

Ergebnisniederschrift
über die
Sitzung der Fachkonferenz Beiträge
am 23. März 2021
(Videokonferenz)





Spitzenverband



**Ergebnisniederschrift
Fachkonferenz Beiträge
23. März 2021**

Inhaltsübersicht

	<u>Seite</u>
Top 1 Vereinheitlichung von Unbedenklichkeitsbescheinigungen und Vorbereitung eines Verfahrens zur elektronischen Beantragung von Unbedenklichkeitsbescheinigungen	7
Top 2 Versicherungs- und beitragsrechtliche Beurteilung von Personen während der Ausbildung nach Maßgabe des Psychotherapeutengesetzes in der bis zum 31. August 2020 geltenden Fassung	13
Top 3 Beitragsrechtliche Berücksichtigung von nicht monatlich gezahlten Entlassungsentschädigungen im Anwendungsbereich des § 240 SGB V	17
Top 4 Beitragsfestsetzung im Anwendungsbereich des § 240 SGB V bei Verletzung der Mitwirkungspflichten durch das Mitglied; hier: Zusammenwirken der Regelung des § 240 Abs. 1 Satz 4 SGB V mit den Grundsätzen eines zweistufigen Verfahrens der Beitragsfestsetzung aus dem Arbeitseinkommen und Einkünften aus Vermietung und Verpachtung im Sinne des § 240 Abs. 4a SGB V	23
Top 5 Anwartschaftsversicherung nach § 240 Abs. 4b SGB V; hier: Durchführung der Anwartschaftsversicherung bei Verlegung des Wohnsitzes und des gewöhnlichen Aufenthaltes ins Ausland	29

**Ergebnisniederschrift
Fachkonferenz Beiträge
23. März 2021**

	<u>Seite</u>
Top 6 Berücksichtigung von einkommensteuerrechtlichen Verlustverrechnungen bei Einnahmen aus Kapitalvermögen im Rahmen der Beitragsbemessung nach § 240 SGB V	41
Top 7 Durchführung der Familienversicherung; hier: Anerkennung nachgewiesener Versicherungszeiten bei Einreichung des Fragebogens zur Überprüfung der Familienversicherung nach Ablauf des Nachwirkungszeitraums	51
Top 8 Abgrenzung von Leistungen der betrieblichen Altersversorgung aus dem Ausland von den anderen Arten der Versorgungsbezüge aus dem Ausland	55



Spitzenverband

**Ergebnisniederschrift
Fachkonferenz Beiträge
23. März 2021**





Spitzenverband

**Ergebnisniederschrift
Fachkonferenz Beiträge
23. März 2021**



**Ergebnisniederschrift
Fachkonferenz Beiträge
23. März 2021**

Top 1

Vereinheitlichung von Unbedenklichkeitsbescheinigungen und Vorbereitung eines Verfahrens zur elektronischen Beantragung von Unbedenklichkeitsbescheinigungen

Sachverhalt:

In letzter Zeit wird von Seiten der Arbeitgeber im Kontext der Diskussionen rund um etwaige Bündelungen und Vereinfachungen der innerhalb der Sozialversicherung vorgehaltenen Verfahren u. a. auch verstärkt der Wunsch nach einer Entlastung der Betriebe im Zusammenhang mit der Beibringung der von den Krankenkassen als Einzugsstellen auszustellenden Unbedenklichkeitsbescheinigungen geäußert. Dabei geht es zum einen um eine Vereinheitlichung der Inhalte einer Unbedenklichkeitsbescheinigung; zum anderen werden die unterschiedlichen Verfahrensmodalitäten der einzelnen Krankenkassen bei der Beantragung kritisiert. Der Zentralverband des Deutschen Baugewerbes e. V. hat jüngst im Rahmen einer Anhörung im Ausschuss für Arbeit und Soziales des Deutschen Bundestags auf den enormen Aufwand bei der Beantragung einer Unbedenklichkeitsbescheinigung hingewiesen und eine einheitliche Zuständigkeit pro Betrieb gefordert. Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) hat aus Anlass dieser Einlassungen den GKV-Spitzenverband zwischenzeitlich um Prüfung gebeten, in welcher Form eine Verwaltungsentlastung bei der Ausstellung der Unbedenklichkeitsbescheinigungen möglich wäre.

Die Unbedenklichkeitsbescheinigungen als Eignungsnachweis des Arbeitgebers finden insbesondere bei Vergabeverfahren von öffentlichen Aufträgen oder Konzessionen sowie im Bereich der Arbeitnehmerüberlassung Verwendung. Darüber hinaus ist die Unbedenklichkeitsbescheinigung als Instrument des Nachweises der Haftungsfreistellung (Exkulpation) im Zusammenhang mit der sog. Generalunternehmerhaftung im Baugewerbe (§ 28e Abs. 3a SGB IV) sowie in anderen insoweit einbezogenen Branchen (Fleischwirtschaft, Kurier-, Express- und Paketbranche) für die Betriebe und die Träger der Sozialversicherung von besonderer Bedeutung.

Ergebnisniederschrift Fachkonferenz Beiträge 23. März 2021

Mit einer Unbedenklichkeitsbescheinigung erbringt der Arbeitgeber den Nachweis seiner Zuverlässigkeit und Leistungsfähigkeit hinsichtlich der ihm obliegenden Beitragszahlungspflichten. Wenngleich die Inhalte der Unbedenklichkeitsbescheinigung mit Ausnahme der Bescheinigung für Zwecke der Haftungsfreistellung im Zusammenhang mit der sog. Generalunternehmerhaftung im Baugewerbe sowie in anderen insoweit einbezogenen Branchen (Fleischwirtschaft, Kurier-, Express- und Paketbranche) im Gesetz nicht näher definiert sind, dokumentiert die zuständige Krankenkasse in ihrer Funktion als Einzugsstelle für den Gesamtsozialversicherungsbeitrag mit der Unbedenklichkeitsbescheinigung regelmäßig, dass bei ihr ein entsprechendes Arbeitgeberkonto geführt wird, für wie viele versicherungspflichtige Arbeitnehmer sie aktuell den Beitrag einzieht und ob der Arbeitgeber seiner Pflicht zur Beitragsabführung ordnungsgemäß nachkommt.

Die Unbedenklichkeitsbescheinigungen werden derzeit zumeist papiergebunden auf Antrag des Arbeitgebers ausgestellt. Diese Verwaltungsleistung ist nach den Maßgaben des Online-Zugangsgesetzes künftig auch digital anzubieten.

Vor dem Hintergrund des wahrgenommenen Wunschs nach Vereinheitlichung der Bescheinigung und Vereinfachung des Antragsverfahrens gilt es in einem ersten Schritt, die Inhalte einer Unbedenklichkeitsbescheinigung sowie die an die Ausstellung zu knüpfenden Voraussetzungen zu definieren. In einem zweiten Schritt ist ein Verfahren zur elektronische Beantragung und Ausstellung einer Unbedenklichkeitsbescheinigung vorzubereiten.

Ergebnis:

1. Vereinheitlichung von Unbedenklichkeitsbescheinigungen

Die Ausstellung einer Unbedenklichkeitsbescheinigung setzt voraus, dass der Arbeitgeber die gegenüber der Krankenkasse als Einzugsstelle obliegenden Beitragsnachweis- und -zah-

Ergebnisniederschrift Fachkonferenz Beiträge 23. März 2021

lungspflichten rechtzeitig und vollständig erfüllt hat. Dazu sind die Verhältnisse zum Zeitpunkt der Ausstellung der Bescheinigung und für einen Zeitraum von in der Regel 6 Monaten zuvor maßgebend (qualifizierte Unbedenklichkeitsbescheinigung). Bestehen aktuell zwar keine Beitragsrückstände, sind aber die Beitragsnachweis- oder -zahlungspflichten in der Vergangenheit unregelmäßig erfüllt worden, ist die Unbedenklichkeitsbescheinigung in eingeschränkter Form auszustellen (einfache Unbedenklichkeitsbescheinigung). Hierüber entscheidet die Krankenkasse im Rahmen des ihr eingeräumten (pflichtgemäßen) Ermessens.

Neben der Angabe über die ordnungsgemäße Zahlung der Beiträge hat die Unbedenklichkeitsbescheinigung auch die Zahl der versicherungspflichtig Beschäftigten (nicht dagegen die Namen oder eine Liste mit den Namen) zu enthalten, für die derzeit Beiträge an die Krankenkasse als Einzugsstelle gezahlt werden; der Verwendungszweck der Unbedenklichkeitsbescheinigung ist dabei unerheblich. Zwar sind die Inhalte der Unbedenklichkeitsbescheinigung ausschließlich in Fällen der Bescheinigung für Zwecke der Haftungsfreistellung gesetzlich definiert; mit dem Ziel, das Bescheinigungsverfahren für alle Beteiligten so schlank und effizient wie möglich auszugestalten, sind alle Unbedenklichkeitsbescheinigungen jedoch nach einheitlichem Muster vorzuhalten.

Im Falle einer dem Arbeitgeber eingeräumten Stundung von Sozialversicherungsbeiträgen sind die Voraussetzungen für die Ausstellung einer qualifizierten Unbedenklichkeitsbescheinigung grundsätzlich nicht gegeben. Zwar liegt nicht unbedingt ein Beitragsrückstand vor, weil durch die Stundung die Fälligkeit hinausgeschoben ist; die Stundung dokumentiert jedoch, dass der Arbeitgeber sich in Zahlungsschwierigkeiten befindet und seine Zahlungspflichten ohne die Stundung gegenwärtig nicht erfüllen kann. Die qualifizierte Unbedenklichkeitsbescheinigung kann jedoch auch in Stundungsfällen ausgestellt werden, wenn für einen Zeitraum von in der Regel 6 Monaten vor der Stundung nicht nur die laufenden Beitragsnachweis- oder -zahlungspflichten erfüllt wurden, sondern darüber hinaus auch den aus der Stundungsvereinbarung resultierenden Verpflichtungen nachgekommen wurde.



Spitzenverband

Ergebnisniederschrift Fachkonferenz Beiträge 23. März 2021

Eine Prognose über das zukünftige Zahlungsverhalten gehört nicht zu den Inhalten einer Unbedenklichkeitsbescheinigung. Dementsprechend ist die Bescheinigung auch nicht mit einer Gültigkeits- oder Wirksamkeitsdauer zu versehen. Dies ist beispielsweise in den Fällen eines wirksamen Vertrages zur Arbeitnehmerüberlassung zwischen Entleiher und Verleiher und damit in den Fällen der Subsidiärhaftung nach § 28e Abs. 2 SGB IV relevant. Die Unbedenklichkeitsbescheinigung bestätigt zwar in diesen Fällen, dass der Dienstleister seine Beitragsverpflichtungen bislang vollständig und rechtzeitig erfüllt hat und versetzt damit den Entleiher in die Situation, das ihn möglicherweise treffende Haftungsrisiko im Vorfeld besser einschätzen zu können. Darüber, ob Dienstleister auch künftig ihre Beiträge pünktlich entrichten werden, wird jedoch naturgemäß keine Aussage getroffen. Daher befreit die Unbedenklichkeitsbescheinigung auch nicht von der Subsidiärhaftung. Aus dem mit der Unbedenklichkeitsbescheinigung dokumentierten Zahlungsverhalten in der Vergangenheit kann der Empfänger der Bescheinigung jedoch eigenständig Rückschlüsse auf die Zuverlässigkeit und Leistungsfähigkeit des Arbeitgebers ziehen.

Im Falle der Verwendung der Unbedenklichkeitsbescheinigung für Zwecke der Haftungsfreistellung nach § 28e Abs. 3b in Verb. mit Abs. 3f Satz 1 SGB IV wird im Hinblick auf den mit der Unbedenklichkeitsbescheinigung im Gesetz verankerten Mechanismus der Exkulpation herausgestellt, dass eine qualifizierte Unbedenklichkeitsbescheinigung für die Dauer von 3 Monaten nach der Ausstellung Wirksamkeit entfaltet und insofern vor der Haftung nach § 28e Abs. 3a SGB IV für die Erfüllung der Zahlungspflicht des jeweils beauftragten Unternehmens schützt. Im Falle der Ausstellung einer einfachen Unbedenklichkeitsbescheinigung wirkt die Haftungsfreistellung lediglich bis zum nächsten Fälligkeitstag.

Eine Unbedenklichkeitsbescheinigung wird auf Antrag des Arbeitgebers oder eines von ihm Bevollmächtigten ausgestellt.





Spitzenverband

Ergebnisniederschrift Fachkonferenz Beiträge 23. März 2021

Das Muster einer Unbedenklichkeitsbescheinigung ist als Anlage beigefügt. Es ist spätestens vom 1. Januar 2022 an zu verwenden. Dabei sind die an die Ausstellung der Bescheinigung vorstehend definierten Voraussetzungen zu beachten.

2. Überführung der einheitlichen Unbedenklichkeitsbescheinigung in ein elektronisches Antrags- und Bescheinigungsverfahren

Die Unbedenklichkeitsbescheinigungen werden derzeit zumeist papiergebunden zur Verfügung gestellt. Diese Verwaltungsleistung ist nach den Maßgaben des Online-Zugangsgesetzes künftig (bis Ende 2022) digital vorzuhalten.

Die Fachkonferenzteilnehmer sprechen sich dafür aus, den Prozess insgesamt als obligatorisches elektronisches Antrags- und Bescheinigungsverfahren auszugestalten (vgl. hierzu auch die ergänzenden Änderungsvorschläge der GKV, Schreiben des GKV-Spitzenverbandes vom 18.08.2020 an das Bundesministerium für Arbeit und Soziales). Dazu hat der Gesetzgeber zunächst einen Regelungsrahmen zu schaffen, nach dem Arbeitgeber die Unbedenklichkeitsbescheinigungen elektronisch anfordern und im Gegenzug die Krankenkassen in ihrer Funktion als Einzugsstellen der Gesamtsozialversicherungsbeiträge die Bescheinigungen in elektronischer Form zur Verfügung stellen. Das Antrags- und Bescheinigungsverfahren ist danach innerhalb der systemuntersuchten Entgeltabrechnungsumgebung zu implementieren. Die nähere Ausgestaltung des Verfahrens sollte der GKV-Spitzenverband bundeseinheitlich in Grundsätzen festlegen, die der Genehmigung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales bedürfen; die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände ist vorab anzuhören.

In einer späteren Ausbaustufe sollte das skizzierte Antrags- und Bescheinigungsverfahren auch von freiwillig krankenversicherten Selbstständigen (ohne Arbeitgeberfunktion) verwendet werden. Für die Einbindung von Selbstständigen ohne Arbeitgeberfunktion in das Antrags- und Bescheinigungsverfahren – in diesen Fällen unter Nutzung der elektronischen





Spitzenverband

**Ergebnisniederschrift
Fachkonferenz Beiträge
23. März 2021**

Ausfüllhilfe nach § 95a SGB IV – spricht der wiederholt vorgetragene Wunsch nach einheitlichen Verfahrensabläufen. Es wird allerdings zu berücksichtigen sein, dass die Unbedenklichkeitsbescheinigung für Selbstständige ohne Arbeitgeberfunktion oftmals nicht nur hinsichtlich der gegenüber der GKV zu erfüllenden Beitragspflichten angefordert wird, sondern auch hinsichtlich der gegenüber der Renten- und Unfallversicherung zu erfüllenden Beitragspflichten. Vor diesem Hintergrund erscheint es zielführend, innerhalb der beteiligten Sozialversicherungsträger zu eruieren, ob an der Einbindung von Selbstständigen ohne Arbeitgeberfunktion in das Antrags- und Bescheinigungsverfahren unter Verwendung der innerhalb der Sozialversicherung vorgehaltenen elektronischen Ausfüllhilfe nach § 95a SGB IV ein gemeinsames Interesse besteht.

Anlage



<Name und Anschrift der ausstellenden Krankenkasse/Einzugsstelle>

[<Name und Anschrift des Antragstellers>]

[]

<Datum der Ausstellung>

Unbedenklichkeitsbescheinigung für <Bezeichnung und Betriebsnummer des Arbeitgebers>

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir bestätigen, dass auf dem bei unserer Krankenkasse unter der vorgenannten Betriebsnummer geführten Arbeitgeberkonto

- die Gesamtsozialversicherungsbeiträge und Umlagen in den letzten 6 Monaten rechtzeitig nachgewiesen und gezahlt worden sind und derzeit keine Beitragsrückstände bestehen.

Sofern diese Unbedenklichkeitsbescheinigung für Zwecke der Haftungsfreistellung nach § 28e Abs. 3b in Verb. mit Abs. 3f Satz 1 SGB IV verwendet wird, wirkt sie für den Zeitraum von 3 Monaten nach Ausstellung.

- derzeit keine Beitragsrückstände bestehen.

Die Zahl der gemeldeten Beschäftigten, für die derzeit Beiträge gezahlt werden, beträgt <...>.

Diese Bescheinigung ist keine Bestätigung über die Vollständigkeit und Richtigkeit der Beitragszahlung.

Mit freundlichen Grüßen
Ihre Krankenkasse



Spitzenverband

Ergebnisniederschrift Fachkonferenz Beiträge 23. März 2021

Top 2

Versicherungs- und beitragsrechtliche Beurteilung von Personen während der Ausbildung nach Maßgabe des Psychotherapeutengesetzes in der bis zum 31. August 2020 geltenden Fassung

Sachverhalt:

Am 1. September 2020 trat das Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung vom 15. November 2019 (BGBl I S. 1604) in Kraft und stellte die Ausbildung der Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen auf eine neue gesetzliche Grundlage. Als Bestandteil dieser Reform wurde das Gesetz über den Beruf der Psychotherapeutin und des Psychotherapeuten (Psychotherapeutengesetz – PsychThG) neu gefasst. Ab Wintersemester 2020/2021 wurde ein Direktstudium etabliert, das aus einem dreijährigen Bachelor- und einem zweijährigen Masterstudium besteht und mit einer staatlichen psychotherapeutischen Prüfung abgeschlossen wird. Der Kranken- und Pflegeversicherungsschutz der Teilnehmenden an den neu etablierten Studiengängen ist in der Regel auf der Grundlage des § 5 Abs. 1 Nr. 9 SGB V bzw. § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 9 SGB XI sichergestellt, sofern die dort normierten persönlichen Voraussetzungen erfüllt sind.

Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen in Ausbildung (PiA), die diese noch vor der Rechtsänderung begonnen haben, können die Ausbildung gemäß der alten Rechtslage zu Ende führen. Zudem können Personen, die ein Studium angefangen oder abgeschlossen haben, das den Zugang zu einer Ausbildung nach dem Gesetz über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Psychotherapeutengesetz – PsychThG) vom 16. Juni 1998 eröffnet, sich weiterhin dazu entscheiden, die Ausbildung nach dem PsychThG vom 16. Juni 1998 anzufangen. Sie müssen diese dann allerdings spätestens zwölf Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes zur Reform der Psychotherapeutenausbildung abgeschlossen haben. Ungeachtet der Reform gelten daher für diese sog. „Altfälle“ die Strukturen des PsychThG sowie der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung



Ergebnisniederschrift Fachkonferenz Beiträge 23. März 2021

für Psychologische Psychotherapeuten (PsychTh-APrV) bzw. der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJPsychTh-APrV) in der jeweils bis zum 31. August 2020 geltenden Fassung. Um sicherzustellen, dass die Ausbildungen abgeschlossen werden können, wird den bestehenden Ausbildungsinstituten Bestandsschutz gewährt, solange sie in der Ausbildung tätig sind und die Voraussetzungen für eine staatliche Anerkennung nach § 6 PsychThG in der bis zum 31. August 2020 geltenden Fassung erfüllen.

Die Ausbildung nach dem alten Recht dauert in Vollzeit mindestens drei Jahre und ist gegliedert in

1. eine praktische Tätigkeit (§ 2 PsychTh-APrV bzw. § 2 KJPsychTh-APrV),
2. eine theoretische Ausbildung (§ 3 PsychTh-APrV bzw. § 3 KJPsychTh-APrV),
3. eine praktische Ausbildung mit Krankenbehandlungen unter Supervision (§ 4 PsychTh-APrV bzw. § 4 KJPsychTh-APrV) sowie
4. eine Selbsterfahrung, die die Ausbildungsteilnehmer zur Reflexion eigenen therapeutischen Handelns befähigt (§ 5 PsychTh-APrV bzw. § 5 KJPsychTh-APrV).

Die praktische Tätigkeit gemäß Ziffer 1 stellt dabei eine zur Versicherungspflicht in den einzelnen Zweigen der Sozialversicherung führende Beschäftigung im Rahmen betrieblicher Berufsbildung nach § 7 Absatz 1 i. V. m. Absatz 2 SGB IV dar (vgl. Punkt 1 der Niederschrift über die Besprechung zu Fragen des gemeinsamen Beitragseinzugs vom 20. April 2016). Die praktische Ausbildung zu Ziffer 3 findet hingegen nicht im Rahmen eines sozialversicherungsrechtlich relevanten Beschäftigungsverhältnisses statt und führt daher nicht zur Versicherungspflicht der Ausbildungsteilnehmenden als Arbeitnehmer oder Arbeitnehmerinnen oder zur Berufsausbildung Beschäftigter (vgl. Punkt 4 der Niederschrift über die Besprechung zu Fragen des gemeinsamen Beitragseinzugs vom 10./11. April 2002).



Spitzenverband

Ergebnisniederschrift Fachkonferenz Beiträge 23. März 2021

Der Kranken- und Pflegeversicherungsschutz der PiA während der Phase der theoretischen und praktischen Ausbildung wird nach Maßgabe der jeweils individuell geltenden Lebenssituation sichergestellt. Im Einzelfall können z. B. die Voraussetzungen für eine Familienversicherung erfüllt sein, typischerweise werden die Betroffenen jedoch in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) im Rahmen einer freiwilligen Mitgliedschaft versichert. Die Beitragsbemessung richtet sich in diesen Fällen nach § 240 SGB V. In der Praxis ist die Frage aufgetreten, ob für diesen Personenkreis die beitragsrechtlichen Sonderregelungen im Sinne des § 240 Abs. 4 Satz 2 SGB V (sog. „Studenten-Beitrag“) gelten.

Ergebnis:

Personen, die eine Ausbildung nach Maßgabe des PsychThG vom 16. Juni 1998 absolvieren und während der Phase der theoretischen und praktischen Ausbildung in der GKV im Rahmen einer freiwilligen Mitgliedschaft versichert sind, unterliegen hinsichtlich der Beitragsbemessung den allgemein gültigen Grundsätzen. Die in § 240 Abs. 4 Satz 2 SGB V vorgesehenen beitragsrechtlichen Sonderregelungen, wonach die Beiträge nach § 236 in Verbindung mit § 245 Abs. 1 SGB V zu bemessen sind (sog. „Studenten-Beitrag“), gelten für diesen Personenkreis nicht.

Die vorgenannte beitragsrechtliche Privilegierung ist für Schüler einer Fachschule oder Berufsfachschule oder für ihnen rechtlich gleichgestellte Personen konzipiert. Bei den staatlich anerkannten Ausbildungseinrichtungen nach § 6 PsychThG in der bis zum 31. August 2020 geltenden Fassung handelt es sich dagegen weder um Fachschulen noch um Berufsfachschulen im Sinne des § 240 Abs. 4 Satz 2 SGB V. Dies sind typischerweise Hochschulen, Aus- und Weiterbildungsinstitute, Akademien, Fortbildungsakademien usw.

Darüber hinaus ist die Ausbildung nach Maßgabe des PsychThG vom 16. Juni 1998 auch nach ihrer Struktur, nach dem Inhalt und nach der zu vermittelnden Qualifikation weder mit einer Berufsfach- noch mit einer Fachschulausbildung vergleichbar. Die Vergleichbarkeit mit einer Berufsfachschulausbildung scheidet per se aus, weil die Berufsfachschulen in der Regel



**Ergebnisniederschrift
Fachkonferenz Beiträge
23. März 2021**

Bildungsgänge im Sekundarbereich II umfassen; die Psychotherapeutenausbildung ist dagegen zweifelsfrei dem tertiären Bildungsbereich zuzuordnen. Die Ausbildungsangebote von Fachschulen gehören zwar ebenfalls zu dem tertiären Bildungsbereich, diese sind jedoch im Regelfall als Weiterbildung nach dem Abschluss einer einschlägigen Berufsausbildung in einem staatlich anerkannten Ausbildungsberuf konzipiert. Dem gegenüber hat die Psychotherapeutenausbildung nach PsychThG vom 16. Juni 1998 eine postgraduale Ausbildungsstruktur und setzt im Regelfall eine an einer Universität oder gleichstehenden Hochschule bestandene Abschlussprüfung im Studiengang Psychologie, die das Fach Klinische Psychologie einschließt, voraus.

Nach alledem ist die Anwendbarkeit der beitragsrechtlichen Sonderregelungen nach § 240 Abs. 4 Satz 2 SGB V für den Personenkreis der PiA ausgeschlossen. Nach den Grundsätzen dieses Besprechungsergebnisses ist spätestens für alle nach dem 31. Mai 2021 beginnenden Ausbildungsabschnitte der theoretischen und praktischen Ausbildung nach Maßgabe des PsychThG vom 16. Juni 1998 zu verfahren. Sofern bislang bei der beitragsrechtlichen Beurteilung anders verfahren wurde, behält es dabei aus Vertrauensschutzgründen sein Bewenden.



Spitzenverband

Ergebnisniederschrift Fachkonferenz Beiträge 23. März 2021

Top 3

Beitragsrechtliche Berücksichtigung von nicht monatlich gezahlten Entlassungsentschädigungen im Anwendungsbereich des § 240 SGB V

Sachverhalt:

Abfindungen, Entschädigungen oder ähnliche Leistungen, die wegen Beendigung des Arbeitsverhältnisses gezahlt werden (Entlassungsentschädigungen), gehören nach § 4 Nr. 1 Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler im Beitragsrecht der freiwilligen Krankenversicherung in vollem Umfang zu den beitragspflichtigen Einnahmen. Das Wesen einer Abfindung, der Bestreitung des Lebensunterhalts über einen längeren Zeitraum zu dienen, wirkt sich im Kern immer unverändert aus, ungeachtet dessen, ob die Abfindung in monatlichen Teilbeträgen oder in einem anderen Zahlungsmodus geleistet wird. § 4 Nr. 1 Beitragsverfahrensgrundsätze umfasst daher sämtliche Entlassungsentschädigungen ohne Rücksicht auf deren Auszahlungsmodalitäten und im Übrigen auch unabhängig davon, ob die Kündigungsfrist bei Beendigung eines Arbeitsverhältnisses eingehalten wurde oder nicht.

Gleichwohl gelten für die Entlassungsentschädigungen im Verfahren der Beitragsbemessung für freiwillige Mitglieder unterschiedliche Regelungen für deren zeitliche Zuordnung in Abhängigkeit davon, in welcher Form sie ausgezahlt werden. Wird die Entlassungsentschädigung in monatlichen Raten ausgezahlt, ist sie mit ihrem Zahlbetrag nach § 5 Abs. 1 Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler jeweils monatlich zur Beitragspflicht heranzuziehen. Hierbei ist irrelevant, ob die Kündigungsfrist bei Beendigung eines Arbeitsverhältnisses eingehalten wurde oder nicht. Für Entlassungsentschädigungen, die in Form nicht monatlich wiederkehrender Leistungen gewährt werden, ist die Heranziehung zur Beitragspflicht im Rahmen einer freiwilligen Mitgliedschaft nur dann zulässig, wenn sich nach § 5 Abs. 5 Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler ein beitragsrechtlicher Zuordnungszeitraum für die Entlassungsentschädigung bestimmen lässt. Ist dies nicht der Fall, scheidet eine beitragsrechtliche Berücksichtigung der jeweiligen Entlassungsentschädigung aus.





Spitzenverband

Ergebnisniederschrift Fachkonferenz Beiträge 23. März 2021

Der Zuordnungszeitraum im Sinne des § 5 Abs. 5 Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler wird durch eine entsprechende Anwendung des § 158 SGB III ermittelt. Die Regelung des § 158 SGB III beinhaltet ein komplexes mehrstufiges Prüfverfahren. In der Praxis sind Fragen dazu aufgetreten, wie innerhalb dieser Regelung die Zusammenwirkung der Maßgaben der Absätze 1 und 2 insbesondere bei unkündbaren oder nur mit Entlassungsentschädigung kündbaren Arbeitnehmern zu verstehen ist. Diese Fragestellungen gilt es zu beantworten.

Ergebnis:

Im Sinne einer einheitlichen Rechtsanwendung gilt Folgendes:

Die beitragsrechtliche zeitliche Zuordnung von nicht monatlich gezahlten Entlassungsentschädigungen im Anwendungsbereich des § 240 SGB V wird in der Praxis stets in zwei Prüfschritten festgestellt. In einem ersten Schritt ist zu prüfen, ob bei Anwendung des § 5 Abs. 5 Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler eine mögliche zeitliche Zuordnung der Entlassungsentschädigung zu einem bestimmten Zeitraum per se ausgeschlossen ist. Dies ist dann der Fall, wenn die Entlassungsentschädigung nach Maßgabe des § 158 Abs. 1 SGB III nicht zum Ruhen des Anspruchs aus Arbeitslosengeld führt oder führen würde. Die Ruhensvorschriften im Recht der Arbeitsförderung stellen wiederum ausschlaggebend darauf ab, ob das Arbeitsverhältnis ohne Einhaltung einer der ordentlichen Kündigungsfrist des Arbeitgebers entsprechenden Frist bzw. bei bestimmten Personen ohne Einhaltung fiktiver Kündigungsfristen beendet wird.

Die fiktiven Kündigungsfristen im Sinne dieser Vorschrift kommen bei unkündbaren oder nur mit Entlassungsentschädigung kündbaren Arbeitnehmern zum Tragen. So bestimmt § 158 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 SGB III, dass bei unbegrenztem Ausschluss der ordentlichen Arbeitgeberkündigung die kalendermäßig ablaufende fiktive Kündigungsfrist von 18 Monaten gilt. Ist die ordentliche Arbeitgeberkündigung dagegen nur vorübergehend ausgeschlossen (z. B. Betriebsratsmitglieder, Schwangere, schwerbehinderte Menschen), gilt die vom Arbeitgeber einzuhaltende ordentliche Kündigungsfrist (vgl. § 158 Abs. 1 Satz 3 Nr. 2 SGB III). Die fiktive





Spitzenverband

Ergebnisniederschrift Fachkonferenz Beiträge 23. März 2021

Kündigungsfrist von einem Jahr gilt nach § 158 Abs. 1 Satz 4 SGB III, wenn die ordentliche Kündigung nach Tarif- oder Einzelvertrag nur bei Zahlung einer Entlassungsentschädigung zulässig ist.

Wird die nach Maßgabe des § 158 Abs. 1 SGB III definierte Kündigungsfrist bei Beendigung des Arbeitsverhältnisses eingehalten, scheidet eine beitragsrechtliche Berücksichtigung der entsprechenden Entlassungsentschädigung in Form nicht monatlich wiederkehrender Leistungen im Rahmen einer freiwilligen Mitgliedschaft aus, weil sich nach § 5 Abs. 5 Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler kein beitragsrechtlicher Zuordnungszeitraum für die Entlassungsentschädigung bestimmen lässt. Wird die relevante Kündigungsfrist dagegen nicht eingehalten, ist in einem zweiten Prüfungsschritt festzustellen, für welchen Zeitraum die Entlassungsentschädigung zur Beitragspflicht heranzuziehen ist.

Dieser Zeitraum definiert sich nach Maßgabe des § 158 Abs. 2 SGB III. Danach unterliegt der Zuordnungszeitraum in mehrfacher Hinsicht Begrenzungen:

1. Der Zuordnungszeitraum ist nach § 158 Abs. 2 Satz 1 SGB III auf ein (Zeit-)Jahr begrenzt.
2. Nach § 158 Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 SGB III ist er durch den Zeitpunkt begrenzt, zu dem der als Arbeitsentgelt zu qualifizierende Anteil der Entlassungsentschädigung verdient worden wäre. Dieser Arbeitsentgeltanteil ist als Vomhundertsatz ausgehend vom Gesamtbruttobetrag der Entlassungsentschädigung aus der nachstehenden Tabelle zu ermitteln.





Spitzenverband

**Ergebnisniederschrift
Fachkonferenz Beiträge
23. März 2021**

	Lebensalter am Ende des Arbeitsverhältnisses					
	unter 40 Jahre	ab 40 Jahre	ab 45 Jahre	ab 50 Jahre	ab 55 Jahre	ab 60 Jahre
Betriebs- oder Unternehmenszugehörigkeit						
weniger als 5 Jahre	60	55	50	45	40	35
5 und mehr Jahre	55	50	45	40	35	30
10 und mehr Jahre	50	45	40	35	30	25
15 und mehr Jahre	45	40	35	30	25	25
20 und mehr Jahre	40	35	30	25	25	25
25 und mehr Jahre	35	30	25	25	25	25
30 und mehr Jahre		25	25	25	25	25
35 und mehr Jahre			25	25	25	25

Der nach der Tabelle ermittelte Arbeitsentgeltanteil der Entlassungsschädigung ist durch den kalendertäglichen Betrag des (Brutto-)Arbeitsentgelts, das zuletzt vor Beendigung des Arbeitsverhältnisses erzielt wurde, zu dividieren. Das Ergebnis stellt den nach dieser Variante ermittelten Zuordnungszeitraum dar. Der Zuordnungszeitraum ist kalendertäglich zu bestimmen.

3. Er ist begrenzt durch den Zeitpunkt, zu dem das Arbeitsverhältnis infolge einer Befristung geendet hätte (§ 158 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 SGB III).

4. Er ist begrenzt durch den Zeitpunkt, zu dem der Arbeitgeber das Arbeitsverhältnis aus wichtigem Grunde ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist hätte kündigen können (§ 158 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 SGB III).



**Ergebnisniederschrift
Fachkonferenz Beiträge
23. März 2021**

Für die Feststellung des maßgebenden Zuordnungszeitraums ist ein Günstigkeitsvergleich anzustellen. Die für das Mitglied günstigste, das heißt zeitlich kürzeste, Variante (Nummern 1 bis 4) ist heranzuziehen.

Zur praktischen Umsetzung der dargelegten Grundsätze wurde ein Prüfungsschema (vgl. Anlage) entwickelt. Es bildet die Folge der Prüfungsschritte bei der beitragsrechtlichen Bewertung der typischen zur Beurteilung stehenden Fallkonstellationen grafisch ab, ohne jedoch einen Anspruch auf Vollständigkeit zu erheben.

Anlage



Spitzenverband

**Ergebnisniederschrift
Fachkonferenz Beiträge
23. März 2021**



Prüfungsschema für die beitragsrechtliche Berücksichtigung von nicht monatlich gezahlten Entlassungsschädigungen (EE)

EE gehört nach § 4 Nr. 1 Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler grds. in vollem Umfang zu den beitragspflichtigen Einnahmen

Es ist im ersten Schritt zu prüfen, ob bei Anwendung des § 5 Abs. 5 Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler eine mögliche zeitliche Zuordnung der EE zu einem bestimmten Zeitraum per se ausgeschlossen ist.

Bei dieser Prüfung ist zunächst zu bestimmen, welche Kündigungsfristen im Sinne des § 158 Abs. 1 SGB III für den Arbeitnehmer gelten.

„Regelfall“

Unkündbare Arbeitnehmer

Zeitlich begrenzter Ausschluss der ordentlichen Kündigung

Ordentliche Kündigung nur bei Zahlung einer EE

Es gilt arbeitgeberseitige Kündigungsfrist laut Arbeits-/Tarifvertrag. (§ 158 Abs. 1 Satz 1 SGB III)

Es gilt fiktive Kündigungsfrist von 18 Monaten. (§ 158 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 SGB III)

Es gilt die vom Arbeitgeber einzuhaltende ordentliche Kündigungsfrist. (§ 158 Abs. 1 Satz 3 Nr. 2 SGB III)

Es gilt die fiktive Kündigungsfrist von einem Jahr. § 158 Abs. 1 Satz 4 SGB III

Wurde die jeweils relevante Kündigungsfrist eingehalten?

nein

ja

Der Zuordnungszeitraum für die EE nach § 5 Abs. 5 Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler bestimmt sich nach dem Günstigkeitsprinzip beim Vergleich der jeweils in Betracht kommenden Optionen.

(1); (2); (3); (4)

(1); (2); (3); (4)

(1); (2); (3); (4)

(2); (3); (4)

Beitragsrechtliche Berücksichtigung der EE ist ausgeschlossen, weil sich nach § 5 Abs. 5 Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler kein beitragsrechtlicher Zuordnungszeitraum für die EE bestimmen lässt.



Spitzenverband

Ergebnisniederschrift Fachkonferenz Beiträge 23. März 2021

Top 4

Beitragsfestsetzung im Anwendungsbereich des § 240 SGB V bei Verletzung der Mitwirkungspflichten durch das Mitglied;

hier: Zusammenwirken der Regelung des § 240 Abs. 1 Satz 4 SGB V mit den Grundsätzen eines zweistufigen Verfahrens der Beitragsfestsetzung aus dem Arbeitseinkommen und Einkünften aus Vermietung und Verpachtung im Sinne des § 240 Abs. 4a SGB V

Sachverhalt:

Nach § 240 Abs. 4a SGB V ist die Beitragsfestsetzung für die Einkünfte aus selbstständiger Tätigkeit bei freiwilligen Mitglieder der GKV als zweistufiges Verfahren konzipiert. Im ersten Schritt werden die Beiträge auf der Grundlage des jeweils aktuellen Einkommensteuerbescheides zukunftsbezogen vorläufig festgesetzt. Diese Beitragsfestsetzung gilt grundsätzlich solange, bis ein neuer, zuletzt erlassener, Einkommensteuerbescheid vorgelegt wird. Die Vorlage des jeweils aktuellen Einkommensteuerbescheides löst neben der zukunftsbezogenen vorläufigen Beitragsfestsetzung zugleich eine endgültige vergangenheitsbezogene Beitragsfestsetzung für das Kalenderjahr, für das der Einkommensteuerbescheid erlassen wurde, aus. Ein identisches Verfahren ist für die Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung vorgesehen.

Für den Fall, dass ein in das Verfahren der vorläufigen Beitragsfestsetzung einbezogenes Mitglied seine Mitwirkungspflichten im Rahmen der Ermittlung von beitragspflichtigen Einnahmen verletzt und dadurch eine individuelle Beitragseinstufung unmöglich macht, ist gesetzlich ein bestimmtes Verfahren vorgesehen. Werden die Mitwirkungspflichten im Rahmen der zukunftsbezogenen Beitragsfestsetzung verletzt, haben die Krankenkassen einen Beitragsbescheid über die zukunftsbezogene Beitragsbemessung auf Grundlage der Beitragsbemessungsgrenze (sog. „Sanktionsbescheide“) zu erlassen; diese Beitragsfestsetzung hat einen vorläufigen Charakter (vgl. § 240 Abs. 4a Satz 1 dritter Teilsatz i. V. m. Abs. 1 Satz 2 zweiter Halbsatz SGB V).





Spitzenverband

Ergebnisniederschrift Fachkonferenz Beiträge 23. März 2021

Die vorgenannte Beitragsfestsetzung auf Grundlage der Beitragsbemessungsgrenze wird unter bestimmten Voraussetzungen rückwirkend zugunsten des Mitglieds korrigiert. Zum einen kann das Mitglied diese Rechtsfolge durch nachgeholt Mitwirkung erreichen und zum anderen sind die Krankenkassen nach § 240 Abs. 1 Satz 4 SGB V verpflichtet, von Amts wegen – also ohne Nachweisführung durch das Mitglied – die Beitragsfestsetzung auf Grundlage der Beitragsbemessungsgrenze rückwirkend zu korrigieren, wenn aufgrund hinreichender Anhaltspunkte klar ist, dass die beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds die jeweilige Mindestbeitragsbemessungsgrundlage nicht überschreiten.

Das Verfahren der nachträglichen Korrektur der Sanktionsbescheide auf Grundlage der nachgeholt Mitwirkung ist klar geregelt. Im Verfahren der vorläufigen Beitragsfestsetzung sind hierfür zwei Optionen vorgesehen. Das Mitglied hat zunächst die Möglichkeit, eine Korrektur der Beitragsbemessung auf Grundlage der nachträglich tatsächlich nachgewiesenen Einnahmen im Sinne des § 240 Abs. 1 Satz 3 SGB V i. V. m. § 6a Abs. 2 Satz 3 zweiter Halbsatz und § 6 Abs. 5 der Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler zu erreichen. Wird die fehlende Mitwirkung innerhalb der zwölfmonatigen Frist nachgeholt, werden die Beiträge sowohl für die Vergangenheit als auch für die Zukunft auf Grundlage des zuletzt vorgelegten Nachweises korrigiert. Die Beitragsfestsetzung erfolgt hierbei sowohl vergangenheits- als auch zukunftsbezogen grundsätzlich vorläufig; die Ausnahme betrifft nur das Kalenderjahr, für das der jeweilige Einkommensteuerbescheid gilt. Für eine spätere endgültige Beitragsfestsetzung sind die Regelungen des § 240 Abs. 4a Sätze 3 und 4 SGB V relevant.

Versäumt das Mitglied diese Möglichkeit, können die beitragsrechtlichen Sanktionen rückgängig gemacht werden, wenn das Mitglied im Rahmen der vergangenheitsbezogenen endgültigen Beitragsfestsetzung für das betroffene Kalenderjahr mitwirkt. Bei dieser Option spielt die vorgenannte zwölfmonatige Frist im Übrigen keine Rolle. Der Sachverhalt ist in § 240 Abs. 4a Satz 4 SGB V abschließend geregelt; danach steht dem Mitglied für die Nachweisführung der tatsächlichen beitragspflichtigen Einnahmen in der Vergangenheit eine Frist von drei Jahren nach Ablauf des jeweiligen Kalenderjahres zu.





Spitzenverband

Ergebnisniederschrift Fachkonferenz Beiträge 23. März 2021

Bislang nicht ausreichend sind dagegen die Fallkonstellationen beschrieben, in denen die beitragsrechtlichen Sanktionen auf Grundlage des § 240 Abs. 1 Satz 4 SGB V zurückzunehmen sind, weil der Krankenkasse die hinreichenden Anhaltspunkte dafür, dass die beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds die Mindestbeitragsbemessungsgrundlage nicht überschreiten, bekannt werden. Über den Umgang mit derartigen Sachverhalten ist zu beraten.

Ergebnis:

Bei einem Mitglied, dessen Beiträge zuletzt auf Grundlage der vorgelegten Nachweise (Einkommensteuerbescheid) nach § 240 Abs. 4a Satz 1 erster Teilsatz SGB V vorläufig bemessen wurden, und das ab einem bestimmten Zeitpunkt seine Mitwirkungspflichten verletzt, wird seitens der Krankenkasse ein Beitragsbescheid über die zukunftsbezogene Beitragsbemessung auf Grundlage der Beitragsbemessungsgrenze erlassen, der einen vorläufigen Charakter hat (vgl. § 240 Abs. 4a Satz 1 dritter Teilsatz i. V. m. Abs. 1 Satz 2 zweiter Halbsatz SGB V). Werden der Krankenkasse später die hinreichenden Anhaltspunkte dafür, dass die beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds die Mindestbeitragsbemessungsgrundlage nicht überschreiten, bekannt, hat sie die mögliche Anwendbarkeit des § 240 Abs. 1 Satz 4 SGB V zu prüfen. Hierbei ist zu unterscheiden, ob diese Anhaltspunkte vor Ablauf der 3-Jahresfrist im Sinne des § 240 Abs. 4a Satz 4 SGB V (Szenario 1) oder erst später, und zwar nachdem die endgültige Beitragsfestsetzung nach Maßgabe des § 240 Abs. 4a Satz 4 SGB V auf Grundlage der Beitragsbemessungsgrenze bereits vorgenommen wurde (Szenario 2), bekannt werden.

Szenario 1:

§ 240 Abs. 1 Satz 4 SGB V ist anzuwenden. Im Einzelnen gibt es folgende Auswirkungen auf die zukunftsbezogene und auf die vergangenheitsbezogene Beitragsfestsetzung:





Spitzenverband

Ergebnisniederschrift Fachkonferenz Beiträge 23. März 2021

a. Vergangenheitsbezogene Beitragsfestsetzung:

Bei Anwendung des § 240 Abs. 1 Satz 4 SGB V wird eine rückwirkende Korrektur der Beitragsbescheide für alle vergangenen Zeiträume der Zwangseinstufung durchgeführt, für die die Wirkung der Anhaltspunkte im Sinne der vorgenannten Vorschrift als hinreichend angesehen wird. Hierbei ist die Regelung des § 240 Abs. 1 Satz 4 SGB V (Stichwort: „Beitragsfestsetzung auf Grundlage der Anhaltspunkte“) als gegenüber der Regelung des § 240 Abs. 4a Satz 3 SGB V (Stichwort: „Beitragsfestsetzung auf Grundlage der Nachweise“) speziellere Norm zu klassifizieren. Die durch § 240 Abs. 1 Satz 4 SGB V angeordnete Rechtsfolge in Gestalt einer rückwirkenden Korrektur des Sanktionsbescheides auf die jeweils geltende Mindestbeitragsbemessungsgrundlage ist als abschließende Regelung zu verstehen, sodass für eine erneute Prüfung der Beitragsfestsetzung für bereits korrigierte Zeiträume im Sinne des § 240 Abs. 4a Satz 3 SGB V kein Raum bleibt. Ein anderes Verständnis des Zusammenwirkens dieser Vorschriften würde zum einen ein besonders verwaltungsaufwendiges Handeln bei den Krankenkassen verursachen (Stichwort: „dreimalige Beitragsfestsetzung für denselben Zeitraum“). Zum anderen könnte diese Rechtsanwendung unter Umständen im Endergebnis den Versicherten wieder belasten, weil die endgültige Beitragsfestsetzung für den Zeitraum, für den nach § 240 Abs. 1 Satz 4 SGB V die Mindestbeitragsbemessungsgrundlage – zunächst vorläufig – angewandt wurde, bei einer erneuten fehlenden Mitwirkung des Mitglieds nach Maßgabe des § 240 Abs. 4a Satz 4 SGB V auf Grundlage der Beitragsbemessungsgrenze vorzunehmen wäre; somit wäre die Zielsetzung des § 240 Abs. 1 Satz 4 SGB V verfehlt.

Daher hat die vergangenheitsbezogene Beitragsfestsetzung auf Grundlage der „hinreichenden Anhaltspunkte“ immer einen endgültigen Charakter letztendlich unabhängig davon, ob der entsprechende zurückzunehmende Sanktionsbeitragsbescheid vorläufig oder endgültig war. Im Ergebnis werden die Monate, in denen § 240 Abs. 1 Satz 4 SGB V zur Anwendung kam, aus dem Verfahren der endgültigen Beitragsfestsetzung nach § 240 Abs. 4a Satz 3 SGB V „ausgeklammert“. Verbleiben nach der Anwendung des § 240 Abs. 1 Satz 4 SGB V für ein bestimmtes Kalenderjahr noch restliche Monate, in denen eine selbstständige Tätigkeit





Spitzenverband

Ergebnisniederschrift Fachkonferenz Beiträge 23. März 2021

ausgeübt wurde und somit die Beiträge ursprünglich vorläufig festgesetzt wurden, ist für die endgültige Beitragsfestsetzung in diesen Monaten die Regelungen des § 240 Abs. 4a Sätze 3 und 4 SGB V anzuwenden. Die Höhe des für einen Kalendermonat relevanten beitragspflichtigen Arbeitseinkommens wird nach dem Grundsatz „der nachgewiesene Jahresbetrag geteilt durch zwölf“ (bzw. „Jahresbetrag geteilt durch die Anzahl der entsprechenden Kalendermonate“ im Falle einer unterjährigen Aufnahme/Aufgabe einer selbstständigen Erwerbstätigkeit) ermittelt.

b. Zukunftsbezogene Beitragsfestsetzung

Die Frage, ob die zu der Rücknahme des Sanktionsbescheides geführten hinreichenden Anhaltspunkte dafür, dass die beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds die Mindestbeitragsbemessungsgrundlage nicht überschreiten, weiterhin fortwirken und somit für eine zukunftsbezogene Beitragsfestsetzung relevant sind, dürfte sich beim Personenkreis der Selbstständigen voraussichtlich nur selten stellen, weil typischerweise zwischenzeitlich ein Statuswechsel vollzogen wird (z. B. Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V oder Sozialhilfebezug). Sofern im Einzelfall dennoch von der Fortwirkung der bisherigen Verhältnisse einschließlich der Ausübung der selbstständigen Tätigkeit auszugehen wäre, ist gleichzeitig mit der endgültigen vergangenheitsbezogenen Beitragsfestsetzung auf der Grundlage der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage auch eine zukunftsbezogene vorläufige Beitragsfestsetzung auf der Grundlage der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage in analoger Anwendung des § 240 Abs. 4a Satz 1 erster Teilsatz SGB V durchzuführen. Später kommen für diese Zeiträume die Regelungen des § 240 Abs. 4a Sätze 3 und 4 SGB V zur Anwendung.

Szenario 2:

Bei dieser Fallkonstellation ist die Regelung des § 240 Abs. 4a Satz 4 SGB V gegenüber der Regelung des § 240 Abs. 1 Satz 4 SGB V vorrangig. Hat das Mitglied die ihm für die Nachweisführung der Einkommensverhältnisse eingeräumte 3-Jahres-Frist verstreichen lassen und wurde aufgrund dessen die Beitragsfestsetzung nach Maßgabe des § 240 Abs. 4a Satz 4





Spitzenverband

**Ergebnisniederschrift
Fachkonferenz Beiträge
23. März 2021**

SGB V auf Grundlage der Beitragsbemessungsgrenze vorgenommen, hat diese einen endgültigen Charakter. Für die Anwendung des § 240 Abs. 1 Satz 4 SGB V verbleibt kein Raum. Bei einem anderen Verständnis wäre die Rechtswirkung des § 240 Abs. 4a Satz 4 SGB V gänzlich ausgehebelt.





Spitzenverband

Ergebnisniederschrift Fachkonferenz Beiträge 23. März 2021

Top 5

Anwartschaftsversicherung nach § 240 Abs. 4b SGB V;

hier: Durchführung der Anwartschaftsversicherung bei Verlegung des Wohnsitzes und des gewöhnlichen Aufenthaltes ins Ausland

Sachverhalt:

Nach § 240 Abs. 4b SGB V wird der Beitragsbemessung für freiwillige Mitglieder der GKV ein Betrag in Höhe von 10 % der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV zugrunde gelegt, wenn der Anspruch auf Leistungen für das Mitglied und seine nach § 10 SGB V versicherten Angehörigen u. a. während eines Auslandsaufenthaltes, der durch die Berufstätigkeit des Mitglieds, seines Ehegatten, seines Lebenspartners oder eines seiner Elternteile bedingt ist, ruht (eine Art beitragsrechtliche Anwartschaftsversicherung, vgl. Bundestagsdrucksache 13/11021, Seite 11). Darüber hinaus kommt die Anwartschaftsversicherung zum Tragen, wenn der Auslandsaufenthalt zwar nicht beruflich bedingt ist, jedoch länger als drei Kalendermonate dauert.

Bei der Prüfung der gesetzlichen Zugangsvoraussetzungen zur Anwartschaftsversicherung im Zusammenhang mit einem Auslandsaufenthalt stellt sich die Frage, ob die Regelung des § 240 Abs. 4b SGB V als Spezialregelung im Verhältnis zu § 3 Nr. 2 SGB IV konzipiert ist. Gemäß § 3 Nr. 2 SGB IV gelten die Vorschriften über die Versicherungsberechtigung, soweit sie eine Beschäftigung oder eine selbstständige Tätigkeit nicht voraussetzen, für alle Personen, die ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Geltungsbereich des Sozialgesetzbuchs haben. Geht man von dem Vorrang des § 3 Nr. 2 SGB IV aus, wäre die Anwartschaftsversicherung mit Verlegung des Wohnsitzes und des gewöhnlichen Aufenthaltes des Mitglieds ins Ausland zu beenden. Folgt man dagegen der Argumentation, dass der Grundsatz der räumlichen Beschränkung des Geltungsbereichs des Sozialgesetzbuchs durch das rechtliche Konstrukt der Anwartschaftsversicherung durchbrochen wird, wäre der Zugang zur bzw. das Fortbestehen der Anwartschaftsversicherung selbst bei der Verlegung des Wohnsitzes und



**Ergebnisniederschrift
Fachkonferenz Beiträge
23. März 2021**

des gewöhnlichen Aufenthaltes ins Ausland – unter den üblichen Voraussetzungen – nicht ausgeschlossen.

Zurzeit gibt es in der Praxis kein einheitliches Verständnis für die dargestellte Problematik; sie ist daher einer Lösung zuzuführen.

Ergebnis:

Im Sinne einer bundesweit einheitlichen Rechtsauslegung und –anwendung gilt Folgendes:

1. Grundsätzliches

Die sog. Anwartschaftsversicherung nach § 240 Abs. 4b SGB V stellt kein besonderes Versicherungsverhältnis dar. Es handelt sich hierbei um eine freiwillige Mitgliedschaft, die nach § 9 SGB V oder § 188 Abs. 4 SGB V begründet wird/wurde und für die aufgrund eines ruhenden Leistungsanspruchs eine besondere beitragsrechtliche Regelung vorgesehen ist. Die Anwartschaftsversicherung in der Krankenversicherung strahlt auf die Pflegeversicherung aus (vgl. § 20 Abs. 3 SGB XI). Für das Zustandekommen sowie für das Fortbestehen einer freiwilligen Mitgliedschaft ist im Allgemeinen grundsätzlich § 3 Nr. 2 SGB IV einschlägig. Danach endet die in Deutschland bestehende freiwillige Mitgliedschaft kraft Gesetzes, wenn das Mitglied den Geltungsbereich des deutschen Sozialrechts dauerhaft verlässt und seinen Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat verlegt, für den weder das über- noch zwischenstaatliche Recht eine Gebietsgleichstellung für die Fortführung der freiwilligen Krankenversicherung vorsieht; das Zustandekommen einer freiwilligen Mitgliedschaft ist unter diesen Bedingungen ausgeschlossen. Die Regelungen zur Ausstrahlung (vgl. § 4 SGB IV) sowie die Anwendung des über- und zwischenstaatlichen Rechts (vgl. § 6 SGB IV) bleiben unberührt (vgl. nähere Ausführungen hierzu in Abschnitt 5 der Grundsätzlichen Hinweise „Obligatorische Anschlussversicherung nach § 188 Abs. 4 SGB V“ vom 14. Dezember 2018).

Während die Vorrangigkeit des § 3 Nr. 2 SGB IV für die Sachverhalte der „vollwertigen“ – mit Leistungsansprüchen versehenen – freiwilligen Mitgliedschaftsverhältnisse zu sachgerechten



Spitzenverband

Ergebnisniederschrift Fachkonferenz Beiträge 23. März 2021

Ergebnissen führt, würde diese enge Rechtsauslegung die Zielsetzung der Anwartschaftsversicherung nach § 240 Abs. 4b SGB V konterkarieren. Ursprünglich stellte die Anwartschaftsversicherung für Personen, die z. B. aufgrund eines längeren Auslandsaufenthaltes ihre Mitgliedschaft beendet hatten und später nach Deutschland zurückkehrten, einen erneuten Zugang zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung sicher, ohne dass ein Versicherungspflichttatbestand erfüllt sein musste oder die sonstigen Voraussetzungen für eine freiwillige Mitgliedschaft vorliegen mussten. Nach der Einführung der Auffang-Versicherungspflicht im Sinne des § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V erhalten viele Mitgliedergruppen, die ihre gesetzliche Krankenversicherung aufgrund eines Auslandsaufenthaltes beendet hatten, später einen erneuten Zugang zur GKV, ohne dass für die Zeit des Auslandsaufenthaltes eine Anwartschaftsversicherung bestanden haben muss. Dies gilt allerdings nicht für alle Sachverhalte bzw. Lebenssituationen.

Somit garantiert die Anwartschaftsversicherung nach § 240 Abs. 4b SGB V – ungeachtet der Einführung der Auffang-Versicherungspflicht – in bestimmten Fallkonstellationen den Zugang zur GKV (generell oder unter günstigen Bedingungen) nach der Rückkehr aus dem Ausland. Darüber hinaus sichert die Anwartschaftsversicherung den Erwerb von (Vor-)Versicherungszeiten für das Mitglied und die mitversicherten Familienangehörigen. Insofern ist die Anwartschaftsversicherung insbesondere in folgenden Sachverhalten von Bedeutung:

- Das Mitglied gehört zu dem Personenkreis, der aufgrund des Bezuges einer Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung später Pflichtmitglied in der Krankenversicherung der Rentner (sog. KVdR) werden könnte. Die Pflichtmitgliedschaft in der KVdR ist nach geltendem Recht gegenüber einer freiwilligen Mitgliedschaft beitragsrechtlich privilegiert. Für den Zugang zur KVdR ist gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 11 SGB V eine Vorversicherungszeit in der gesetzlichen Krankenversicherung von 9/10 der zweiten Hälfte des Erwerbslebens notwendig. Die Anwartschaftsversicherung zählt als solche Vorversicherungszeit. Ohne Anwartschaftsversicherung wäre die 9/10-Belegung unter Umständen – je nach Dauer des Auslandsaufenthaltes – nicht erfüllt.





Spitzenverband

Ergebnisniederschrift Fachkonferenz Beiträge 23. März 2021

- Eine Anwartschaftsversicherung ist für einen erneuten Zugang zur GKV auch dann notwendig, wenn das Mitglied seinen Wohnsitz in einen anderen Staat der EU, des EWR oder in die Schweiz verlegt und dort privat krankenversichert ist. Dies gilt insbesondere dann, wenn absehbar ist, dass bei einer Rückkehr nach Deutschland kein Tatbestand der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 bis 12 SGB V erfüllt wird und auch ein Beitritt zur freiwilligen Versicherung nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V nicht in Betracht kommt. Denn die nach überstaatlichem Recht zu beachtende Sachverhalts- und Gebietsgleichstellung führt in diesen Fällen dazu, dass (auch) die Voraussetzung für die Auffang-Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V ("zuletzt gesetzlich krankenversichert") nicht erfüllt wird, weil nur die im gesetzlichen Krankenversicherungssystem eines anderen EU-/ EWR-Staates oder der Schweiz zurückgelegte Versicherungszeit einer gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland gleichgestellt ist.
- Eine Anwartschaftsversicherung kann für Personen sinnvoll sein, die nach der Rückkehr aus dem Ausland von der Auffang-Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V aufgrund der absoluten Versicherungsfreiheit nach § 6 Abs. 3 SGB V ausgeschlossen sind und die sonstigen Voraussetzungen für einen freiwilligen Beitritt (z. B. nach Maßgabe des § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V) nicht erfüllen. Angesprochen sind insbesondere die nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V versicherungsfreien Arbeitnehmer.

Es ist nicht ersichtlich, warum in allen geschilderten Fallkonstellationen der Zugang zu einer Anwartschaftsversicherung oder die Aufrechterhaltung einer bereits bestehenden Anwartschaftsversicherung in Abhängigkeit davon zu ermöglichen wäre, ob das Mitglied sich nur vorübergehend oder dauerhaft im Ausland aufhält. Auch solche Personen, die ihren Wohnsitz ins Ausland für einen längeren, unter Umständen auch noch nicht absehbaren Zeitraum verlagern, aber die Rückkehroption nach Deutschland aufrechterhalten wollen, haben ggf. das Interesse an einer Anwartschaftsversicherung. Im Hinblick auf die Gleichbehandlung und zur





Spitzenverband

Ergebnisniederschrift Fachkonferenz Beiträge 23. März 2021

Erfüllung des Gesetzeszwecks ist der Zugang zu einer Anwartschaftsversicherung und die Aufrechterhaltung einer bereits bestehenden Anwartschaftsversicherung (bei Erfüllung sonstiger Voraussetzungen) unabhängig davon zu gewähren, ob die betroffene Person ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Geltungsbereich des Sozialgesetzbuchs hat (vgl. Anlage, Beispiel 1). § 240 Abs. 4b SGB V stellt sich insofern als Spezialregelung im Verhältnis zur Territorialitätsregelung in § 3 Nr. 2 SGB IV dar und geht dieser vor.

2. Zustandekommen der Anwartschaftsversicherung aus Anlass des Beginns eines Auslandsaufenthaltes

Die Umstellung zu einer beitragsrechtlichen Anwartschaftsversicherung aus Anlass des Beginns eines Auslandsaufenthaltes setzt nicht zwingend voraus, dass unmittelbar davor eine „vollwertige“ freiwillige Mitgliedschaft mit Leistungsansprüchen in Deutschland bestanden haben muss (vgl. Anlage, Beispiel 2). Vielmehr kann eine Anwartschaftsversicherung auch zeitgleich mit dem Beginn des Auslandsaufenthaltes nach dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht oder der Familienversicherung begründet werden. Hierbei ist im Einzelnen zwischen zwei Fallgruppen zu differenzieren:

a. Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Inland

In den Fallkonstellationen, bei denen das deutsche Krankenversicherungsrecht weiterhin Anwendung findet, insbesondere weil der Wohnsitz oder gewöhnliche Aufenthalt des Mitglieds trotz seines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes weiterhin in Deutschland besteht und etwaige Kollisionsregelungen des über- und zwischenstaatlichen Rechts dem nicht entgegenstehen, gilt § 188 Abs. 4 SGB V. Hierbei sind für den Versicherten im Allgemeinen drei Optionen für die Weiterversicherung ab dem Beginn des vorübergehenden Auslandsaufenthaltes möglich: eine „vollwertige“ freiwillige Mitgliedschaft (z. B. bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt in einem anderen Mitgliedstaat der EU bzw. des EWR oder in der Schweiz), eine Anwartschaftsversicherung oder eine Versicherung außerhalb der GKV.





Spitzenverband

Ergebnisniederschrift Fachkonferenz Beiträge 23. März 2021

Sofern das Mitglied während des vorübergehenden Auslandsaufenthaltes eine Absicherung außerhalb der GKV anstrebt, bedarf es für den Ausschluss der obligatorischen Anschlussversicherung nach § 188 Abs. 4 Sätze 1 bis 3 SGB V eines Nachweises einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall. Soll dagegen nach einer entsprechenden Willenserklärung des Mitglieds während des vorübergehenden Auslandsaufenthaltes die Anwartschaftsversicherung nach § 188 Abs. 4 Sätze 1 bis 3 SGB V zustande kommen, dokumentiert das Mitglied hiermit eine weiterhin bestehende GKV-Systemzugehörigkeit. Im Rahmen dieser Zugehörigkeit sind die Leistungspflicht der Krankenkasse und die (reguläre) Beitragspflicht des Mitglieds quasi ausgesetzt, ohne dass an die Stelle der ausgesetzten Leistungspflicht der Nachweis der anderweitigen Absicherung treten muss.

Im Übrigen ist das Einhalten von bestimmten Fristen für die Begründung der Anwartschaftsversicherung aus Anlass des Beginns eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes nach Maßgabe des § 188 Abs. 4 Sätze 1 bis 3 SGB V nicht notwendig. Da dem Mitglied bei dieser Fallkonstellation im Allgemeinen die Wahl zwischen einer „vollwertigen“ freiwilligen Mitgliedschaft und einer Anwartschaftsversicherung zusteht, ist der Wille des Versicherten, zur Anwartschaftsversicherung zu optieren, zu dokumentieren; eine bestimmte Form ist hierfür nicht vorgeschrieben (vgl. Anlage, Beispiel 3).

b. Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Ausland

Die zweite Fallgruppe bilden solche Personen, die unmittelbar nach dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht oder der Familienversicherung dem deutschen Krankenversicherungsrecht nicht mehr unterliegen (insbesondere aufgrund der Aufgabe des Wohnsitzes und des gewöhnlichen Aufenthaltes in Deutschland). In diesem Fall ist die Anwendbarkeit des § 188 Abs. 4 SGB V kraft Gesetzes nicht angeordnet. Dennoch kann mit dem Beginn des Auslandsaufenthaltes in analoger Anwendung des § 188 Abs. 4 SGB V auf Antrag des Versicherten eine Anwartschaftsversicherung begründet werden. In Übertragung des in § 9 Abs. 2 und § 188 Abs. 4 Satz 5 SGB V verankerten Rechtsgedanken ist der Beitritt zu einer freiwilligen Anwartschaftsversicherung gegenüber der zuletzt zuständigen Krankenkasse innerhalb





Spitzenverband

Ergebnisniederschrift Fachkonferenz Beiträge 23. März 2021

von 3 Monaten nach dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht oder der Familienversicherung formlos anzuzeigen. Die Anwartschaftsversicherung schließt sich in diesem Fall nahtlos an das vorangegangene Versicherungsverhältnis an. Das Vorhandensein einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall ist für die Gewährung einer Anwartschaftsversicherung in dieser Fallgruppe ohne Belang (vgl. Anlage, Beispiel 4).

3. Anwartschaftsversicherung für entsandte Arbeitnehmer

Die typischen Sachverhalte, in denen eine Anwartschaftsversicherung begehrt wird, sind beruflich bedingte Auslandsaufenthalte. Hierbei wird eine Anwartschaftsversicherung nicht nur im Falle eines beruflichen Aufenthaltes des freiwilligen Mitglieds selber, sondern auch bei einem beruflich bedingten Auslandsaufenthalt seines Ehegatten oder eines seiner Elternteile ermöglicht. Die Tatsache, dass der berufliche Auslandsaufenthalt des Mitglieds im Rahmen einer Entsendung im Sinne des § 4 SGB IV oder nach Maßgabe der Verordnung (EG) Nr. 883/04 bzw. der bilateralen Abkommen über soziale Sicherheit begründet wird, steht einer Anwartschaftsversicherung für die versicherungsfreien und freiwillig krankenversicherten Arbeitnehmer grundsätzlich nicht entgegen. Jedoch dürfen die entsandten Arbeitnehmer in die Anwartschaftsversicherung nur dann einbezogen werden, wenn sichergestellt ist, dass keine Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (weder durch die Anwendung des § 17 SGB V noch im Rahmen einer Sachleistungsaushilfe nach über- oder zwischenstaatlichem Recht) zur Verfügung gestellt werden und der Krankenversicherungsschutz der Auslandsbeschäftigten und der sie begleitenden Familienangehörigen während des beruflich bedingten Auslandsaufenthaltes und während vorübergehender Aufenthalte im Inland anderweitig sichergestellt ist (z. B. durch einen vom Arbeitgeber abgeschlossenen Gruppenversicherungsvertrag). Dies gilt sowohl bei Beibehaltung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes im Inland als auch bei Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlicher Aufenthaltes ins Ausland.





Spitzenverband

Ergebnisniederschrift Fachkonferenz Beiträge 23. März 2021

4. Ruhende Leistungsansprüche als Voraussetzung der Anwartschaftsversicherung

Die beitragsrechtliche Anwartschaftsversicherung ist nur zulässig, wenn der Anspruch auf Leistungen für das Mitglied und seine nach § 10 SGB V versicherten Angehörigen ruht. Sie ist ausgeschlossen, soweit anspruchsberechtigte Familienversicherte nach § 10 SGB V vorhanden sind (vgl. Bundestagsdrucksache 13/11021, Seite 11). Somit scheidet eine Anwartschaftsversicherung in den Fällen eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes des Mitglieds aus, wenn bzw. solange die familienversicherten Angehörigen das Mitglied ins Ausland nicht begleiten. Ein freiwilliger Verzicht auf die Familienversicherung ist insoweit unwirksam. In solchen Fällen sind die allgemeinen Regelungen für die Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder anzuwenden (vgl. Anlage, Beispiel 5). Davon zu unterscheiden ist der Sachverhalt, in dem das Mitglied – insbesondere beruflich bedingt – seinen Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt ins Ausland verlegt, aus diesem Anlass eine Anwartschaftsversicherung beantragt und seine bisher familienversicherten Angehörigen sich erst zeitversetzt ins Ausland begeben. Die Familienversicherung endet kraft Gesetzes ab dem Zeitpunkt, ab dem das Mitglied dem deutschen Recht nicht mehr unterliegt. Die Familienangehörigen müssen sich selbst in Deutschland versichern. Für das Mitglied ist eine Anwartschaftsversicherung möglich (vgl. Anlage, Beispiel 6).

Im Übrigen gelten die Ausführungen in Abschnitt 3 hinsichtlich der Sicherstellung der ruhenden Leistungsansprüche zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung für privat bedingte Auslandsaufenthalte entsprechend.

5. „Familienanwartschaftsversicherung“

Die Anwartschaftsversicherung eines freiwilligen Mitglieds erstreckt sich unter den Voraussetzungen des § 10 SGB V auch auf die Familienangehörigen, die das Mitglied ins Ausland begleiten oder ihm nachziehen (beitragsfreie Familienanwartschaftsversicherung). Die Familienanwartschaftsversicherung ist – genauso wie die Anwartschaftsversicherung des Mitglieds – durch ruhende Leistungsansprüche gekennzeichnet. Sie umfasst auch die Pflegeversicherung mit den ruhenden Leistungsansprüchen (vgl. § 25 SGB XI).





Spitzenverband

Ergebnisniederschrift Fachkonferenz Beiträge 23. März 2021

Da die Anwartschaftsversicherung für das Mitglied selbst unter anderem auch aus Anlass der Verlegung des Wohnsitzes und des gewöhnlichen Aufenthaltes ins Ausland eingeräumt wird, kann für seine ihn begleitenden Angehörigen im Sinne des § 10 SGB V für die Begründung der Familienanwartschaftsversicherung nichts Anderes gelten (vgl. Anlage, Beispiel 7). Darüber hinaus ist während eines (vorübergehenden oder gewöhnlichen) Auslandsaufenthaltes bei Wegfall der Voraussetzungen des § 10 SGB V ein Übergang von einer Familienversicherung bzw. Familienanwartschaftsversicherung zu einer eigenständigen Anwartschaftsversicherung für Angehörige zu ermöglichen. Werden die Voraussetzungen des § 10 SGB V für die Familienanwartschaftsversicherung erneut erfüllt, ist die freiwillige Anwartschaftsversicherung des Familienangehörigen zugunsten der Familienanwartschaftsversicherung ohne Kündigungsfristen zu beenden (vgl. Anlage, Beispiele 8 und 9). Diese Regelung erfüllt insbesondere die Zielsetzung, die – das berufstätige Mitglied begleitenden – Familienangehörigen in ihrer beruflichen Flexibilität im Ausland nicht zu benachteiligen.

Das Zustandekommen und die Fortführung der Familienanwartschaftsversicherung ist nach den gleichen Grundsätzen und mithilfe von gleichen Vordrucken zu prüfen, die bei der Feststellung und Überprüfung der Voraussetzungen zur Durchführung der Familienversicherung nach Maßgabe der Einheitlichen Grundsätze zum Meldeverfahren bei Durchführung der Familienversicherung (Fami-Meldegrundsätze) des GKV-Spitzenverbandes gelten.

6. Beginn der Anwartschaftsversicherung

Die Anwartschaftsversicherung schließt sich immer nahtlos an das vorangegangene Krankenversicherungsverhältnis in der GKV an und beginnt grundsätzlich mit dem ersten (vollen) Tag, an dem sich das Mitglied nicht mehr in Deutschland aufhält (vgl. Anlage, Beispiele 3, 4 und 7). Dies gilt für die Fälle, in denen der (gewöhnliche oder vorübergehende) Auslandsaufenthalt des Mitglieds während der „vollwertigen“ – mit Leistungsansprüchen versehenen – freiwilligen Mitgliedschaft beginnt, entsprechend (vgl. Anlage, Beispiele 2 und 6). Treten die Voraussetzungen für die Anwartschaftsversicherung erst während des Auslandsaufenthaltes des Mitglieds ein, beginnt die Anwartschaftsversicherung mit dem ersten Tag, an dem diese





Spitzenverband

Ergebnisniederschrift Fachkonferenz Beiträge 23. März 2021

Voraussetzungen erfüllt werden (vgl. Anlage, Beispiel 8). Die vorstehenden Grundsätze gelten für den Beginn der Familienanwartschaftsversicherung entsprechend (vgl. Anlage, Beispiel 7).

7. Ende der Anwartschaftsversicherung und „Familienanwartschaftsversicherung“ wegen der Rückkehr nach Deutschland oder des Wegfalls von sonstigen Voraussetzungen

Die Anwartschaftsversicherung und die daraus abgeleitete Familienanwartschaftsversicherung enden regelmäßig mit der Beendigung des (gewöhnlichen oder vorübergehenden) Auslandsaufenthaltes und der Rückkehr der Familie nach Deutschland. Die Familienanwartschaftsversicherung endet darüber hinaus, wenn die Voraussetzungen der Familienversicherung nach § 10 SGB V (während des Auslandsaufenthaltes) entfallen (vgl. Anlage, Beispiel 9) oder der Angehörige seinen gewöhnlichen Auslandsaufenthalt beendet und (ohne das Mitglied) nach Deutschland zurückkehrt.

Bestand die Anwartschaftsversicherung (einschließlich einer Familienanwartschaftsversicherung) bis zum Ende des Auslandsaufenthaltes, wird diese bereits am Anreisetag nach Deutschland in eine „vollwertige“ – mit Leistungsansprüchen versehene – freiwillige Mitgliedschaft überführt, wenn kein vorrangiger Versicherungspflichttatbestand vorliegt; die bisherige Familienanwartschaftsversicherung wird zur Familienversicherung nach § 10 SGB V. Kehrt ein Angehöriger ohne das Mitglied nach Deutschland zurück und bestand für ihn bis zum Ende des gewöhnlichen Auslandsaufenthaltes die Familienanwartschaftsversicherung, ist für ihn ab dem Anreisetag ein Krankenversicherungsschutz in Deutschland im Rahmen einer freiwilligen Mitgliedschaft (in analoger Anwendung des § 188 Abs. 4 SGB V) gegeben, es sei denn, es liegt ein vorrangiger Versicherungspflichttatbestand vor.

Im Übrigen ist die Beendigung der Anwartschaftsversicherung oder Familienanwartschaftsversicherung zugunsten der vollwertigen freiwilligen Mitgliedschaft während nur vorübergehender Inlandsaufenthalte des Mitglieds oder seiner im Rahmen einer Familienanwartschaftsversicherung versicherten Angehörigen (z. B. zu Besuchszwecken) ausgeschlossen.





Spitzenverband

Ergebnisniederschrift Fachkonferenz Beiträge 23. März 2021

8. Beendigung der Anwartschaftsversicherung wegen der Kündigung oder des Zahlungsverzugs

Möchte das Mitglied die Zugehörigkeit zur GKV vorzeitig, also noch während des Auslandsaufenthaltes, beenden, kann die Anwartschaftsversicherung unter bestimmten Voraussetzungen gekündigt werden. Hierbei ist im Einzelnen zwischen zwei Fallgruppen zu differenzieren:

In den Fallkonstellationen, bei denen das deutsche Krankenversicherungsrecht während des Auslandsaufenthaltes weiterhin Anwendung findet (Stichwort: „vorübergehender Auslandsaufenthalt“), gelten für das Ende der freiwilligen Mitgliedschaft die Anforderungen des § 191 Nr. 3 SGB V. Diese setzen das Einhalten der Kündigungsfrist und den Nachweis einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall (vgl. § 175 Abs. 4 SGB V) voraus.

Unterliegt das Mitglied dagegen während des Auslandsaufenthaltes nicht dem deutschen Recht, kann die Anwartschaftsversicherung jederzeit durch eine formlose Kündigung ohne weitere Voraussetzungen und ohne Kündigungsfrist beendet werden.

Darüber hinaus ist die Anwartschaftsversicherung wegen säumiger Beitragszahlungen zu beenden. Auch hierbei sind zwei Fallgruppen zu unterscheiden. Findet das deutsche Krankenversicherungsrecht während des Auslandsaufenthaltes weiterhin Anwendung, sind für die Beendigung der Anwartschaftsversicherung beim Zahlungsverzug die Tatbestandsvoraussetzungen des § 191 Nr. 4 SGB V (unter dem Außerachtlassen der fehlenden Leistungsanspruchnahme, da die Leistungsansprüche ohnehin ruhen) zu beachten.

In den Fällen des gewöhnlichen Auslandsaufenthaltes ist zwar eine unmittelbare Anwendbarkeit des § 191 Nr. 4 SGB V ausgeschlossen, dennoch ist die Anwartschaftsversicherung bei fehlender Beitragszahlung für 6 Monate in entsprechender Anwendung des § 191 Nr. 4 SGB V rückwirkend ab dem Beginn des Zeitraumes, für den keine Beiträge geleistet wurden,



**Ergebnisniederschrift
Fachkonferenz Beiträge
23. März 2021**

zu beenden; sonstige Tatbestandsvoraussetzungen des § 191 Nr. 4 SGB V sind hierbei ohne Belang.

Die Beendigung einer Anwartschaftsversicherung aus einem der vorgenannten Gründe schließt die Beendigung einer daraus abgeleiteten Familienanwartschaftsversicherung mit ein.

9. Anrechnung der Zeiten einer Anwartschaftsversicherung bzw. einer „Familienanwartschaftsversicherung“ bei der Anwendung von SGB V und SGB XI –Vorschriften

Im Übrigen entfalten die Zeiten der Anwartschaftsversicherung für das freiwillige Mitglied und die Zeiten der daraus abgeleiteten Familienanwartschaftsversicherung für seine Familienangehörigen bei der Rückkehr nach Deutschland die gleiche Wirkung. Sie gelten vor allem als Vorversicherungszeiten für die KVdR im Sinne des § 5 Abs. 1 Nr. 11 SGB V und als Vorversicherungszeiten für Pflegeleistungen nach § 33 Abs. 2 SGB XI. Darüber hinaus sind die Zeiten der Anwartschaftsversicherung und der Familienanwartschaftsversicherung bei der Anwendung sonstiger Vorschriften des SGB V, die als Tatbestandsvoraussetzung die Versicherungszeiten in der GKV verlangen, wie Zeiten der gesetzlichen Krankenversicherung zu behandeln. Insbesondere können sie bei der Prüfung der Voraussetzungen des § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a SGB V und ggf. des § 6 Abs. 3a SGB V von Bedeutung sein.

Eine Berücksichtigung als Versicherungszeit im Rahmen des Risikostrukturausgleichs scheidet allerdings aus.

Anlage

Beispiele

- 1 Versicherter A hat seit Aufnahme einer auf ein Jahr befristeten Beschäftigung in Singapur (keine Entsendung) eine Anwartschaftsversicherung nach § 240 Abs. 4b SGB V bei der Krankenkasse X in Deutschland abgeschlossen. Seine Mietwohnung in Deutschland hat er zunächst beibehalten. Aus Anlass der Veränderung des Arbeitsvertrages (Umwandlung in ein unbefristetes Arbeitsverhältnis) fragt er bei der zuständigen Krankenkasse nach, ob die Fortführung seiner Anwartschaftsversicherung möglich ist. Seinen Wohnsitz in Deutschland will er zunächst aufgeben.

Beurteilung

Die Fortführung der Anwartschaftsversicherung nach § 240 Abs. 4b SGB V ist im Allgemeinen auf Grundlage einer (formlosen) Willenserklärung des Mitglieds möglich; die Anzeige des Mitglieds ist hier als eine solche Willenserklärung zu verstehen. Dem steht nicht entgegen, dass er während des vorübergehenden Auslandsaufenthaltes seinen Wohnsitz im Inland aufgibt.

- 2 Versicherte B ist in Deutschland wohnhaft und selbstständig tätig sowie bei der Krankenkasse Y freiwillig versichert. Sie verlegt ihren Wohnsitz und ihre berufliche Tätigkeit zeitgleich in die Niederlande und versichert sich dort privat. Frau B fragt bei der Krankenkasse Y, ob und ggf. ab wann sie ihre bisherige „vollwertige“ freiwillige Mitgliedschaft in eine beitragsrechtliche Anwartschaftsversicherung umwandeln darf.

Beurteilung

Frau B unterliegt ab dem Beginn ihres Auslandsaufenthaltes nicht mehr dem deutschen Krankenversicherungsrecht, weil nach Gemeinschaftsrecht die Rechtsvorschriften des Staates anwendbar sind, in dem eine Erwerbstätigkeit ausgeübt wird (Art. 11 Abs. 3 Buchst. a VO (EG) 883/2004). Die bisherige freiwillige Mitgliedschaft wäre grundsätzlich (ohne Kündigung) zu beenden. Auf einen formlosen Antrag der Versicherten ist die freiwillige Mitgliedschaft in eine Anwartschaftsversicherung nach § 240 Abs. 4b SGB V umzuwandeln. Die beitragsrechtliche Umstellung auf einen „Anwartschaftsbeitrag“ erfolgt am ersten Tag nach der Ausreise aus Deutschland. Die Krankenkasse stellt sicher, dass keine Leistungen im Rahmen einer Sachleistungsaushilfe nach überstaatlichem Recht zur Verfügung gestellt werden.

- 3 Versicherter C war bei der Krankenkasse Z zunächst aufgrund einer betrieblichen Berufsausbildung (die er abgebrochen hat) als Pflichtmitglied und zuletzt als Student über seine Eltern familienversichert. Nach einem erfolgreichen Studienabschluss will er seine chinesischen Sprachkenntnisse verbessern und verreist dafür nach China. Die Reise beginnt am letzten Tag des letzten Studiensemesters und somit am letzten Tag der Familienversicherung. Nach dem Chinaaufenthalt ist eine Rückkehr nach Deutschland beabsichtigt; der Student wohnt noch in seinem Elternhaus und die Aufenthaltsgenehmigung für China ist auf ein Jahr begrenzt. Aufgrund von unklaren beruflichen Plänen nach der Rückkehr nach Deutschland (in die auch die Überlegungen über eine

mögliche versicherungsfreie Beschäftigung einbezogen sind) fragt er bei seiner Krankenkasse Z ob eine Anwartschaftsversicherung möglich wäre.

Beurteilung

Da der Versicherte trotz seines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes weiterhin dem deutschen Recht unterliegt, ist die Anwartschaftsversicherung für ihn nach Maßgabe des § 188 Abs. 4 SGB V nach dem Ausscheiden aus der Familienversicherung bei der Krankenkasse Z möglich. Hierzu bedarf es einer formlosen und an keine Fristen gebundenen Willenserklärung des Mitglieds. Da für den Versicherten kein realisierbarer Leistungsanspruch aus der gesetzlichen Krankenversicherung während des Auslandsaufenthaltes aufgrund des § 16 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V besteht, ist der Tatbestand der ruhenden Leistungsansprüche nach § 240 Abs. 4b Satz 2 SGB V erfüllt; das Vorhandensein einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall ist daher ohne Belang. Die Anwartschaftsversicherung beginnt im Anschluss an das Ausscheiden aus der Familienversicherung mit dem ersten (vollen) Tag des vorübergehenden Auslandsaufenthaltes.

- 4 Versicherte D ist als versicherungspflichtige Arbeitnehmerin bei der Krankenkasse X versichert. Ihr Ehegatte, ein versicherungsfreier und privatkrankenversicherter Arbeitnehmer, wird von seinem Arbeitgeber für 8 Jahre nach Saudi-Arabien entsendet. Frau D gibt ihre Beschäftigung in Deutschland auf und begleitet ihren Ehegatten ins Ausland. Laut einer DEÜV-Meldung wird ihre Beschäftigung zum 30.04. beendet. Der Wohnsitz in Deutschland wird ebenfalls zu diesem Datum aufgegeben. Frau D erkundigt sich bei der Krankenkasse X nach einer Anwartschaftsversicherung.

Beurteilung

Frau D unterliegt ab dem Beginn ihres Auslandsaufenthaltes mangels des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes in Deutschland nicht mehr dem deutschen Krankenversicherungsrecht. Die Anwartschaftsversicherung nach § 240 Abs. 4b SGB V ist in analoger Anwendung des § 188 Abs. 4 SGB V auf Antrag innerhalb von 3 Monaten nach dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht bei der Krankenkasse X möglich. Das Vorhandensein einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall ist für die Gewährung einer Anwartschaftsversicherung ohne Belang. Die Anwartschaftsversicherung beginnt im Anschluss an das Ausscheiden aus der Versicherungspflicht mit dem ersten (vollen) Tag des Auslandsaufenthaltes (hier: 01.05.).

- 5 Arbeitnehmer E ist in seiner Beschäftigung bei einem deutschen Arbeitgeber nach § 6 Abs. 1 SGB V versicherungsfrei und bei der Krankenkasse Y freiwillig versichert. Seine Ehefrau geht einer geringfügigen Beschäftigung nach und ist familienversichert. Der Arbeitnehmer wird – zusammen mit einigen anderen Arbeitnehmern – von seinem Arbeitgeber für zwei Jahre nach Tansania entsandt (Entsendung im Sinne des § 4 SGB IV). Seine Ehefrau bleibt in Deutschland. Der Arbeitgeber schließt für alle Arbeitnehmer einen Gruppenversicherungsvertrag ab, weil die Anwendung des § 17 SGB V ihm „nicht praktikabel“ erscheint. Arbeitnehmer E begehrt die Umstellung seiner „vollwertigen“

freiwilligen Mitgliedschaft zu einer Anwartschaftsversicherung und eine freiwillige Versicherung für seine Ehefrau auf Basis einer Mindestbemessungsgrundlage.

Beurteilung

Die Anwartschaftsversicherung nach § 240 Abs. 4b SGB V ist nicht möglich, weil es sich um einen vorübergehenden Auslandsaufenthalt des Mitglieds handelt und anspruchsberechtigte Familienversicherte nach § 10 SGB V vorhanden sind, die sich weiterhin in Deutschland aufhalten. Ein Verzicht auf die Familienversicherung wäre unwirksam. Arbeitnehmer E hat die Beiträge für seine freiwillige Mitgliedschaft unverändert auf Grundlage der Beitragsbemessungsgrenze zu entrichten.

- 6 Arbeitnehmer F ist in seiner Beschäftigung bei einem deutschen Arbeitgeber nach § 6 Abs. 1 SGB V versicherungsfrei und bei der Krankenkasse Z freiwillig versichert. Seine nicht berufstätige Ehefrau und zwei schulpflichtige Kinder sind nach § 10 SGB V familienversichert. Die Familie möchte von Deutschland nach Thailand auswandern. Herr F gibt seine Beschäftigung in Deutschland auf und schließt einen Arbeitsvertrag mit einem thailändischen Arbeitgeber ab. Er muss bereits am 01.05. seine Beschäftigung antreten, während die Familie im Interesse der Kinder bis Ende des Schuljahres noch in Deutschland bleibt und anschließend dem Mitglied nachzieht. Herr F erkundigt sich bei der Krankenkasse Z nach einer möglichen Anwartschaftsversicherung.

Beurteilung

Herr F unterliegt ab dem Zeitpunkt der Aufgabe des Wohnsitzes in Deutschland nicht mehr dem deutschen Recht. Die Familienversicherung für seine Ehefrau und die Kinder endet daher kraft Gesetzes. Die Anwartschaftsversicherung nach § 240 Abs. 4b SGB V ist für das Mitglied auf einen formlosen Antrag ab Beginn seines (gewöhnlichen) Auslandsaufenthaltes möglich. Solange sich seine Familie noch in Deutschland aufhält, wird seine Ehefrau nach § 188 Abs. 4 SGB V freiwillig versichert bleiben, die Kinder werden über sie nach § 10 SGB V familienversichert. Nach der Verlegung des Wohnsitzes ins Ausland wird für die Angehörigen des Mitglieds eine Familienanwartschaftsversicherung begründet.

- 7 Herr G ist ein versicherungspflichtiger Arbeitnehmer und Mitglied der Krankenkasse X. Seine Ehefrau ist ebenfalls eine versicherungspflichtige Arbeitnehmerin und Mitglied der Krankenkasse Y. Die Eheleute geben ihre Beschäftigungen in Deutschland zum 30.06. auf und wandern unmittelbar danach nach Kanada aus. Herr G hat bereits einen Arbeitsvertrag bei einem kanadischen Arbeitgeber, Frau G wird zunächst nicht berufstätig sein. Sie erkundigen sich nach einer möglichen Anwartschaftsversicherung.

Beurteilung

Für Herrn G ist die Anwartschaftsversicherung nach § 240 Abs. 4b SGB V in analoger Anwendung des § 188 Abs. 4 SGB V auf Antrag innerhalb von 3 Monaten nach dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht bei der Krankenkasse X möglich. Sie beginnt im Anschluss an das Ausscheiden aus der Versicherungspflicht mit dem ersten (vollen)

Tag des Auslandsaufenthaltes (hier: 01.07.). Für Frau G besteht ab dem 01.07 die Familienanwartschaftsversicherung bei der Krankenkasse X.

- 8 Arbeitnehmer H ist in seiner Beschäftigung bei einem deutschen Arbeitgeber nach § 6 Abs. 1 SGB V versicherungsfrei und ein freiwilliges Mitglied bei der Krankenkasse Z. Er unterliegt während seines Auslandsaufenthaltes weiterhin dem deutschen Recht auf Grund einer Entsendung im Sinne des § 4 SGB IV in ein vertragsloses Ausland. Seine nach § 10 SGB V versicherten Familienangehörigen (Ehefrau und Kinder) begleiten ihn. Leistungsansprüche des Mitglieds und der Familienangehörigen werden im Rahmen des § 17 SGB V realisiert. Die Familienversicherung nach § 10 SGB V für die Ehefrau endet während des Auslandsaufenthaltes aufgrund der Überschreitung der Gesamteinkommensgrenze wegen des Arbeitsentgelts aus einer vor Ort ausgeübten Beschäftigung. Sie erkundigt sich bei der Krankenkasse Z nach einer Anwartschaftsversicherung.

Beurteilung

Sofern bei Frau H. – ungeachtet der Aufnahme einer Beschäftigung – nicht von einer Verlegung des Wohnsitzes und gewöhnlichen Aufenthaltes ins Ausland auszugehen ist, gilt Folgendes: Die Anwartschaftsversicherung nach § 240 Abs. 4b SGB V für Frau H. ist nach Maßgabe des § 188 Abs. 4 SGB V auf einen formlosen und an keine Fristen gebundenen Antrag der Versicherten nach dem Ausscheiden aus der Familienversicherung während des Auslandsaufenthaltes bei der Krankenkasse Z möglich. Sie beginnt im Anschluss an das Ausscheiden aus der Familienversicherung.

Ergänzender Hinweis

Eine vergleichbare Bewertung gilt auch dann, wenn für die Ehefrau das Ausscheiden aus der Familienversicherung aufgrund der Verlegung ihres Wohnsitzes und gewöhnlichen Aufenthaltes ins Ausland erfolgt. Die Anwartschaftsversicherung nach § 240 Abs. 4b SGB V für Frau H. ist in analoger Anwendung des § 188 Abs. 4 SGB V auf Antrag innerhalb von 3 Monaten nach dem Ausscheiden aus der Familienversicherung während des Auslandsaufenthaltes bei der Krankenkasse Z möglich.

- 9 Arbeitnehmer I ist ein freiwilliges Mitglied bei der Krankenkasse X. Aufgrund einer unbefristeten Beschäftigung in Pakistan hat er eine Anwartschaftsversicherung abgeschlossen. Seine nicht berufstätige Ehefrau begleitet ihn ins Ausland; der Wohnsitz der Familie in Deutschland wurde aufgegeben. Die Anwartschaftsversicherung des Mitglieds erstreckt sich nach Maßgabe des § 10 SGB V auf seine Ehefrau (Familienanwartschaftsversicherung). Nun entfallen die Voraussetzungen für die Familienanwartschaftsversicherung während des Auslandsaufenthaltes durch die Aufnahme einer Beschäftigung vor Ort und Überschreitung der Gesamteinkommensgrenze. Frau I erkundigt sich bei der Krankenkasse X nach einer Anwartschaftsversicherung für sich.

Beurteilung

Die Anwartschaftsversicherung nach § 240 Abs. 4b SGB V für Frau I ist in analoger Anwendung des § 188 Abs. 4 SGB V auf Antrag innerhalb von 3 Monaten nach dem Ausscheiden aus der Familienanwartschaftsversicherung bei der Krankenkasse X möglich.

Sie beginnt im Anschluss an das Ausscheiden aus der Familienanwartschaftsversicherung.

Ergänzender Hinweis

Werden die Voraussetzungen des § 10 SGB V für die Familienanwartschaftsversicherung erneut erfüllt (etwa durch die Aufgabe der Beschäftigung), ist die freiwillige Anwartschaftsversicherung der Ehefrau zugunsten der Familienanwartschaftsversicherung ohne Kündigungsfristen zu beenden.



Spitzenverband

Ergebnisniederschrift Fachkonferenz Beiträge 23. März 2021

Top 6

Berücksichtigung von einkommensteuerrechtlichen Verlustverrechnungen bei Einnahmen aus Kapitalvermögen im Rahmen der Beitragsbemessung nach § 240 SGB V

Sachverhalt:

Eines der wesentlichen Elemente des deutschen Einkommensteuerrechts ist das Prinzip der Verlustverrechnung, also die Saldierung von positiven und negativen Einkünften eines Steuerpflichtigen. Das Einkommensteuergesetz kennt verschiedene Formen des Verlustausgleichs. Der Ausgleich von Verlusten und positiven Einkünften innerhalb der gleichen Einkunftsart wird als horizontaler Verlustausgleich bezeichnet. Dem horizontalen Ausgleich folgt der vertikale Ausgleich, bei dem negative Beträge mit positiven Beträgen aus anderen Einkunftsarten saldiert werden. Verbleibt nach dem horizontalen und vertikalen Verlustausgleich im Rahmen der Ermittlung des steuerpflichtigen Einkommens ein negativer Gesamtbetrag, kommt ein Verlustabzug nach § 10d EStG zum Tragen. Danach können die negativen Einkünfte eines Kalenderjahres in einem bestimmten Umfang vom Gesamtbetrag der Einkünfte des direkt vorausgegangenen Veranlagungszeitraums (sogenannter Verlustrücktrag) oder in den folgenden Veranlagungszeiträumen (sogenannter Verlustvortrag) abgezogen werden. Man spricht hierbei von einem jahresübergreifenden Verlustausgleich, der nach Maßgabe des § 10d EStG auch einen vertikalen Verlustausgleich innehat.

Das Bundessozialgericht hat sich mit der Frage, ob das im Einkommensteuerrecht geltende Prinzip der Verlustverrechnung auf das Beitragsrecht der freiwilligen Krankenversicherung oder auf die Sozialversicherung im Allgemeinen übertragbar ist, bereits mehrfach beschäftigt. Hierbei haben sich folgende Grundsätze herauskristallisiert:

(1) Ein horizontaler Verlustausgleich innerhalb eines Veranlagungszeitraumes ist im Beitragsrecht der freiwilligen Krankenversicherung zu berücksichtigen (vgl. z. B. BSG, Urteil vom 30. Oktober 2013 – B 12 KR 21/11 R – mit Verweisen auf die Urteile vom 23. September 1999 – B 12 KR 12/98 R – und vom 27. November 1984 – 12 RK 70/82 –).





Spitzenverband

Ergebnisniederschrift Fachkonferenz Beiträge 23. März 2021

(2) Ein vertikaler Verlustausgleich innerhalb eines Veranlagungszeitraumes ist im Anwendungsbereich des § 240 SGB V nicht zulässig (vgl. BSG, Urteil vom 23. Februar 1995 – 12 RK 66/93 –, Urteil vom 9. August 2006 – B 12 KR 8/06 R – sowie Urteil vom 30. Oktober 2013 – B 12 KR 21/11 R –).

Zur Begründung weist das BSG darauf hin, dass nach § 240 Abs. 1 Satz 2 erster Halbsatz SGB V die Beitragsbelastung in der freiwilligen Krankenversicherung die gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des Mitglieds zu berücksichtigen hat. Damit ist die grundsätzliche Ausrichtung der Beitragsbelastung an der Gesamtheit der Einnahmen, nicht dagegen an der Differenz zwischen Einnahmen und notwendigen Ausgaben gemeint. Die Verluste können nicht berücksichtigt werden, weil sie die Einnahmen als solche nicht mindern, sondern auf Ausgaben beruhen, zu deren Begleichung die erzielten Einnahmen verwendet werden. Damit unterscheidet sich das auf die einzelnen tatsächlich vorhandenen Einnahmen abhebende Beitragsrecht der Krankenversicherung von der Betrachtung der Einkünfte im Einkommensteuerrecht.

Ein weiteres Argument hinsichtlich der Nichtzulässigkeit des vertikalen Verlustausgleichs wird aus dem Programmsatz abgeleitet, wonach bei der Beitragsbelastung der freiwilligen Mitglieder mindestens die Einnahmen zu berücksichtigen sind, die bei versicherungspflichtig Beschäftigten der Beitragspflicht unterliegen (vgl. § 240 Abs. 2 Satz 1 SGB V). Bei Pflichtversicherten sieht das Gesetz einen Verlustausgleich nicht vor. Somit ist der Ausschluss des vertikalen Verlustausgleichs nach Auffassung des BSG ein wesentliches Element zur Vermeidung einer beitragsrechtlichen Privilegierung von freiwillig Versicherten gegenüber versicherungspflichtig Beschäftigten und anderen Versicherungspflichtigen.

(3) Ein jahresübergreifender Verlustausgleich im Sinne des § 10d EStG ist nicht zulässig (vgl. BSG, Urteil vom 16. Mai 2001 – B 5 RJ 46/00 R –). Die im Einkommensteuerrecht durch § 10d





Spitzenverband

Ergebnisniederschrift Fachkonferenz Beiträge 23. März 2021

EStG ermöglichte Durchbrechung des Prinzips der sog. (Jahres-)Abschnittsbesteuerung ist auf das Sozialrecht nicht zu übertragen.

Bislang nicht entschieden ist dagegen die Frage, ob und wie die aus der BSG-Rechtsprechung entwickelten allgemein gültigen Grundsätze zur Berücksichtigung vom horizontalen, vertikalen und jahresübergreifenden Verlustausgleich bei der Beitragsbemessung im Anwendungsbereich des § 240 SGB V auf die Einnahmen aus Kapitalvermögen rechtswiderspruchsfrei und praxiskonform zu übertragen sind. Der Kern der Problematik liegt darin, dass seit der Einführung der Abgeltungssteuer bei der Verrechnung der Verluste innerhalb der Einkünfte aus Kapitalvermögen im Einkommensteuerrecht solche Berechtigungen und Einschränkungen gelten, die mit denen für die anderen Einkunftsarten nicht vergleichbar sind. Im Einzelnen gilt hierzu im Einkommensteuerrecht Folgendes:

Die Verluste aus Kapitalvermögen dürfen innerhalb eines Veranlagungszeitraumes nicht mit den positiven Einkünften aus anderen Einkunftsarten ausgeglichen werden; ein jahresübergreifender Verlustausgleich im Sinne des § 10d EStG kommt für sie ebenfalls nicht in Frage (vgl. § 20 Abs. 6 Satz 1 EStG). Ein horizontaler Verlustausgleich innerhalb eines Veranlagungszeitraumes ist zwar grundsätzlich zulässig, aber in mehrfacher Sicht eingeschränkt und sehr komplex. Ab 1. Januar 2021 ist für Zwecke der (horizontalen) Verlustverrechnung zwischen Verlusten aus der Veräußerung von Aktien, Verlusten im Sinne des § 20 Abs. 6 Satz 5 EStG, Verlusten im Sinne des § 20 Abs. 6 Satz 6 EStG und sonstigen Verlusten zu unterscheiden. Es existieren mehrere Verrechnungskreise. Hierbei können die sonstigen Verluste mit allen Arten von Kapitalerträgen, Verluste aus Aktienveräußerungen jedoch nur mit Gewinnen aus Aktienveräußerungen verrechnet werden. Beide Verlustverrechnungskreise sind im Gegensatz zu den Verlustverrechnungskreisen des § 20 Abs. 6 Satz 5 und 6 EStG betragsmäßig nicht beschränkt.





Spitzenverband

Ergebnisniederschrift Fachkonferenz Beiträge 23. März 2021

Für die Durchführung der Verlustverrechnung innerhalb eines Veranlagungszeitraumes für sonstige Verluste und Verluste aus Aktienveräußerungen sind grundsätzlich die Kreditinstitute zuständig (vgl. § 43a Abs. 3 Satz 2 EStG). Wäre ein Verlustausgleich nur unter Einbeziehung von positiven und negativen Erträgen bei verschiedenen Kreditinstituten möglich, verlangt der Betroffene die Ausstellung einer Bescheinigung nach § 43a Abs. 3 Satz 4 EStG. In dieser Bescheinigung werden Verluste getrennt für 4 Arten von Kapitalerträgen (s. oben) ausgewiesen. Der Ausgleich innerhalb eines Veranlagungszeitraumes wird dann im Rahmen einer persönlichen Veranlagung durch das zuständige Finanzamt durchgeführt und in dem entsprechenden Einkommensteuerbescheid abgebildet. Die Verlustausgleiche nach § 20 Abs. 6 Sätze 5 und 6 EStG finden nur im Rahmen der persönlichen Veranlagung statt.

Darüber hinaus können die Verluste aus Kapitalvermögen in den folgenden Veranlagungszeiträumen ausgeglichen werden, auch jeweils getrennt in verschiedenen Verlustverrechnungskreisen (vgl. § 20 Abs. 6 Satz 2 EStG). Für die Durchführung eines jahresübergreifenden Verlustausgleichs für sonstige Verluste und Verluste aus Aktienveräußerungen gibt es zwei Wege, über deren Wahl der Betroffene selbst entscheiden darf. Sofern der Verlustausgleich innerhalb desselben Kreditinstituts stattfinden soll, braucht der Betroffene nichts zu unternehmen. Die auszahlende Stelle ist hierzu verpflichtet (vgl. § 43a Abs. 3 Satz 3 EStG). In den Bescheinigungen, die nach § 45a EStG durch das Kreditinstitut nach Ablauf eines Kalenderjahres zu erstellen sind, wird die Höhe der Kapitalerträge nach Verlustverrechnung (bezogen auf das laufende Jahr sowie jahresübergreifend) angegeben, d. h. eine ggf. durchgeführte Berücksichtigung eines eventuellen Verlustvortrages aus dem Vorjahr wird nicht separat ausgewiesen. Für die Nutzer solcher Bescheinigungen (z. B. für die Krankenkassen) ergeben sich somit keine Anhaltspunkte, die das Aufdecken eines durchgeführten jahresübergreifenden Verlustausgleichs ermöglichen würden.

Entscheidet sich der Betroffene gegen den jahresübergreifenden Verlustausgleich innerhalb eines Kreditinstitutes (insbesondere wenn der Verlustausgleich über die bei den anderen





Spitzenverband

Ergebnisniederschrift Fachkonferenz Beiträge 23. März 2021

Kreditinstituten vorliegenden Gewinne erfolgen soll), verlangt er die Ausstellung einer Bescheinigung nach § 43a Abs. 3 Satz 4 EStG (vgl. vorherige Ausführungen). Wird eine Verlustbescheinigung durch ein Kreditinstitut erteilt, wird der betreffende Verlustverrechnungskreis bei diesem Kreditinstitut mit Beginn des folgenden Jahres auf "Null" gestellt. Der Verlustausgleich kann in einem solchen Fall ausschließlich im Rahmen einer persönlichen Veranlagung beim zuständigen Finanzamt geltend gemacht werden; dadurch wird eine doppelte Berücksichtigung der Verluste vermieden. Kann der Verlustausgleich nicht oder nicht vollständig innerhalb eines Veranlagungszeitraumes durchgeführt werden, ist das Finanzamt verpflichtet, neben dem Einkommensteuerbescheid in sinngemäßer Anwendung des § 10d Abs. 4 EStG einen gesonderten Feststellungsbescheid über die verbleibenden Verluste zu erlassen. Gemäß Einkommensteuer-Richtlinien (vgl. R 10d EStR) muss in dem Verlustvortrag eine Unterscheidung nach Einkunftsarten vorgenommen werden, weil die negativen Einkünfte aus Kapitalvermögen besonderen Verlustverrechnungsbeschränkungen unterliegen. Der Verlustvortrag muss also getrennt für verschiedene Arten von Kapitalerträgen festgehalten werden. Wird der Verlustvortrag in den Folgejahren zur Verlustverrechnung verwendet, erscheint dies in dem jeweiligen Einkommensteuerbescheid. Die jahresübergreifenden Verlustausgleiche nach § 20 Abs. 6 Sätze 5 und 6 EStG finden ausschließlich im Rahmen der persönlichen Veranlagung statt.

Die Krankenkassen sind bei der Feststellung, in welchem Umfang Einnahmen aus Kapitalvermögen für Zwecke der Beitragsbemessung freiwillig Versicherter zu berücksichtigen sind, im Wesentlichen an die Einkommensteuerbescheide der Finanzverwaltung (vgl. BSG, Urteil vom 28. Mai 2015 – B 12 KR 12/13 R –) und an die Bescheinigungen der Kreditinstitute nach § 45a EStG als zuverlässige Nachweise angewiesen. Vor diesem Hintergrund können die im Einkommensteuerrecht geltenden rechtlichen Rahmenbedingungen für das Verfahren des Verlustausgleichs bei den Einkünften aus Kapitalvermögen, die sich naturgemäß auf der praktischen Ebene in den Einkommensteuerbescheiden der Finanzverwaltung und in den Bescheinigungen der Kreditinstitute widerspiegeln, auch im Beitragsrecht der freiwilligen Krankenversicherung nicht unberücksichtigt bleiben.





Spitzenverband

Ergebnisniederschrift Fachkonferenz Beiträge 23. März 2021

Die Übertragung der allgemeinen im Sozialrecht gültigen Grundsätze über den Ausschluss von jahresübergreifenden Verlustausgleichen sowie über die Zulässigkeit von horizontalen Verlustausgleichen auf die Beitragsbemessung aus den Einnahmen aus Kapitalvermögen wäre zwar rechtlich konsequent, durch die BSG-Rechtsprechung argumentativ begründet und im Sinne eines „roten Fadens“ leicht nachvollziehbar. Eine praktische Umsetzung dieser Grundsätze würde jedoch an der faktischen Unmöglichkeit – jedenfalls überwiegend – scheitern. So würden die innerhalb desselben Kreditinstituts durchgeführten jahresübergreifenden Verlustausgleiche von der Krankenkasse nicht aufgedeckt bleiben. Aus der Zulässigkeit der Nachweisführung mithilfe verschiedener Nachweise würde sich außerdem eine Ungleichbehandlung von Versicherten in Abhängigkeit davon, ob jahresübergreifender Verlustausgleich bei dem jeweiligen Kreditinstitut oder über das Finanzamt stattfindet, ergeben. Im ersten Fall würden die Krankenkassen die jahresübergreifenden Verlustausgleiche faktisch – ohne dies zu merken – akzeptieren, in dem zweiten dagegen nicht.

Dem gegenüber wäre eine unmittelbare Übertragung der Gesamtheit der im Einkommensteuerrecht geltenden Regelungen zum Umgang mit Verlustausgleichen bei den Einkünften aus Kapitalvermögen auf das Verfahren der Beitragsbemessung nach § 240 SGB V im Hinblick auf die Gleichbehandlung aller Mitglieder in sich konsistent sowie für die Krankenkassen leicht und zuverlässig händelbar. Eine rechtssichere Umsetzung dieser Gleichstellung würde eine entsprechende Festlegung in den Beitragsverfahrensgrundsätzen Selbstzahler voraussetzen, wonach für Verluste aus Kapitalvermögen § 20 Abs. 6 EStG entsprechend anzuwenden ist. Nach Maßgabe der BSG-Rechtsprechung ist davon auszugehen, dass die aus § 240 Abs. 1 Satz 2 SGB V ergebende Regelungsbefugnis des GKV-Spitzenverbandes, für freiwillige Mitglieder der GKV die Beitragsbemessung einheitlich zu regeln, auch die Gestaltung einer derartigen Regelung mitumfasst. Denn das BSG hat hinsichtlich der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Rechtslage zur Satzungsautonomie der Krankenkassen bei der Definition der beitragspflichtigen Einnahmen für zulässig erklärt, wenn die Krankenkassen etwa Bestimmungen darüber treffen, wie Steuervergünstigungen zu behandeln sind und



Ergebnisniederschrift Fachkonferenz Beiträge 23. März 2021

inwieweit Verlustausgleiche zugelassen werden (vgl. BSG, Urteil vom 15. September 1992 – 12 RK 51/91 –).

Ergebnis:

Nach Abwägen der dargelegten entscheidungsrelevanten Kriterien wird folgendes Verfahren festgelegt:

Im Verfahren der Beitragsbemessung nach § 240 SGB V werden die im Einkommensteuerrecht nach § 20 Abs. 6 EStG geltenden Regelungen zum Umgang mit Verlustverrechnungen bei Einkünften aus Kapitalvermögen in ihrer Gesamtheit für entsprechend anwendbar erklärt. Dieses Verfahren stellt sich insofern als Spezialregelung im Verhältnis zu den im Sozialrecht gültigen Grundsätzen über den Ausschluss von jahresübergreifenden Verlustausgleiche sowie über die Zulässigkeit von horizontalen Verlustausgleiche dar und geht dieser vor. Im Einzelnen gilt Folgendes:

1. Für die horizontalen Verlustverrechnungen innerhalb eines Veranlagungszeitraumes für verschiedene Arten von Kapitalerträgen gelten im Beitragsrecht der freiwilligen Krankenversicherung die gleichen Berechtigungen und Beschränkungen wie im Einkommensteuerrecht gemäß § 20 Abs. 6 EStG. Danach können z. B. die sogenannten sonstigen Verluste mit allen Arten von Kapitalerträgen, Verluste aus Aktienveräußerungen jedoch nur mit Gewinnen aus Aktienveräußerungen verrechnet werden (vgl. Ausführungen in der Sachverhaltsdarstellung). Für die praktische Umsetzung bedeutet das, dass die Krankenkassen für Zwecke der Beitragsbemessung die Höhe der in einem Einkommensteuerbescheid oder in den Steuerbescheinigungen der Kreditinstitute ausgewiesenen Kapitalerträge (vor Berücksichtigung des Sparer-Pauschbetrags) unverändert übernehmen und die darin angegebenen Verlustbeträge nicht beachten (vgl. Beispiel 1 in der Anlage).
2. Ein jahresübergreifender Verlustausgleich innerhalb der Einkünfte aus Kapitalvermögen nach Maßgabe des § 20 Abs. 6 EStG ist im Beitragsrecht der freiwilligen Krankenversicherung



Spitzenverband

Ergebnisniederschrift Fachkonferenz Beiträge 23. März 2021

entsprechend zu berücksichtigen. Werden also die innerhalb eines Veranlagungsjahres vom Mitglied erzielten Einkünfte aus Kapitalvermögen durch die Verlustvorträge im Sinne des § 20 Abs. 6 EStG aus den vorangegangenen Veranlagungsjahren gemindert, reduziert sich die Beitragspflicht der Einnahmen aus Kapitalvermögen nach § 240 SGB V im gleichen Umfang. Bei der praktischen Umsetzung ist zwischen zwei Formen der Nachweisführung zu differenzieren:

2a. Wird die Verlustverrechnung im Rahmen einer persönlichen Veranlagung des Mitglieds durch das zuständige Finanzamt durchgeführt, ist als Nachweis der beitragspflichtigen Einnahmen aus Kapitalvermögen ausschließlich der Einkommensteuerbescheid des Kalenderjahres zu verwenden, in dem der Verlustvortrag zur Verlustverrechnung verwendet wurde (vgl. Beispiel 3 in der Anlage). Dagegen sind die in den durch die Kreditinstitute ausgestellten Verlustbescheinigungen im Sinne des § 43a Abs. 3 Satz 4 EStG ausgewiesenen Verlustbeträge für die Krankenkassen ohne Belang (vgl. Steuerbescheinigung nach amtlich vorgeschriebenem Muster; Einträge in den „Zeilen 12 bis 15 Anlage KAP“).

2b. Werden die jahresübergreifenden Verlustverrechnungen innerhalb eines Kreditinstitutes berücksichtigt, hat das Kreditinstitut die Höhe der Kapitalerträge in der Steuerbescheinigung nach § 45a EStG nach Verlustverrechnung und vor Berücksichtigung des Sparer-Pauschbetrags (nur positiver Saldo) anzugeben (vgl. Steuerbescheinigung nach amtlich vorgeschriebenem Muster; Einträge in der Zeile „Höhe der Kapitalerträge Zeile 7 Anlage KAP“). Werden also die beitragspflichtigen Einnahmen aus Kapitalvermögen mithilfe einer Steuerbescheinigung nachgewiesen, braucht die zuständige Krankenkasse nichts Weiteres zu beachten, weil der jahresübergreifende Verlustausgleich in diesem Fall „automatisch“ berücksichtigt wird.

3. Die Einnahmen aus Kapitalvermögen sind vom vertikalen Verlustausgleich (sowohl innerhalb eines Veranlagungszeitraumes als auch jahresübergreifend nach Maßgabe des § 10d EStG) sowohl im Einkommensteuerrecht als auch im Anwendungsbereich des § 240 SGB V ausgeschlossen (vgl. Beispiel 2 in der Anlage).



**Ergebnisniederschrift
Fachkonferenz Beiträge
23. März 2021**

Im Übrigen bleiben die Regelungen der Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler hinsichtlich der Werbungskosten und der zeitlichen Zuordnung der Einnahmen aus Kapitalvermögen unberührt.

Eine rechtssichere Umsetzung dieser Vorgaben setzt eine Festlegung in den Beitragsverfahrensgrundsätzen Selbstzahler voraus, wonach § 20 Abs. 6 EStG für Verlustverrechnungen aus Kapitalvermögen für entsprechend anwendbar erklärt wird. Die Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler werden in diesem Sinne bei der nächsten Überarbeitung angepasst. Es bestehen keine Bedenken, wenn die Krankenkassen bereits im Vorgriff auf die beabsichtigte Änderung entsprechend den dargelegten Grundsätzen verfahren.

Anlage



Spitzenverband

**Ergebnisniederschrift
Fachkonferenz Beiträge
23. März 2021**



Beispiele

1 Frau A ist ein freiwilliges Mitglied der Krankenkasse X. Im Kalenderjahr 2021 erzielt sie bei der Berliner Sparkasse zum einen (sonstige) Gewinne aus Kapitalvermögen und zum anderen Verluste aus Aktienveräußerungen. Frau A weist ihre Einkünfte gegenüber der Krankenkasse mithilfe der Steuerbescheinigung der Berliner Sparkasse nach:

Steuerbescheinigung

- Bescheinigung für alle Privatkonten und / oder -depots
- Verlustbescheinigung im Sinne des § 43a Abs. 3 Satz 4 EStG für alle Privatkonten und / oder -depots

Für Frau A

Höhe der Kapitalerträge <i>Zeile 7 Anlage KAP</i> (ohne Kapitalerträge aus Lebensversicherungen im Sinne des § 20 Abs. 1 Nr. 6 Satz 2 EStG)	1.326,13 EUR
davon: Gewinn aus Aktienveräußerungen im Sinne des § 20 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 EStG <i>Zeile 8 Anlage KAP</i>	0,00 EUR
Höhe des nicht ausgeglichenen Verlustes ohne Verlust aus der Veräußerung von Aktien <i>Zeile 12 Anlage KAP</i>	0,00 EUR
Höhe des nicht ausgeglichenen Verlustes aus der Veräußerung von Aktien im Sinne des § 20 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 EStG <i>Zeile 13 Anlage KAP</i>	7.184,94 EUR

1 Beurteilung

Die Verluste aus Kapitalvermögen, die aus der Veräußerung von Aktien entstehen, dürfen nach § 20 Abs. 6 EStG mit anderen Arten von Kapitalerträgen nicht verrechnet werden. Diese Einschränkung für die horizontalen Verlustverrechnungen innerhalb eines Veranlagungszeitraumes für verschiedene Arten von Kapitalerträgen gilt im Beitragsrecht der freiwilligen Krankenversicherung entsprechend. Dies führt in dem vorliegenden Sachverhalt im Ergebnis dazu, dass die Einnahmen aus Kapitalvermögen monatlich in Höhe von $(1.326,13 - 51,00) / 12 = 106,26$ EUR zur Beitragspflicht heranzuziehen sind. Die Verluste aus Aktienveräußerungen wirken sich nicht beitragsmindernd aus.

2 Herr B ist selbstständig tätig und bei der Krankenkasse Y freiwillig versichert. Seine Ehefrau ist bei derselben Krankenkasse pflichtversichert. Im Rahmen einer turnusmäßigen Prüfung der Einkommensverhältnisse im Herbst 2020 hat er bei der Krankenkasse seinen aktuellen Einkommensteuerbescheid für das Kalenderjahr 2019 vorgelegt. Dieser weist Einkünfte aus Gewerbebetrieb als Einzelunternehmer in Höhe von 48.000 EUR aus. Darüber hinaus ist darin eine Feststellung über den verbleibenden Verlustvortrag aus Kapitalvermögen (ohne Verluste aus der Veräußerung von Aktien) in Höhe von 2.356,89 EUR enthalten. Weitere beitragspflichtigen Einnahmen sind bei dem Mitglied B nicht vorhanden.

2 Beurteilung

Die Verluste aus Kapitalvermögen dürfen nach § 20 Abs. 6 EStG nicht mit Einkünften aus anderen Einkunftsarten ausgeglichen werden. Der einkommensteuerrechtliche Ausschluss eines vertikalen Verlustausgleichs für Einkünfte aus Kapitalvermögen gilt im Beitragsrecht der freiwilligen Krankenversicherung entsprechend. Dies führt in dem vorliegenden Sachverhalt im Ergebnis dazu, dass sowohl für die vergangenheitsbezogene endgültige Beitragsfestsetzung für das Kalenderjahr 2019 als auch für die vorläufige zukunftsbezogene Beitragsfestsetzung das Arbeitseinkommen in Höhe von $48.000/12 = 4.000$ EUR monatlich zur Beitragspflicht heranzuziehen sind. Die im Kalenderjahr 2019 entstandene Verluste aus Kapitalvermögen wirken sich nicht beitragsmindernd aus.

- 3 (Fortsetzung des Beispiels 2) Der nachfolgende Einkommensteuerbescheid für das Kalenderjahr 2020 weist beim Mitglied B die Einkünfte aus Gewerbebetrieb als Einzelunternehmer in Höhe von 42.000 EUR aus. Darüber hinaus hat Herr B im Jahr 2020 die positiven Kapitalerträge in Höhe von 1.771 EUR erwirtschaftet. Daher wird Verlustvortrag aus dem Jahr 2019 (zum Teil) zur Verlustverrechnung verwendet (s. Abbildung). Weitere beitragspflichtigen Einnahmen sind bei dem Mitglied B nicht vorhanden.

<u>Berechnung der Einkünfte, die nach § 32d Abs. 1 EStG besteuert werden (Abgeltungsteuer)</u>		
	Ehemann €	Ehefrau €
Kapitalerträge	1.771	532
Verrechnung von Verlustvorträgen aus Kapitalvermögen (ohne Verluste aus der Veräußerung von Aktien)	1.771	
abzüglich noch nicht ausgeschöpfter Sparer-Pauschbetrag	0	532
Kapitalerträge i. S. d. § 32d Abs. 1 EStG	0	0

- 3 Beurteilung
 Ein jahresübergreifender Verlustausgleich innerhalb der Einkünfte aus Kapitalvermögen ist nach Maßgabe des § 20 Abs. 6 EStG zulässig. Dieser ist bei der Vorlage des Einkommensteuerbescheides für das Kalenderjahr, in dem der Verlustvortrag zur Verlustverrechnung verwendet wurde (hier: 2020), im Beitragsrecht der freiwilligen Krankenversicherung entsprechend zu berücksichtigen. Dies führt in dem vorliegenden Sachverhalt im Ergebnis dazu, dass sowohl für die vergangenheitsbezogene endgültige Beitragsfestsetzung für das Kalenderjahr 2020 als auch für die vorläufige zukunftsbezogene Beitragsfestsetzung keine beitragspflichtigen Einnahmen aus Kapitalvermögen festzustellen sind. Das Arbeitseinkommen ist in Höhe von $42.000/12 = 3.500$ EUR monatlich zur Beitragspflicht heranzuziehen.



Spitzenverband

Ergebnisniederschrift Fachkonferenz Beiträge 23. März 2021

Top 7

Durchführung der Familienversicherung;

hier: Anerkennung nachgewiesener Versicherungszeiten bei Einreichung des Fragebogens zur Überprüfung der Familienversicherung nach Ablauf des Nachwirkungszeitraums

Sachverhalt:

Die Familienversicherung nach § 10 SGB V beginnt an dem Tag, an dem ihre Voraussetzungen erfüllt sind. Sie endet mit Ablauf des Tages, an dem ihre Voraussetzungen entfallen. Das Vorliegen der Voraussetzungen hat die Krankenkasse festzustellen. Sie hat ferner turnusmäßig zu überprüfen, ob und für welche Familienangehörigen des Mitglieds die Voraussetzungen für die Durchführung der Familienversicherung bei ihr gegeben sind (Bestandspflege). Zur Bestandspflege verwendet die Krankenkasse einen Vordruck entsprechend der Anlage 2 der Fami-Meldegrundsätze (Fragebogen zur Überprüfung der Familienversicherung).

Sofern das (weitere) Vorliegen der Voraussetzungen der Familienversicherung auf Verlangen der Krankenkasse nicht nachgewiesen wird, ist die Familienversicherung zu beenden und das Versichertenverzeichnis für die nicht nachgewiesenen Versicherungszeiten zu berichtigen. Dem letzten Nachweis kommt allerdings (u. a. bei fehlender Mitwirkung des Mitglieds in Form der Verletzung der Nachweispflicht) eine begrenzte Nachwirkung zu. Als Ausfluss dieser begrenzten Nachwirkung ist für die Berichtigung der Versicherungszeiten von einer Beendigung der Familienversicherung ein Jahr nach dem Zeitpunkt auszugehen, für den letztmalig die Voraussetzungen der Familienversicherung nachgewiesen bzw. festgestellt worden sind (Nachwirkungszeitraum), es sei denn, es liegen konkrete Anhaltspunkte für eine frühere Beendigung vor. In den Fällen, in denen die Krankenkasse spätestens alle 3 Jahre überprüft, ob die Voraussetzungen für die Durchführung der Familienversicherung bei ihr gegeben sind, wird der Nachwirkungszeitraum in Anlehnung an den für diese Personengruppen geltenden Prüfrhythmus bei der Bestandspflege auf längstens drei Jahre verlängert (§ 7 Satz 2 der Fami-Meldegrundsätze).





Spitzenverband

Ergebnisniederschrift Fachkonferenz Beiträge 23. März 2021

Ob ein nach Ablauf des Nachwirkungszeitraums eingereichter Fragebogen zur Überprüfung der Familienversicherung, der im Zuge der turnusmäßigen Bestandspflege von der Krankenkasse angefordert worden ist (aber zunächst ohne Rücklauf bleibt), im Sinne der Anerkennung rechtmäßig nachgewiesener Versicherungszeiten Wirkung entfaltet, ist nicht ausdrücklich geregelt. Es bedarf daher eine Aussage, ob die Familienversicherung bei nachträglicher Einreichung des Fragebogens zur Überprüfung der Familienversicherung für den rückwirkend nachgewiesenen Zeitraum durchzuführen ist bzw. die zwischenzeitlich beendete Familienversicherung insofern wieder auflebt.

Ergebnis:

Ein nach Ablauf des Nachwirkungszeitraums eingereichter Fragebogen zur Überprüfung der Familienversicherung, der im Zuge der turnusmäßigen Bestandspflege von der Krankenkasse angefordert worden ist (aber zunächst ohne Rücklauf bleibt), führt für den nachgewiesenen Zeitraum zur Feststellung der Familienversicherung, sofern alle Voraussetzungen vorliegen; folglich lebt die wegen fehlenden Nachweises beendete Familienversicherung rückwirkend wieder auf. Das Wiederaufleben der Familienversicherung stellt einen Ausschlussstatbestand für die unter Umständen zwischenzeitlich begründete obligatorische Anschlussversicherung nach § 188 Abs. 4 SGB V dar, die infolgedessen rückabzuwickeln ist.

Weder das Gesetz noch die Fami-Meldegrundsätze sehen Fristen vor, innerhalb derer die Nachweise zur Prüfung der Voraussetzungen der Familienversicherung im Sinne des § 5 der Fami-Meldegrundsätze nach Anforderung durch die Krankenkasse vorzulegen sind; dementsprechend bestehen auch keine Regelungen, wonach bei verspäteter Vorlage von Nachweisen diese nicht oder nur zukunftsbezogen anzuerkennen sind. Als Folge der Nichtvorlage von Nachweisen ist die Familienversicherung zwar zu beenden und das Versichertenverzeichnis zu berichtigen (unter Berücksichtigung des Nachwirkungszeitraums). Die Beendigung der Familienversicherung ist jedoch aufzuheben, wenn die erforderlichen Nachweise der Krankenkasse nachträglich vorgelegt werden und insofern dokumentiert wird, dass die Voraussetzungen der Familienversicherung für den rückwirkend nachgewiesenen Zeitraum



**Ergebnisniederschrift
Fachkonferenz Beiträge
23. März 2021**

gegeben waren. Nur ein solches Verständnis wird den Prinzipien zu Statusentscheidungen im Versicherungsrecht, wozu auch die Feststellung über das Bestehen der Familienversicherung gehört, gerecht. Danach ist ein Versicherungsverhältnis, das in der Annahme, die weiteren Versicherungsvoraussetzungen seien nicht gegeben, im Zuge des Verwaltungshandels beendet worden ist, zu korrigieren, wenn sich zu einem späteren Zeitpunkt herausstellt, dass die materiellen Voraussetzungen erfüllt waren und sich die Annahme – rückblickend betrachtet – als unrichtig erweist.

Sofern die Familienversicherung in diesen Fällen fortlaufend besteht, ist die weitere Bestandspflege spätestens 1 Jahr bzw. 3 Jahre nach dem nachträglich vorgelegten Nachweis einzuleiten. Der Nachwirkungszeitraum beginnt mit dem Tag nach dem nachträglich vorgelegten (letzten) Nachweis der Voraussetzungen der Familienversicherung bzw. der Feststellung dieser Voraussetzungen durch die Krankenkasse.



Spitzenverband

**Ergebnisniederschrift
Fachkonferenz Beiträge
23. März 2021**



**Ergebnisniederschrift
Fachkonferenz Beiträge
23. März 2021**

Top 8

Abgrenzung von Leistungen der betrieblichen Altersversorgung aus dem Ausland von den anderen Arten der Versorgungsbezüge aus dem Ausland

Sachverhalt:

Mit dem Gesetz zur Einführung eines Freibetrages in der gesetzlichen Krankenversicherung zur Förderung der betrieblichen Altersvorsorge (GKV-Betriebsrentenfreibetragsgesetz – GKV-BRG) vom 21. Dezember 2019, BGBl. I S. 2913, wurde auf die beitragspflichtigen Einnahmen nach § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V (Leistungen der betrieblichen Altersversorgung – bAV) ein monatlicher Freibetrag in Höhe von einem 1/20 der monatlichen Bezugsgröße eingeführt (§ 226 Abs. 2 Satz 2 SGB V). Der Freibetrag gilt nur für die Beiträge zur Krankenversicherung und – ausgenommen die Personen in der Auffang-Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V – nur für krankenversicherungspflichtige Personen.

Der Freibetrag findet durch die Gleichstellungsregelung des § 229 Abs. 1 Satz 2 SGB V ebenso bei – laufenden und als Kapitalabfindung/–leistung gezahlten – Versorgungsbezügen aus dem Ausland oder von einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Einrichtung Anwendung, sofern diese ihrer Art nach der bAV zuzuordnen sind – vgl. Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes 2019/734 vom 20. Dezember 2019, Ziffer 3. Nachfolgend wird vereinfachend nur von Leistungen bzw. Versorgungsbezügen aus dem Ausland gesprochen.

Leistungen der bAV aus dem Inland sind im Zahlstellen-Meldeverfahren mit einer entsprechenden Kennzeichnung zu versehen und können somit von den Krankenkassen als ein Versorgungsbezug erkannt werden, auf den der Freibetrag grundsätzlich Anwendung findet. Bei Versorgungsbezügen aus dem Ausland ist ein solches Erkennungsmerkmal mangels Meldeverfahren zwischen der ausländischen Zahlstelle und der deutschen Krankenkasse nicht vorhanden. Dies wirft die Frage auf, wie Leistungen der bAV aus dem Ausland von den anderen Arten der Versorgungsbezüge aus dem Ausland abgegrenzt werden können.

Ergebnisniederschrift Fachkonferenz Beiträge 23. März 2021

Die Übersicht „Beitragsrechtliche Beurteilung von gesetzlichen Renten und Versorgungsbezügen aus dem Ausland“ im Extranet der Deutschen Verbindungsstelle Krankenversicherung–Ausland (DVKA) enthält zwar im Fall der Beurteilung der aufgeführten Leistungen als Versorgungsbezug in der Regel einen Hinweis, um welche Art des Versorgungsbezugs (§ 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 bis 5 SGB V) es sich handeln dürfte; an allgemeinen Kriterien, wie die Prüfung im Einzelfall (ggf. bei erstmalig vorkommenden Leistungen aus dem Ausland) zu einer Qualifizierung als Leistung der bAV führt, fehlt es jedoch bislang.

Ergebnis:

Nach der allgemeinen Begriffsdefinition in § 229 Abs. 1 Satz 1 SGB V kommen als der Rente vergleichbare Einnahmen (Versorgungsbezüge) von vornherein nur Einnahmen in Frage, die wegen einer Einschränkung der Erwerbsfähigkeit oder zur Alters- oder Hinterbliebenenversorgung erzielt werden. Zudem müssen die Einnahmen die Funktion einer entsprechenden Rente der – deutschen – gesetzlichen Rentenversicherung (Einkommensersatzfunktion bzw. Unterhaltersatzfunktion) vom Grundsatz erfüllen. Nähere Aussagen dazu finden sich in den Grundsätzlichen Hinweisen „Versicherungs-, beitrags- und melderechtliche Regelungen für Versorgungsbezüge, Arbeitseinkommen und gesetzliche Renten aus dem Ausland bei Versicherungspflichtigen“ vom 10. Juli 2018, Abschnitt A.1.1.1.2. Einnahmen, bei denen diese Merkmale nicht erfüllt sind, scheiden als Versorgungsbezüge bereits aus.

In einem weiteren Schritt ist sicherzustellen, dass es sich bei der zu beurteilenden „Versorgungsleistung“ nicht um eine Einnahme aus privater Eigenvorsorge (z. B. aus einer Lebens- oder Rentenversicherung ohne Beteiligung eines Arbeitgebers/Unternehmens) oder um eine gesetzliche Rente aus dem Ausland im Sinne des § 228 Abs. 1 Satz 2 SGB V handelt. Dabei kann ebenfalls auf die vorgenannten Grundsätzlichen Hinweise (hier insbesondere die Abschnitte A.1.1.1.2 und C.1.1.2) zurückgegriffen werden. Die Grundsätze für eine beitragsrechtliche Aufteilung der Versorgung bei privater Fortführung einer bAV oder umgekehrt sind bei ausländischen Versorgungsleistungen ebenso zu beachten.



Spitzenverband

Ergebnisniederschrift Fachkonferenz Beiträge 23. März 2021

Kommt danach eine Zuordnung der Einnahme aus dem Ausland zu den Versorgungsbezügen nach § 229 SGB V in Frage, ist zu prüfen, ob und welcher der in § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 bis 5 SGB V abschließend aufgeführten Arten des Versorgungsbezugs diese Einnahme zugeordnet werden kann. Dabei bietet es sich an, wie nachfolgend dargestellt, zweigleisig vorzugehen.

Ist augenscheinlich zu erkennen, dass die Leistung von einem ehemaligen Arbeitgeber der betreffenden Person („Direktzusage“) bzw. von einer Pensionskasse oder einem Pensionsfonds (engl. –ohne entsprechende Differenzierung – z. B. pension fund, retirement fund, pension scheme) geleistet wird, kann sie möglicherweise ohne weitere Prüfung als eine Leistung der bAV anerkannt werden. Nach der Definition in § 1b Abs. 3 Satz 1 Betriebsrentengesetz (BetrAVG) handelt es sich bei einer Pensionskasse oder einem Pensionsfonds um eine rechtsfähige Versorgungseinrichtung, die dem Arbeitnehmer oder seinen Hinterbliebenen auf ihre Leistungen einen Rechtsanspruch gewährt. Eine Deckungsgleichheit mit sämtlichen Merkmalen einer Pensionskasse oder einem Pensionsfonds nach deutschem Recht (vgl. §§ 232, 236 Versicherungsaufsichtsgesetz – VAG) muss dafür nicht hergestellt werden. Die weiteren in Deutschland existierenden Durchführungswege der bAV Direktversicherung (Definition: § 1b Abs. 2 BetrAVG) und Unterstützungskasse (Definition: § 1b Abs. 4 BetrAVG) dürften aller Voraussicht nach im Ausland keine bzw. nur selten eine Entsprechung haben oder als solche nicht auf den ersten Blick zu erkennen sein.

Ansonsten bietet es sich an, nach dem Ausschlussprinzip vorzugehen und zu untersuchen, ob die betreffende Einnahme aus dem Ausland mit den Versorgungsbezugsarten nach den Nummern 1 bis 4 in § 229 Abs. 1 Satz 1 SGB V vergleichbar ist. Dabei dürfte häufiger die Frage zu klären sein, ob es sich um eine Versorgungsleistung aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis im Sinne des § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V, insbesondere als ehemalige Beamter oder Soldat, handelt; die Ausnahmeregelungen nach den Buchstaben a bis d (z. B. bei lediglich übergangsweise gewährten Bezügen) sind dabei ohne Belang. Eine Vergleichbarkeit mit den Versorgungsbezügen nach § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V (Renten





Spitzenverband

Ergebnisniederschrift Fachkonferenz Beiträge 23. März 2021

und Landabgaberechten nach dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte – ALG) scheidet wegen der Bezugnahme auf das ALG, welches ausschließlich in Deutschland Anwendung findet, von vornherein aus. Hinsichtlich der Merkmale der Versorgungsbezugsarten nach den Nummern 1 bis 3 des § 229 Abs. 1 Satz 1 SGB V kann auf die Erläuterungen in den genannten Grundsätzlichen Hinweisen unter den Abschnitten A.1.1.2 bis A.1.1.4 zurückgegriffen werden. Dabei ist zu beachten, dass für eine Vergleichbarkeit die Leistung aus dem Ausland lediglich in ihrem Kerngehalt den typischen Merkmalen der inländischen Leistung entsprechen muss.

Lässt sich die betreffende Einnahme aus dem Ausland einer der drei Versorgungsbezugsarten § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 bis 3 SGB V zuzuordnen, scheidet eine weitere Prüfung aus, da es sich dann nicht mehr um eine Leistung der bAV handeln kann.

Trifft hingegen keine der Nummern 1 bis 4 des § 229 Abs. 1 Satz 1 SGB V zu, ist es sehr wahrscheinlich, dass eine Leistung der bAV vorliegt. Diese Vermutung sollte dann mit der Feststellung abgesichert werden, ob bei der Einnahme aus dem Ausland die typischen Merkmale der bAV im Sinne des deutschen Rechts vorliegen. Dazu gehört im Wesentlichen ein hinreichender Zusammenhang zur früheren Berufstätigkeit, das heißt konkret der Zufluss der Leistung aus einem oder mehreren früheren Arbeitsverhältnissen sowie die organisatorische und /oder finanzielle Beteiligung eines oder mehrerer Arbeitgeber an der Versorgung. Ein Vergleich mit einem der Durchführungswege der bAV nach dem deutschen Recht (BetrAVG) muss dabei nicht zwingend hergestellt werden können, da der Begriff der bAV im Beitragsrecht der GKV gegenüber dem Begriff der bAV im Betriebsrentenrecht seit jeher als eigenständig verstanden wird. Im Bedarfsfall kann auf die näheren Erläuterungen in den genannten Grundsätzlichen Hinweisen im Abschnitt A.1.1.6.1 zurückgegriffen werden.

Nicht ausgeschlossen ist, dass nach dem letzten Prüfschritt die zu beurteilende Einnahme aus dem Ausland weder als eine gesetzliche Rente, noch als ein Versorgungsbezug anzusehen ist.





Spitzenverband

**Ergebnisniederschrift
Fachkonferenz Beiträge
23. März 2021**

Dieses Prüfungsschema wird bei der nächsten Gelegenheit in die genannten Grundsätzlichen Hinweise aufgenommen.





Spitzenverband

**Ergebnisniederschrift
Fachkonferenz Beiträge
23. März 2021**

