen anderen Nachweisen die voraussichtliche Höhe des Arbeitseinkommens belegt werden kann. Ist danach eine Nachweisführung nicht möglich, kann die Familienversicherung ausnahmsweise vorläufig durchgeführt werden.

Das Bundesversicherungsamt (BVA) hat im Rahmen seiner aufsichtsrechtlichen Tätigkeit festgestellt, dass Krankenkassen zur Ermittlung des Arbeitseinkommens selbstständig Tätiger bei Anwendung des § 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V und § 10 Abs. 3 SGB V unterschiedlich verfahren. Es hat den GKV-Spitzenverband hierzu um eine Positionierung gebeten. Das BVA regt mit Hinweis auf die Prüfung der Hauptberuflichkeit einer selbstständigen Tätigkeit im Sinne des § 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V und auf diverse Rechtsprechung der Sozialgerichtsbarkeit an, darüber nachzudenken, ob der Nachweis des Arbeitseinkommens in bestimmten Fallkonstellationen auch außerhalb des Einkommensteuerbescheides geführt werden kann. Hierüber fand bereits ein Gespräch zwischen Vertretern des BVA und des GKV-Spitzenverbandes unter Beteiligung des Bundesministeriums für Gesundheit statt. Dabei bestand unter den Beteiligten Einvernehmen darüber, dass die Erwägungen, die dem Besprechungsergebnis der (ehemaligen) Spitzenverbände der Krankenkassen vom 27. September 2007 zugrunde liegen, weiterhin durchaus tragfähig sind. Gleichwohl muss es in besonderen Situationen möglich sein, das aktuelle Arbeitseinkommen auch abweichend vom Einkommensteuerbescheid nachzuweisen.

Es ist zu erörtern, ob an den in dem Besprechungsergebnis vom 27. September 2007 festgehaltenen Grundsätzen zum Nachweis des Arbeitseinkommens im Rahmen der Familienversicherung unverändert festgehalten wird oder ob es Anpassungen bedarf.

Ergebnis:

An dem Grundsatz, dass zur Bestimmung des Arbeitseinkommens aus selbstständiger Tätigkeit im Zusammenhang mit der Feststellung des Gesamteinkommens nach § 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 und Abs. 3 SGB V auf den letzten (aktuellen) Einkommensteuerbescheid zurückzugreifen ist und die daraus hervorgehenden Angaben vom Beginn des auf das Bescheiddatum folgenden Monats Wirkung entfalten, wird festgehalten. Beim Einkommensteuerbescheid handelt es sich um den am besten geeigneten Nachweis, um den Gewinn aus einer selbstständigen Tätigkeit zuverlässig und ohne größeren Verwaltungsaufwand festzustellen.

Unter Berücksichtigung der Maxime, dass sich der versicherungsrechtliche Status einer Person an den aktuellen entscheidungsrelevanten Verhältnissen ausrichtet, wird ebenso daran festgehalten, dass eine gegenüber dem aktuellen Einkommensteuerbescheid (der Einkommensverhältnisse in der Vergangenheit abbildet) wesentliche Änderung der Einkommenssituation eine Änderung des versicherungsrechtlichen Status zulassen muss. Dies setzt aufgrund der im Recht der Familienversicherung geforderten Regelmäßigkeit des Gesamteinkommens voraus, dass es sich bei einer derartigen Änderung der Einkommenssituation bei vorausschauender Betrachtung nicht nur um eine gelegentliche Änderung handelt.

Die Fachkonferenzteilnehmer kommen überein, eine wesentliche Änderung der Verhältnisse im vorgenannten Sinne nicht mehr an beispielhaft festgelegten Ereignissen bzw. Lebenssachverhalten, sondern an der Differenz zwischen bisher zugrunde gelegtem und aktuell nachgewiesenem Arbeitseinkommen festzumachen. Dabei wird es für sachgerecht erachtet, sich an der Regelung zur unverhältnismäßigen Belastung nach § 6 Abs. 3a der Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler anzulehnen. Übertragen auf die Familienversicherung bedeutet dies, dass von einer wesentlichen Änderung der Verhältnisse, die zu einer Neubestimmung des regelmäßigen Gesamteinkommens führt, dann auszugehen ist, wenn das aktuell nachgewiesene Arbeitseinkommen um mehr als ein Viertel des über den Einkommensteuerbescheid zuletzt festgestellten Arbeitseinkommens reduziert ist. Als Nachweis dafür kommt ein Vorauszahlungsbescheid oder anderer geeigneter Nachweis des Finanzamtes in Frage. Aus welchen Gründen sich die Einkommenssituation geändert hat, ist in diesem Zusammenhang unbeachtlich. Mit dieser Regelung wird die bisherige Festlegung von einzelnen anlassbezogenen Ausnahmetatbeständen obsolet, wenngleich in vielen Fällen davon auszugehen sein dürfte, dass der wesentlichen Änderung der Einkommensverhältnisse entsprechende Anlässe im Sinne des bisherigen Verständnisses von Ausnahmetatbeständen voraus-



gehen. Dem Nachweis über eine wesentliche Änderung der Verhältnisse kommt – wie beim Einkommensteuerbescheid – vom Beginn des auf seine Ausstellung folgenden Monats, also gegebenenfalls rückwirkend, entscheidungsrelevante Bedeutung zu. Nach Vorlage des nächsten Einkommensteuerbescheides ist eine Neuurteilung des regelmäßigen Gesamteinkommens und damit der Familienversicherung durchzuführen. Sofern weiterhin eine wesentliche Änderung der Verhältnisse gegenüber dem aus diesem Einkommensteuerbescheid hervorgehenden Arbeitseinkommen geltend gemacht wird, ist dafür erneut ein entsprechender Nachweis vorzulegen.

Auch zu Beginn einer selbstständigen Tätigkeit sind Einkommensnachweise vorzulegen. An diesem Grundsatz wird festgehalten. Als Nachweise kommen insofern vorrangig Vorauszahlungsbescheide oder Nichtveranlagungsbescheide der Finanzämter (ggf. ergänzt um weitere dem Finanzamt vorgelegte Unterlagen), aber auch Nachweise wie z. B. betriebswirtschaftliche Auswertungen (BWA) von fachkundigen Stellen, insbesondere von Steuerberatern, in Betracht. Die danach vorgenommene versicherungsrechtliche Beurteilung bleibt auch dann maßgebend, wenn sich die Verhältnisse nach dem Einkommensteuerbescheid für das entsprechende Veranlagungsjahr anders darstellen.

Aufgrund der Auswirkungen, die sich aus einem Versicherungsverhältnis für die Beteiligten ergeben können, muss von Anfang an Klarheit über den versicherungsrechtlichen Status bestehen. Die vorläufige Durchführung einer Familienversicherung, die eventuell mit rückwirkenden Korrekturen einhergehen würde, ist damit nicht zu vereinbaren. Dies gilt sowohl in den Fällen, in denen zum Nachweis einer unverhältnismäßigen Belastung vom Einkommensteuerbescheid abgewichen wird, als auch in den Fällen, in denen die Einkommenssituation zu Beginn einer selbstständigen Tätigkeit noch nicht durch einen Einkommensteuerbescheid oder andere geeignete Nachweise belegt werden kann. An den insoweit abweichenden Aussagen in dem Besprechungsergebnis vom 27. September 2007 wird nicht (mehr) festgehalten.

Diese Grundsätze zum Nachweis des Arbeitseinkommens im Rahmen der Familienversicherung nach § 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V und § 10 Abs. 3 SGB V finden spätestens bei anlassbezogenen oder turnusmäßigen Prüfungen der Familienversicherung Anwendung, die ab dem 1. Juli 2014 durchgeführt werden.

Ergebnisniederschrift
Fachkonferenz Beiträge
8. April 2014



Teilnehmerliste

<u>Name</u>	<u>Kassenart, Organisation</u>
Herr Bloching	AOK
Herr Kern	AOK
Frau Moswald	AOK
Herr Weißenborn	BKK
Frau Zillner	BKK
Herr Berkemeier	EK
Frau Schade	EK
Herr Sieben	EK
Herr Holzki	IKK
Frau Wulff	IKK
Herr Methler	Knappschaft
Herr Urmoneit	Knappschaft
Herr Werner	Knappschaft
Herr Knatz	SVLFG
Herr Eckhardt	GKV-SV
Herr Heller	GKV-SV
Herr Janas	GKV-SV
Herr Kulaß	GKV-SV
Frau Riesen	GKV-SV
Herr Thiemann	GKV-SV
Herr Uelschen	GKV-SV