

**AOK-Bundesverband, Bonn**

**Bundesverband der Betriebskrankenkassen, Essen**

**IKK-Bundesverband, Bergisch Gladbach**

**See-Krankenkasse, Hamburg**

**Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, Kassel**

**Bundesknappschaft, Bochum**

**AEV - Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V., Siegburg**

**Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V., Siegburg**

---

22. Dezember 1999

Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000  
(GKV-Gesundheitsreform 2000)

hier: Versicherungs- und beitragsrechtliche Auswirkungen

Durch das Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreform 2000) vom 22.12.1999 (BGBl I S. 2626) sind zahlreiche Maßnahmen vorgesehen, die zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und Qualität der gesundheitlichen Versorgung und zur Sicherung der Beitragssatzstabilität in der gesetzlichen Krankenversicherung beitragen sollen. Hierzu gehören aus dem Bereich des Versicherungs- und Beitragsrechts unter anderem Regelungen zur Beseitigung von Wettbewerbsverzerrungen zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung sowie zur Vermeidung von Risiko-selektionen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung.

Personen, die sich frühzeitig für eine Absicherung in der privaten Krankenversicherung entschieden haben, sollen diesem System konsequenterweise auch in fortgeschrittenem Lebensalter angehören. Der Zugang zur gesetzlichen Krankenversicherung für über 55jährige Personen ist vom 01.07.2000 nur noch möglich, wenn sie einen ausreichenden Bezug zur gesetzlichen Krankenversicherung nachweisen können. Dieser Grundsatz, der bereits in den für eine Pflichtmitgliedschaft als Rentner oder für einen freiwilligen Beitritt gesetzlich geforderten Vorversicherungszeiten zum Ausdruck kommt, wird damit gestärkt. Privat Krankenversicherte bleiben künftig auch in fortgeschrittenem Lebensalter dem System der privaten Krankenversicherung zugehörig. Zum Schutz vor unzumutbaren Prämienbelastungen im Alter sind flankierende Regelungen, insbesondere die Absenkung der Altersgrenze für den Zugang zum PKV-Standardtarif, geschaffen worden.

Die GKV-Gesundheitsreform 2000 sieht darüber hinaus weitere Änderungen bzw. Klarstellungen im Versicherungs- und Beitragsrecht vor, die ordnungspolitisch erforderlich waren, weil die Praxis unterschiedlich verfahren ist oder höchstrichterliche Rechtsprechung dem sozialpolitisch Gewünschten entgegenstand.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben die sich für das Versicherungs- und Beitragsrecht der Sozialversicherung ergebenden Änderungen – soweit das Recht der Arbeits-

losenversicherung betroffen ist, in Abstimmung mit der Bundesanstalt für Arbeit – beraten und die dabei erzielten Ergebnisse in diesem Rundschreiben zusammengefaßt. Den Erläuterungen ist jeweils der Gesetzestext vorangestellt. Gesetzesänderungen sind durch Unterstreichung kenntlich gemacht.

# Inhalt

A	Versicherungsrecht.....	5
I	Versicherungspflicht.....	5
1	Postulanten und Novizen .....	7
2	Praktikanten.....	8
3	Wehrdienstleistende oder Zivildienstleistende.....	9
4	Studenten, Praktikanten, Auszubildende ohne Arbeitsentgelt und Auszubildende des Zweiten Bildungswegs.....	10
II	Versicherungsfreiheit.....	11
III	Befreiung von der Krankenversicherung.....	13
IV	Freiwillige Krankenversicherung.....	15
1	Beitrittsrecht für Familienangehörige .....	16
2	Beitrittsrecht für Berufsanfänger.....	17
V	Familienversicherung .....	18
1	Familienversicherung für bislang versicherungsfreie Personen.....	19
2	Einkommensgrenze bei der Familienversicherung in der Pflegeversicherung .....	21
3	Sonstige Familienangehörige in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung .....	22
VI	Beziehungen zur privaten Krankenversicherung.....	22
B	Beitragsrecht .....	24
I	Beiträge für Postulanten und Novizen .....	24
II	Beiträge aus Entgeltersatzleistungen .....	26
III	Beiträge zur freiwilligen Krankenversicherung .....	27
1	Beitragsbemessung für freiwillig versicherte Rentner .....	27
2	Altersprivileg beim Beitragssatz aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen	29
3	Anwartschaftsversicherung bei Auslandsaufenthalt.....	30
IV	Beitragszuschüsse .....	30
1	Beitragszuschüsse für privat krankenversicherte Arbeitnehmer .....	33
2	Beitragszuschüsse für sonstige Personen.....	34
3	Änderungen beim PKV-Standardtarif .....	35
V	Beiträge der Bundesanstalt für Arbeit an ein privates Krankenversicherungsunter- nehmen.....	36

C	Sonstiges.....	37
I	Ausübung des Wahlrechts durch Minderjährige.....	37
II	Definition der unständigen Beschäftigung.....	38
III	Rechtskreisabgrenzungen .....	38
1	Rechtskreisübergreifende Krankenkassenwahl.....	38
2	Rechtskreiszuordnung bei der Berechnung des Beitragszuschusses privat krankenversicherter Arbeitnehmer .....	39

## A Versicherungsrecht

### I Versicherungspflicht

#### § 26 SGB III

##### Sonstige Versicherungspflichtige

#### (1) Versicherungspflichtig sind

1. bis 4. ...

**5. Personen, die als nicht satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften oder ähnlicher religiöser Gemeinschaften für den Dienst in einer solchen Genossenschaft oder ähnlichen religiösen Gemeinschaft außerschulisch ausgebildet werden.**

(2) bis (4) ...

#### § 5 SGB V

##### Versicherungspflicht

#### (1) Versicherungspflichtig sind

1. bis 9. ...

**10. Personen, die eine in Studien- oder Prüfungsordnungen vorgeschriebene berufspraktische Tätigkeit ohne Arbeitsentgelt verrichten, sowie zu ihrer Berufsausbildung ohne Arbeitsentgelt Beschäftigte; Auszubildende des Zweiten Bildungswegs, die sich in einem förderungsfähigen Teil eines Ausbildungsabschnitts nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz befinden, sind Praktikanten gleichgestellt,**

11. und 12. ...

(2) bis (4) ...

**(4a) Als zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte im Sinne des Absatzes 1 Nr. 1 gelten Personen, die als nicht satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften oder ähnlicher religiöser Gemeinschaften für den Dienst in einer solchen Genossenschaft oder ähnlichen religiösen Gemeinschaft außerschulisch ausgebildet werden.**

(5) bis (10) ...

## § 193 SGB V

### Fortbestehen der Mitgliedschaft bei Wehrdienst oder Zivildienst

(1) ...

(2) Bei Versicherungspflichtigen, die nicht unter Absatz 1 fallen, sowie bei freiwilligen Mitgliedern berührt der Wehrdienst nach § 4 Abs. 1 und § 6b Abs. 1 des Wehrpflichtgesetzes eine bestehende Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse nicht. Die versicherungspflichtige Mitgliedschaft gilt als fortbestehend, wenn die Versicherungspflicht am Tag vor dem Beginn des Wehrdienstes endet oder wenn zwischen dem letzten Tag der Mitgliedschaft und dem Beginn des Wehrdienstes ein Samstag, Sonntag oder gesetzlicher Feiertag liegt.

(3) und (4) ...

## § 309 SGB V

### Versicherter Personenkreis

(1) und (2) ...

(3) <gestrichen>

(4) bis (6) ...

## § 20 SGB XI

### Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung für Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung

(1) Versicherungspflichtig in der sozialen Pflegeversicherung sind die versicherungspflichtigen Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung. Dies sind:

1. bis 9. ...

10. Personen, die zu ihrer Berufsausbildung ohne Arbeitsentgelt beschäftigt sind oder die eine Fachschule oder Berufsfachschule besuchen oder eine in Studien- oder Prüfungsordnungen vorgeschriebene berufspraktische Tätigkeit ohne Arbeitsentgelt verrichten (Praktikanten); Auszubildende des Zweiten Bildungsweges, die sich in einem nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz förderungsfähigen Teil eines Ausbildungsabschnittes befinden, sind Praktikanten gleichgestellt,

11. ...

(2) ...

**(2a) Als zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte im Sinne des Absatzes 1 Satz 2 Nr. 1 gelten Personen, die als nicht satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften oder ähnlicher religiöser Gemeinschaften für den Dienst in einer solchen Genossenschaft oder ähnlichen religiösen Gemeinschaft außerschulisch ausgebildet werden.**

**(3) und (4) ...**

1 Postulanten und Novizen

Personen, die als nicht satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften oder ähnlicher religiöser Gemeinschaften für den Dienst in einer solchen Genossenschaft oder ähnlichen religiösen Gemeinschaft außerschulisch ausgebildet werden, gelten nach § 5 Abs. 4a SGB V und § 20 Abs. 2a SGB XI in der Kranken- und Pflegeversicherung versicherungsrechtlich als zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte. In der Arbeitslosenversicherung werden diese Personen nach § 26 Abs. 1 Nr. 5 SGB III als sonstige Versicherungspflichtige behandelt.

Die Vorschriften stellen klar, daß Postulanten und Novizen, die in der Zeit ihrer Ausbildung für die Betätigung in einer geistlichen Genossenschaft noch nicht zu deren satzungsmäßigen Mitgliedern zählen, ihrem sozialen Schutzbedürfnis entsprechend in den Schutz der Kranken-, Pflege- und Arbeitslosenversicherung einbezogen bleiben. Damit werden Unklarheiten über die Versicherungspflicht dieser Personen, die aufgrund der Entscheidung des Bundessozialgerichts vom 17.12.1996 – 12 RK 2/96 – (USK 9625) aufgetreten waren, beseitigt; die gängige Rechtspraxis wird bestätigt.

Die Gleichstellung mit den Auszubildenden gilt auch für Angehörige ähnlicher religiöser Gemeinschaften während der Zeit ihrer Ausbildung für die Betätigung in einer solchen Gemeinschaft. Ferner unterscheiden die Vorschriften nicht nach der Art der religiösen Gemeinschaft, also ob es sich im kirchenrechtlichen Sinne um einen kontemplativen („rein betrachtenden“) oder um einen nicht kontemplativen (also „aktiv tätigen“) Orden handelt.

Die Mitgliedschaft in religiösen Gemeinschaften (vorwiegend katholischen Orden) wird stufenweise erworben. Das Kirchenrecht unterscheidet mit dem Noviziat, der Zeit des zeitlichen Gelübdes (Profess) und der Zeit der ewigen Profess drei Stadien der Ordensmitgliedschaft. Nach dem Eigenrecht vieler Ordensgemeinschaften ist dem Noviziat ein Postulat (Kandidatur oder Vorprüfungszeit) vorgeschaltet. Die Dauer des Postulates ergibt sich aus der Satzung der jeweiligen Gemeinschaft; sie soll wenigstens sechs Monate betragen. Das sich daran anschließende Noviziat dauert mindestens zwölf, jedoch höchstens vierundzwanzig Monate.

Mit der Ablegung des zeitlichen Gelübdes (erste Profess) endet auch die Versicherungspflicht nach den genannten Vorschriften. Unter den Voraussetzungen des § 6 Abs. 1 Nr. 7 SGB V bzw. § 27 Abs. 1 Nr. 4 SGB III tritt anschließend für satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften oder ähnlicher religiöser Gemeinschaften Versicherungsfreiheit in der Kranken- und Arbeitslosenversicherung ein. Aus der Krankenversicherungsfreiheit folgt, daß aufgrund der Betätigung in der Gemeinschaft keine Versicherungspflicht in der Pflegeversicherung besteht.

Das Recht der Rentenversicherung wurde bei diesem Personenkreis durch die GKV-Gesundheitsreform 2000 nicht geändert. Dies war auch nicht notwendig, weil sich hier die Versicherungspflicht der Postulanten und Novizen schon bisher direkt aus § 1 Satz 1 Nr. 4 SGB VI ergab. Für die Meldungen der Postulanten und Novizen durch die geistlichen Genossenschaften oder ähnlichen religiösen Gemeinschaften nach §§ 28a ff. SGB IV in Verb. mit der Datenerfassungs- und -übermittlungsverordnung (DEÜV) ist der Personengruppenschlüssel „102“ zu verwenden (vgl. Anlage 6 der Gemeinsamen Grundsätze für die Datenerfassung und Datenübermittlung zur Sozialversicherung nach § 28b Abs. 2 SGB IV).

## 2 Praktikanten

Durch die Änderung des § 5 Abs. 1 Nr. 10 SGB V werden gegen Arbeitsentgelt beschäftigte Praktikanten, die ein in der Studien- oder Prüfungsordnung vorgeschriebenes Praktikum vor Aufnahme des Studiums oder vor Beginn des Fachschulbesuchs ableisten, wie Arbeitnehmer der Krankenversicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V unterstellt. Dadurch wird eine unterschiedliche versicherungsrechtliche Zuordnung in den einzelnen Versicherungszweigen vermieden. Diese war erforderlich geworden, nachdem das Bundessozialgericht mit Urteil vom 03.02.1994 – 12 RK 78/92 – (USK 9403) entschieden hatte, daß gegen Arbeitsentgelt beschäftigte Praktikanten in der Krankenversicherung auch dann der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 10 SGB V unterliegen, wenn es sich bei dem Praktikum um ein in einer Studien- oder Prüfungsordnung einer Hoch-/Fachhochschule vorgeschriebenes (Vor-)Praktikum handelt und die Tätigkeit berufspraktischen Inhalt hat. Für den versicherungsrechtlichen Status in der Pflegeversicherung gilt wegen der inhaltsgleichen Änderung des § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 10 SGB XI Entsprechendes.

Personen, die eine in Studien- oder Prüfungsordnungen vorgeschriebene berufspraktische Tätigkeit verrichten, ohne daß Arbeitsentgelt erzielt wird, unterliegen weiterhin der Versicherungspflicht in der Kranken- und Pflegeversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 10 SGB V bzw. § 20



Abs. 1 Satz 2 Nr. 10 in Verb. mit Satz 1 SGB XI (vgl. Abschnitt B 2.2.2.1 des Gemeinsamen Rundschreibens der Spitzenverbände der Sozialversicherungsträger vom 06.10.1999 zur versicherungsrechtlichen Beurteilung beschäftigter Studenten, Praktikanten und ähnlicher Personen in der Kranken-, Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung).

In der Renten- und Arbeitslosenversicherung unterliegen Praktikanten, die ein in einer Studien- oder Prüfungsordnung vorgeschriebenes Praktikum absolvieren, aber nicht an einer Hochschule bzw. Fachhochschule immatrikuliert sind, als zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte der Versicherungspflicht nach § 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VI in der Rentenversicherung und nach § 25 Abs. 1 SGB III in der Arbeitslosenversicherung (vgl. Abschnitt B 2.2.2.2 des Gemeinsamen Rundschreibens der Spitzenverbände der Sozialversicherungsträger vom 06.10.1999 zur versicherungsrechtlichen Beurteilung beschäftigter Studenten, Praktikanten und ähnlicher Personen in der Kranken-, Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung).

Für die Meldungen der Praktikanten durch die Arbeitgeber (gegebenenfalls die Ausbildungsstätten) nach §§ 28a ff. SGB IV in Verb. mit der Datenerfassungs- und -übermittlungsverordnung (DEÜV) ist der Personengruppenschlüssel „105“ zu verwenden (vgl. Anlage 6 der Gemeinsamen Grundsätze für die Datenerfassung und Datenübermittlung zur Sozialversicherung nach § 28b Abs. 2 SGB IV). Soweit gegen Arbeitsentgelt beschäftigte Praktikanten über den 31.12.1999 hinaus tätig sind, ist ein Wechsel der Beitragsgruppe durch Ab- und Anmeldung anzuzeigen.

Für die Zahlung der Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung gelten aufgrund der versicherungsrechtlichen Zuordnung dieser Praktikanten zum Kreis der versicherungspflichtigen Arbeitnehmer vom 01.01.2000 an die Vorschriften über den Gesamtsozialversicherungsbeitrag. Beträgt das monatliche Arbeitsentgelt des Praktikanten nicht mehr als 630 DM, trägt der Arbeitgeber die Beiträge allein (§ 249 Abs. 2 Nr. 1 SGB V bzw. § 58 Abs. 5 SGB XI).

### 3 Wehrdienstleistende oder Zivildienstleistende

Nach § 193 Abs. 2 SGB V berührt der Wehrdienst nach § 4 Abs. 1 und § 6b Abs. 1 des Wehrpflichtgesetzes die bei einer Krankenkasse bestehende Mitgliedschaft nicht. Die Regelung stellt sicher, daß durch die Ableistung des Wehrdienstes aufgrund der Wehrpflicht sowie bei freiwilligem zusätzlichem Wehrdienst im Anschluß an den Grundwehrdienst kein versicherungsrechtlicher Nachteil, insbesondere durch das Erlöschen der Mitgliedschaft, eintreten soll. Darüber hinaus soll den familienversicherten Angehörigen des Wehrdienstleistenden der Anspruch auf die Leistungen der Krankenversicherung erhalten bleiben.

Die in § 193 Abs. 2 SGB V (in der bis zum 31.12.1999 geltenden Fassung) verwendete Formulierung ließ allerdings offen, ob die Mitgliedschaft auch dann weiterbesteht, wenn

- der Arbeitnehmer das Arbeitsverhältnis auf den letzten Tag vor der Einberufung oder einige Tage vorher gekündigt hat oder
- ein befristetes Arbeitsverhältnis unmittelbar vor dem Wehrdienst endet und ein neues wegen des Wehrdienstes nicht zustande kommt.

Diese Unklarheit wird durch die Ergänzung des § 193 Abs. 2 SGB V beseitigt. Der neue Satz 2 dieser Vorschrift stellt nunmehr klar, daß die versicherungspflichtige Mitgliedschaft als fortbestehend gilt, wenn die Versicherungspflicht am Tag vor dem Beginn des Wehrdienstes endet oder wenn zwischen dem letzten Tag der Mitgliedschaft und dem Beginn des Wehrdienstes ein Samstag, Sonntag oder gesetzlicher Feiertag liegt. Die klarstellende Regelung trifft in ihrem Hauptanwendungsbereich die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Arbeitnehmer; sie gilt allerdings für alle versicherungspflichtigen Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung. Für den Zivildienst ist sie entsprechend anzuwenden (§ 193 Abs. 3 SGB V).

Für das Fortbestehen der Mitgliedschaft von Wehr- oder Zivildienstleistenden in der Pflegeversicherung ist die Regelung wegen der weitgehenden Gleichheit des versicherten Personenkreises in der Kranken- und Pflegeversicherung analog anzuwenden, ungeachtet dessen, daß das Elfte Buch Sozialgesetzbuch eine ausdrückliche gesetzliche Vorschrift über den Fortbestand des Versicherungsverhältnisses bei Wehrdienst oder Zivildienst nach wie vor nicht enthält.

In der Renten- und Arbeitslosenversicherung bleiben die Regelungen zur Versicherungspflicht für Personen, die Wehrdienst oder Zivildienst leisten, unverändert.

#### 4 Studenten, Praktikanten, Auszubildende ohne Arbeitsentgelt und Auszubildende des Zweiten Bildungswegs

Studenten, Praktikanten sowie die sonstigen in § 5 Abs. 1 Nr. 10 SGB V genannten Personen, die in den alten Bundesländern ein Studium oder Praktikum absolvieren und bei einer Krankenkasse in den neuen Bundesländern familienversichert sind, konnten nach § 309 Abs. 3 SGB V bei einer Krankenkasse in den alten Bundesländern beantragen, daß die Ver-

sicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 9 oder 10 SGB V durchgeführt werden soll. Hierdurch sollte ihnen der Zugang zu den Leistungserbringern am Studien- oder Praktikumsort ermöglicht werden. Da zukünftig auch die Versicherten der Krankenkassen in den neuen Bundesländern einen unbeschränkten Zugang zu den Leistungserbringern in den alten Bundesländern haben (vgl. Streichung des § 311 Abs. 1 SGB V), ist der Grund für diese Antragspflichtversicherung entfallen. Studenten, Praktikanten sowie die sonstigen in § 5 Abs. 1 Nr. 10 SGB V genannten Personen, die in den alten Bundesländern ein Studium oder Praktikum absolvieren und die Voraussetzungen für das Bestehen einer Familienversicherung nach § 10 SGB V bei einer Krankenkasse in den neuen Bundesländern erfüllen, sind aufgrund des § 5 Abs. 7 Satz 1 SGB V immer familienversichert.

## II Versicherungsfreiheit

### § 6 SGB V

#### Versicherungsfreiheit

(1) bis (3) ...

**(3a) Personen, die nach Vollendung des 55. Lebensjahres versicherungspflichtig werden, sind versicherungsfrei, wenn sie in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Versicherungspflicht nicht gesetzlich versichert waren. Weitere Voraussetzung ist, daß diese Personen mindestens die Hälfte dieser Zeit versicherungsfrei, von der Versicherungspflicht befreit oder nach § 5 Abs. 5 nicht versicherungspflichtig waren. Der Voraussetzung nach Satz 2 steht die Ehe mit einer in Satz 2 genannten Person gleich.**

(4) und (5) ...

### § 3a KVLG 1989

#### Versicherungsfreiheit

Versicherungsfrei ist, wer

1. die Voraussetzungen des § 6 Abs. 1 Nr. 1, 2 oder 4 bis 8 oder § 6 Abs. 3a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllt; § 6 Abs. 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt, oder

2. ...

Mit der Neuregelung in § 6 Abs. 3a SGB V, die am 01.07.2000 in Kraft tritt, wird Personen, die nach Vollendung des 55. Lebensjahres versicherungspflichtig werden, der Zugang zur

gesetzlichen Krankenversicherung versperrt, wenn sie unmittelbar zuvor keinen ausreichenden Bezug zur gesetzlichen Krankenversicherung nachweisen können. Der Ausschluß von der Versicherungspflicht (Versicherungsfreiheit) verhindert sowohl den erstmaligen Zugang als auch die Rückkehr in die gesetzliche Krankenversicherung ohne ausreichende Vorversicherungszeiten. Die Regelung dient der gebotenen klaren Abgrenzung zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung zum Schutz der Solidargemeinschaft der gesetzlich Versicherten. Mit der Absenkung der Altersgrenze beim sogenannten PKV-Standardtarif (vgl. Ausführungen unter Abschnitt B IV 3) werden flankierende Maßnahmen getroffen, die auf eine Begrenzung der Prämienbelastung im Alter abzielen und soziale Härten für von der Regelung Betroffene vermeiden sollen.

Die Versicherungsfreiheit für Personen, die nach Vollendung des 55. Lebensjahres versicherungspflichtig werden, tritt kraft Gesetzes ein, wenn in den letzten fünf Jahren vor Beginn der Versicherungspflicht zu keinem Zeitpunkt ein gesetzlicher Krankenversicherungsschutz (Pflichtversicherung, freiwillige Versicherung, Familienversicherung) bestand. Zeiten der „Nichtversicherung“ in der gesetzlichen Krankenversicherung innerhalb des Fünfjahreszeitraums führen aber nicht generell zur Versicherungsfreiheit nach § 6 Abs. 3a SGB V bei Begründung eines Versicherungspflichttatbestandes. Weitere Voraussetzung für die Versicherungsfreiheit ist, daß diese Personen in dem Fünfjahreszeitraum mindestens die Hälfte dieser Zeit (zwei Jahre und sechs Monate)

- versicherungsfrei,
- von der Versicherungspflicht befreit oder
- wegen § 5 Abs. 5 SGB V nicht versicherungspflichtig waren.

Dabei steht der Versicherungsfreiheit, der Befreiung von der Versicherungspflicht oder der Nichtversicherung wegen einer hauptberuflich selbständigen Erwerbstätigkeit die Ehe mit einer Person, die diese Voraussetzungen erfüllt, gleich. Das bedeutet beispielsweise, daß auch die Ehegatten von Beamten, hauptberuflich Selbständigen und sonstigen versicherungsfreien Arbeitnehmern durch Aufnahme einer mehr als geringfügigen Beschäftigung nach dem 55. Lebensjahr in der Regel nicht versicherungspflichtig nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V werden.

Die Neuregelung trifft insbesondere ältere Arbeitnehmer, die wegen einer Minderung der Arbeitszeit und des Arbeitsentgelts (z. B. im Rahmen der Altersteilzeitarbeit) die Voraussetzungen der Versicherungsfreiheit nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V nicht mehr erfüllen, sowie nicht gesetzlich krankenversicherte Personen, die arbeitslos werden. Dagegen werden Er-

werbslose, die nach dem Bezug von Sozialhilfe eine versicherungspflichtige Beschäftigung aufnehmen, von der Versicherungsfreiheit nach § 6 Abs. 3a SGB V nicht erfaßt. Gleiches gilt für Personen, die nach einem längeren Auslandsaufenthalt wieder eine versicherungspflichtige Beschäftigung aufnehmen, sowie für Ausländer, die nach Vollendung des 55. Lebensjahres erstmals in der Bundesrepublik Deutschland versicherungspflichtig beschäftigt sind.

Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung, die am 01.07.2000 bereits das 55. Lebensjahr vollendet haben und versicherungspflichtig sind, bleiben weiterhin versicherungspflichtig. Die Neuregelung gilt nur für Personen, die nach Vollendung des 55. Lebensjahres und nach dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der Neuregelung dem Grunde nach versicherungspflichtig würden.

Wegen der Vorbehaltsklausel in § 20 Abs. 1 Satz 1 SGB XI wirkt sich die Versicherungsfreiheit nach § 6 Abs. 3a SGB V auch auf die Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung aus. Das Recht der Renten- und Arbeitslosenversicherung sieht eine entsprechende Versicherungsfreiheit nicht vor.

### **III Befreiung von der Krankenversicherung**

#### **§ 8 SGB V**

##### **Befreiung von der Versicherungspflicht**

**(1) Auf Antrag wird von der Versicherungspflicht befreit, wer versicherungspflichtig wird**

1. ...

1a. **durch den Bezug von Arbeitslosengeld, Arbeitslosenhilfe oder Unterhaltsgeld (§ 5 Abs. 1 Nr. 2) und in den letzten fünf Jahren vor dem Leistungsbezug nicht gesetzlich krankenversichert war, wenn er bei einem Krankenversicherungsunternehmen versichert ist und Vertragsleistungen erhält, die der Art und dem Umfang nach den Leistungen dieses Buches entsprechen,**

2. bis 7. ...

**(2) ...**

Durch das Erste Gesetz zur Änderung des Dritten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze (Erstes SGB III-Änderungsgesetz – 1. SGB III-ÄndG) vom 16.12.1997 (BGBl I S. 2970) ist zum 01.04.1998 für Bezieher von Arbeitslosengeld, Arbeitslosenhilfe, Unterhalts-

geld oder gleichgestellter Leistungen, die in den letzten fünf Jahren vor dem Leistungsbezug nicht gesetzlich krankenversichert waren, erstmalig ein Befreiungsrecht von der Krankenversicherungspflicht eingeräumt worden (vgl. § 8 Abs. 1 Nr. 1a SGB V). Die Befreiung war nicht an das Bestehen eines privaten Krankenversicherungsvertrages gebunden.

Für Leistungsbezieher, die unmittelbar vor Beginn des Leistungsbezugs privat krankenversichert waren und sich von der Krankenversicherungspflicht haben befreien lassen, übernimmt die Bundesanstalt für Arbeit nach § 207a SGB III die für die Dauer des Leistungsbezugs an ein privates Krankenversicherungsunternehmen zu zahlenden Beiträge, sofern der private Versicherungsvertrag Leistungen beinhaltet, die der Art (nicht aber dem Umfang) nach den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung entsprechen (vgl. Begründung zu § 207a SGB III, Bundestags-Drucksache 13/8012 S. 21).

In der Praxis hat sich gezeigt, daß von der Befreiungsmöglichkeit nach § 8 Abs. 1 Nr. 1a SGB V auch Personen Gebrauch gemacht haben, für die kein ausreichender Krankenversicherungsschutz, insbesondere hinsichtlich des bei längerdauernder Arbeitsunfähigkeit entstehenden Einkommensausfalls, in der privaten Krankenversicherung bestand.

Mit der Ergänzung des § 8 Abs. 1 Nr. 1a SGB V werden die Voraussetzungen für die Befreiung von der Versicherungspflicht aufgrund des SGB III-Leistungsbezugs zum 01.01.2000 präzisiert. Eine Befreiung von der Krankenversicherungspflicht ist künftig nur noch möglich, wenn der Antragsteller den Nachweis erbringt, daß er bei einem Krankenversicherungsunternehmen versichert ist und Vertragsleistungen erhält, die der Art und dem Umfang nach den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung gleichwertig sind.

Die Gleichwertigkeit des Versicherungsschutzes im Sinne des § 8 Abs. 1 Nr. 1a SGB V setzt voraus, daß der Versicherungsvertrag solche Leistungen enthält, die das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch zur Behandlung einer Krankheit für gesetzlich Krankenversicherte vorsieht. Dabei tritt an die Stelle der Sachleistungen eine der Höhe nach gleiche Kostenerstattung. Ein der Art und dem Umfang nach adäquater Versicherungsschutz ist in der privaten Krankenversicherung nur im Rahmen einer Krankheitskostenvollversicherung erreichbar. Ein entsprechender Versicherungsvertrag muß neben der standardmäßig erfaßten ärztlichen und zahnärztlichen Behandlung sowie der Krankenhausbehandlung insbesondere auch einen bei Arbeitsunfähigkeit vom Beginn der siebten Woche an entstehenden Einkommensausfall (Krankentagegeldversicherung) umfassen. Die Absicherung muß ferner vom Beginn des SGB III-Leistungsbezugs an nicht nur für den von der Versicherungspflicht Befreiten selbst,

sondern auch für seine Angehörigen, für die bei Versicherungspflicht eine Familienversicherung nach § 10 SGB V bestünde, entsprechende Leistungen vorsehen.

Der Antragsteller hat gegenüber der Krankenkasse nachzuweisen, daß der Versicherungsvertrag Vertragsleistungen enthält, die der Art und dem Umfang nach den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung im Sinne des § 8 Abs. 1 Nr. 1a SGB V gleichwertig sind. Die privaten Krankenversicherungsunternehmen stellen hierüber entsprechende Nachweise/Bescheinigungen zur Vorlage bei der Krankenkasse aus.

Befreiungen, die bis zum 31.12.1999 aufgrund des § 8 Abs. 1 Nr. 1a SGB V in der bis dahin geltenden Fassung ausgesprochen wurden, behalten für die Dauer des Leistungsbezugs – unabhängig von einem eventuellen Wechsel der Leistungsart – ihre Wirksamkeit.

#### **IV Freiwillige Krankenversicherung**

##### **§ 9 SGB V**

##### **Freiwillige Versicherung**

###### **(1) Der Versicherung können beitreten**

1. ...
2. **Personen, deren Versicherung nach § 10 erlischt oder nur deswegen nicht besteht, weil die Voraussetzungen des § 10 Abs. 3 vorliegen, wenn sie oder der Elternteil, aus dessen Versicherung die Familienversicherung abgeleitet wurde, die in Nummer 1 genannte Vorversicherungszeit erfüllen,**
3. **Personen, die erstmals eine Beschäftigung aufnehmen und nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 versicherungsfrei sind; Beschäftigungen vor oder während der beruflichen Ausbildung bleiben unberücksichtigt,**
4. und 5. ...

###### **(2) ...**

##### **§ 6 KVLG 1989**

##### **Freiwillige Versicherung**

###### **(1) Der Versicherung können beitreten**

1. ...

2. **Personen, deren Versicherung nach § 7 erlischt oder nur deswegen nicht besteht, weil die Voraussetzungen des § 10 Abs. 1 Nr. 4 oder Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vorliegen, wenn sie oder der Elternteil, aus dessen Versicherung die Familienversicherung abgeleitet wurde, die in Nummer 1 genannte Vorversicherungszeit erfüllen.**

(2) ...

#### 1 Beitrittsrecht für Familienangehörige

Das Recht zur freiwilligen (Weiter-)Versicherung ist für Personen, die aus der Versicherungspflicht ausscheiden, nach § 9 Abs. 1 Nr. 1 SGB V bzw. § 6 Abs. 1 Nr. 1 KVLG 1989 an die Erfüllung bestimmter Vorversicherungszeiten im System der gesetzlichen Krankenversicherung geknüpft. Dadurch soll das Solidaritätsprinzip gestärkt und die Versichertengemeinschaft vor unzumutbaren Belastungen geschützt werden. Für Angehörige von Mitgliedern, die aus der Familienversicherung ausscheiden, wird bisher eine entsprechende Vorversicherungszeit als Voraussetzung für den freiwilligen Beitritt zur Versicherung nicht verlangt. Dies hat häufig dazu geführt, daß das Mitglied mangels ausreichender Vorversicherungszeiten der freiwilligen Versicherung nicht beitreten konnte, dem Familienangehörigen – dessen Versicherung aus der des Mitglieds abgeleitet wurde – dieses Recht jedoch zugestanden werden mußte.

Mit der Änderung des § 9 Abs. 1 Nr. 2 SGB V bzw. § 6 Abs. 1 Nr. 2 KVLG 1989 wird eine entsprechende Angleichung vorgenommen. Angehörige von Mitgliedern, deren Familienversicherung erlischt, können vom 01.01.2000 an der Versicherung als freiwilliges Mitglied nur dann beitreten, wenn sie in den letzten fünf Jahren vor dem Ausscheiden mindestens 24 Monate oder unmittelbar vor dem Ausscheiden ununterbrochen mindestens zwölf Monate versichert waren; Zeiten der Mitgliedschaft nach § 189 SGB V oder § 23 KVLG 1989 (Rentenantragstellermitgliedschaft) werden nicht berücksichtigt.

Eine Ausnahme besteht für familienversicherte Kinder, deren Elternteil vor Erfüllung der Vorversicherungszeiten durch das Kind aus der gesetzlichen Krankenversicherung ausscheidet. In diesen Fällen ist die geforderte Vorversicherungszeit erfüllt, wenn der Elternteil, aus dessen Mitgliedschaft die Familienversicherung abgeleitet wurde, sie erfüllt. Liegen die Voraussetzungen der Familienversicherung mehrfach vor (vgl. § 10 Abs. 5 SGB V), besteht ein Beitrittsrecht nach § 9 Abs. 1 Nr. 2 SGB V bzw. § 6 Abs. 1 Nr. 2 KVLG 1989 auch dann, wenn der andere Elternteil die Vorversicherungszeit erfüllt. Das Beitrittsrecht steht auch Kindern (Neugeborenen) zu, deren Familienversicherung nur deswegen nicht besteht, weil die Vor-



aussetzungen des § 10 Abs. 3 SGB V vorliegen, wenn der gesetzlich krankenversicherte Elternteil die geforderte Vorversicherungszeit nachweisen kann.

Die vorstehenden Ausführungen gelten nicht nur bei einem durch die Beendigung der Mitgliedschaft des Elternteils bedingten Ausscheiden aus der Familienversicherung, sondern auch, wenn das Kind ohne ausreichende Vorversicherungszeit aus der Familienversicherung ausscheidet, aber ein Elternteil die Vorversicherungszeit erfüllt.

## 2 Beitrittsrecht für Berufsanfänger

Durch die Ergänzung des § 9 Abs. 1 Nr. 3 SGB V um einen Halbsatz, wonach Beschäftigungen vor oder während der beruflichen Ausbildung unberücksichtigt bleiben, wird klargestellt, daß das Beitrittsrecht für höherverdienende Arbeitnehmer, die erstmals eine Beschäftigung aufnehmen (Berufsanfänger), nicht dadurch verwirkt ist, daß im Rahmen der beruflichen Ausbildung bereits Tätigkeiten ausgeübt wurden.

Der Begriff der beruflichen Ausbildung wird im Sozialgesetzbuch nicht näher definiert. Nach § 1 Abs. 2 des Berufsbildungsgesetzes hat die berufliche Ausbildung – als Teil der Berufsbildung im Sinne dieses Gesetzes – eine breit angelegte berufliche Grundbildung und die für die Ausübung einer qualifizierten beruflichen Tätigkeit notwendigen fachlichen Fertigkeiten und Kenntnisse in einem geordneten Ausbildungsgang zu vermitteln. Sie hat ferner den Erwerb der erforderlichen Berufserfahrungen zu ermöglichen. Zu der beruflichen Ausbildung im Sinne des § 9 Abs. 1 Nr. 3 SGB V zählt aber nicht nur die betriebliche, sondern auch die schulische Berufsausbildung nach den Gesetzen und Ordnungen der Länder sowie die Ausbildung in einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis. Die Gesetzesbegründung führt beispielhaft auf, daß Beschäftigungen als Schüler, während eines Studiums oder als Beamter auf Widerruf zur Vorbereitung auf das zweite juristische Staatsexamen unberücksichtigt bleiben sollen, d. h. als Beschäftigungen vor oder während der beruflichen Ausbildung zu qualifizieren sind.

Als Beschäftigung während der beruflichen Ausbildung ist auch die im Rahmen der ärztlichen Ausbildung nach dem Medizinstudium abzuleistende achtzehnmonatige Tätigkeit als Arzt im Praktikum anzusehen (vgl. § 1 Abs. 2 Nr. 2, §§ 34a ff. der Approbationsordnung für Ärzte). Auch der Rahmen der Ausbildung für Lehrämter an öffentlichen Schulen abzuleistende (nach Landesrecht geregelte) Vorbereitungsdienst ist als Beschäftigung während der beruflichen Ausbildung zu werten.

## V Familienversicherung

### § 10 SGB V

#### Familienversicherung

(1) Versichert sind der Ehegatte und die Kinder von Mitgliedern, wenn diese Familienangehörigen

1. ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben,
2. nicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 bis 8, 11 oder 12 oder nicht freiwillig versichert sind,
3. nicht versicherungsfrei oder nicht von der Versicherungspflicht befreit sind; dabei bleibt die Versicherungsfreiheit nach § 7 außer Betracht,
4. nicht hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind und
5. kein Gesamteinkommen haben, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Viertes Buches überschreitet; bei Renten wird der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt.

Eine hauptberufliche selbständige Tätigkeit im Sinne des Satzes 1 Nr. 4 ist nicht deshalb anzunehmen, weil eine Versicherung nach § 1 Abs. 3 des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte vom 29. Juli 1994 (BGBl I S. 1890, 1891) besteht. Ehegatten sind für die Dauer der Schutzfristen nach § 3 Abs. 2 und § 6 Abs. 1 des Mutterschutzgesetzes sowie des Erziehungsurlaubs nicht versichert, wenn sie zuletzt vor diesen Zeiträumen nicht gesetzlich krankenversichert waren.

(2) bis (6) ...

### § 25 SGB XI

#### Familienversicherung

(1) Versichert sind der Ehegatte und die Kinder von Mitgliedern, wenn diese Familienangehörigen

1. ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben,
2. nicht nach § 20 Abs. 1 Nr. 1 bis 8 oder 11 oder nach § 20 Abs. 3 versicherungspflichtig sind,
3. nicht nach § 22 von der Versicherungspflicht befreit oder nach § 23 in der privaten Pflegeversicherung pflichtversichert sind,
4. nicht hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind und

5. kein Gesamteinkommen haben, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches, mindestens jedoch 630 Deutsche Mark, überschreitet; bei Renten wird der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt.

§ 7 Abs. 1 Satz 3 und 4 und Abs. 2 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte sowie § 10 Abs. 1 Satz 3 des Fünften Buches gelten entsprechend.

(2) bis (4) ...

## § 7 KVLG 1989

### Familienversicherung

(1) ...

(2) Die Satzung kann die Familienversicherung auf sonstige Angehörige erstrecken, die mit dem Versicherten in häuslicher Gemeinschaft leben, von ihm ganz oder überwiegend unterhalten werden, sich gewöhnlich im Inhalt aufhalten und kein Gesamteinkommen haben, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch überschreitet. § 309 Abs. 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt.

## Artikel 21 § 3 GKV-Gesundheitsreform 2000

### Ausschluß der Familienversicherung

Artikel 1 Nr. 6 gilt nicht für Personen, die bei Inkrafttreten dieses Gesetzes bereits familienversichert sind.

1 Familienversicherung für bislang versicherungsfreie Personen

Die Regelung des § 10 Abs. 1 Satz 3 SGB V stellt sicher, daß Personen, die zuletzt vor Beginn der Schutzfristen nach dem Mutterschutzgesetz nicht gesetzlich versichert waren, auch während der Schutzfristen und des anschließenden Erziehungsurlaubs nicht in die gesetzliche Krankenversicherung einbezogen werden. Der Zugang zur Familienversicherung über die Mitgliedschaft des Ehegatten wird damit sachgerechterweise versperrt. Die Regelung war erforderlich geworden, weil eine höherverdienende Arbeitnehmerin mit dem Wegfall des Arbeitsentgelts zu Beginn der Schutzfrist nach Ansicht des Bundessozialgerichts (vgl. Urteil vom 29.06.1993 – 12 RK 48/91 – USK 9390) dem Kreis der nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V versicherungsfreien Personen nicht mehr zuzurechnen ist; mit dem Wegfall der Voraussetzungen für die Versicherungsfreiheit ist demzufolge auch der für die Familienversicherung bislang zur Anwendung gelangende Ausschlußtatbestand nach § 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3

SGB V entfallen. Die Gesetzesänderung stellt die Rechtslage wieder her, die nach überwiegender Rechtsauffassung vor dem genannten Urteil bestanden hat.

Die Ausschlußregelung umfaßt alle Ehegatten, die vor Beginn der Schutzfristen nach dem Mutterschutzgesetz bzw. vor Beginn des Erziehungsurlaubs versicherungsfrei oder von der Versicherungspflicht befreit und nicht gesetzlich krankenversichert waren. Auf vor Beginn der Schutzfristen bzw. des Erziehungsurlaubs freiwillig Krankenversicherte findet § 10 Abs. 1 Satz 3 SGB V keine Anwendung, d. h. mit dem Wegfall des Arbeitsentgelts ist die Familienversicherung beim gesetzlich krankenversicherten Ehegatten möglich. Die freiwillige Mitgliedschaft kann allerdings zur Minderung zusätzlichen Verwaltungsaufwandes, der beim Wechsel von der freiwilligen Versicherung zur Familienversicherung entstehen würde, während des Erziehungsgeldbezugs/Erziehungsurlaubs beitragsfrei fortgeführt werden, wenn keine weiteren beitragspflichtigen Einnahmen vorhanden sind und – dem Grunde nach – ein Anspruch auf Familienversicherung bestünde.

Nach § 6 Abs. 1 Nr. 2 SGB V versicherungsfreie Beamte und sonstige versicherungsfreie Personen bleiben während der Schutzfristen nach dem Mutterschutzgesetz sowie des anschließenden Erziehungsurlaubs – auch wenn sie keine Dienstbezüge erhalten, aber beihilfeberechtigt sind – weiterhin dem beamtenrechtlichen Fürsorgesystem angehörig und damit versicherungsfrei. Die Familienversicherung ist daher wegen § 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V nicht möglich (vgl. auch Urteil des BSG vom 29.06.1993 – 12 RK 91/92 – USK 9391). Das gilt selbst dann, wenn eine landesbeamtenrechtliche Regelung sinngemäß die beihilfegleiche Krankheitsfürsorge während des Erziehungsurlaubs für nachrangig gegenüber einer vermeintlich möglichen Familienversicherung erklärt (vgl. Urteil des BSG vom 18.03.1999 – 12 RK 13/98 R – USK 9902).

Der Zugang zur Familienversicherung von Kindern der Eheleute ist durch die Neuregelung nicht eingeschränkt worden. Kinder, die zuvor mit dem Ehegatten des Mitglieds gemeinsam privat krankenversichert waren, können zu Beginn der Schutzfristen nach dem Mutterschutzgesetz unter den Voraussetzungen des § 10 SGB V familienversichert sein. Dies gilt auch für Neugeborene. Die Ausschlußregelung des § 10 Abs. 3 SGB V steht dem ausnahmsweise nur entgegen, wenn das Gesamteinkommen des mit den Kindern verwandten Ehegatten des Mitglieds trotz des Wegfalls des Arbeitsentgelts regelmäßig im Monat ein Zwölftel der Jahresarbeitsentgeltgrenze übersteigt und regelmäßig höher als das Gesamteinkommen des Mitglieds ist.

In der Pflegeversicherung gilt der Ausschluß privat krankenversicherter Personen gleichermaßen. § 25 Abs. 1 Satz 3 SGB XI ist um einen entsprechenden Verweis auf die Regelung in der Krankenversicherung ergänzt worden.

Personen, die am 31.12.1999 bereits familienversichert sind, bleiben aufgrund einer Besitzstandsregelung (Artikel 21 § 3 GKV-Gesundheitsreform 2000) für die Dauer der Schutzfristen und des anschließenden Erziehungsurlaubs weiterhin familienversichert, sofern die sonstigen Voraussetzungen des § 10 SGB V erfüllt sind. Die Ausschlußregelung des § 10 Abs. 1 Satz 3 SGB V findet für diese Personen keine Anwendung. Eine weitere Schwangerschaft während des Erziehungsurlaubs führt nicht zur Beendigung der Familienversicherung, wenn es nicht zur Arbeitsaufnahme kommt, also Versicherungsfreiheit nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V nicht eintreten kann.

## 2 Einkommensgrenze bei der Familienversicherung in der Pflegeversicherung

Die beitragsfreie Familienversicherung in der Kranken- und Pflegeversicherung ist nach § 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V bzw. § 25 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB XI ausgeschlossen, wenn der Angehörige ein Gesamteinkommen hat, das regelmäßig im Monat die in den alten und neuen Bundesländern maßgebenden Einkommensgrenzen überschreitet. Gesamteinkommen im Sinne dieser Vorschriften ist die Summe der Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (vgl. § 16 SGB IV). Bei Renten wird allerdings aufgrund ausdrücklicher gesetzlicher Bestimmung nicht der steuerrechtlich relevante Ertragsanteil, sondern der Zahlbetrag der Rente berücksichtigt. Dabei bleibt seit dem 01.07.1998 der auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallende Teil des Rentenzahlbetrags außer Ansatz. Dies ergibt sich unmittelbar aus dem Gesetz selbst nur für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 zweiter Halbsatz SGB V). Mit der Änderung des § 25 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB XI wird nun auch gesetzlich klargestellt, daß – ebenso wie in der gesetzlichen Krankenversicherung – auch in der sozialen Pflegeversicherung bei der Ermittlung des für die Familienversicherung maßgebenden Gesamteinkommens der auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallende Teil des Rentenzahlbetrags unberücksichtigt bleibt.

Klarestellt wird ferner, daß die Einkommensgrenze des § 25 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB XI in den neuen Bundesländern 630 DM im Monat beträgt, und zwar solange, bis ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße (Ost) diesen Betrag übersteigt. Für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung ist dies bereits durch das Gesetz zur Neuregelung der geringfügigen Beschäftigungsverhältnisse vom 24.03.1999 (BGBl I S. 388) in § 309 Abs. 6 SGB V festgelegt worden.

### 3 Sonstige Familienangehörige in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung

Mit der Ergänzung des § 7 Abs. 2 KVLG 1989 wird klargestellt, daß die für die Familienversicherung in den neuen Bundesländern maßgebliche Einkommensgrenze nach § 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 in Verb. mit § 309 Abs. 6 SGB V von regelmäßig mindestens 630 DM im Monat auch für die sonstigen Angehörigen gilt, die über die Satzung der jeweiligen landwirtschaftlichen Krankenkasse in die Familienversicherung einbezogen sind.

## VI Beziehungen zur privaten Krankenversicherung

### § 5 SGB V

#### Versicherungspflicht

(1) bis (9) ...

**(10) Kommt eine Versicherung nach den §§ 5, 9 oder 10 nach Kündigung des Versicherungsvertrages nicht zustande oder endet eine Versicherung nach den §§ 5 oder 10 vor Erfüllung der Vorversicherungszeit nach § 9, ist das private Krankenversicherungsunternehmen zum erneuten Abschluß eines Versicherungsvertrages verpflichtet, wenn der vorherige Vertrag für mindestens fünf Jahre vor seiner Kündigung ununterbrochen bestanden hat. Der Abschluß erfolgt ohne Risikoprüfung zu gleichen Tarifbedingungen, die zum Zeitpunkt der Kündigung bestanden haben; die bis zum Ausscheiden erworbenen Alterungsrückstellungen sind dem Vertrag zuzuschreiben. Wird eine gesetzliche Krankenversicherung nach Satz 1 nicht begründet, tritt der neue Versicherungsvertrag am Tag nach der Beendigung des vorhergehenden Versicherungsvertrages in Kraft. Endet die gesetzliche Krankenversicherung nach Satz 1 vor Erfüllung der Vorversicherungszeit, tritt der neue Versicherungsvertrag am Tag nach Beendigung der gesetzlichen Krankenversicherung in Kraft. Die Verpflichtung nach Satz 1 endet drei Monate nach der Beendigung des Versicherungsvertrages, wenn eine Versicherung nach den §§ 5, 9 oder 10 nicht begründet wurde. Bei Beendigung der Versicherung nach den §§ 5 oder 10 vor Erfüllung der Vorversicherungszeiten nach § 9 endet die Verpflichtung nach Satz 1 längstens zwölf Monate nach der Beendigung des privaten Versicherungsvertrages.**

### § 27 SGB XI

#### Kündigung eines privaten Pflegeversicherungsvertrages

Personen, die nach den §§ 20 oder 21 versicherungspflichtig werden und bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen gegen Pflegebedürftigkeit versichert sind, können ihren Versicherungsvertrag mit Wirkung vom Eintritt der Versicherungspflicht an kündigen. Das Kündigungsrecht gilt auch für Familienangehörige, wenn für

sie eine Familienversicherung nach § 25 eintritt. § 5 Abs. 10 des Fünften Buches gilt entsprechend.

## § 2 KVLG 1989

### Pflichtversicherte

(1) bis (7) ...

**(8) Kommt eine Versicherung nach den §§ 2, 6 oder 7 nach Kündigung des Versicherungsvertrages nicht zustande oder endet eine Versicherung nach den §§ 2 oder 7 vor Erfüllung der Vorversicherungszeit nach § 6, ist das private Krankenversicherungsunternehmen zum erneuten Abschluß eines Versicherungsvertrages verpflichtet, wenn der vorherige Vertrag für mindestens fünf Jahre vor seiner Kündigung ununterbrochen bestanden hat. Der Abschluß erfolgt ohne Risikoprüfung zu gleichen Tarifbedingungen, die zum Zeitpunkt der Kündigung bestanden haben; die bis zum Ausscheiden erworbenen Alterungsrückstellungen sind dem Vertrag zuzuschreiben. Wird eine gesetzliche Krankenversicherung nach Satz 1 nicht begründet, tritt der neue Versicherungsvertrag am Tag nach der Beendigung des vorhergehenden Versicherungsvertrages in Kraft. Endet die gesetzliche Krankenversicherung nach Satz 1 vor Erfüllung der Vorversicherungszeit, tritt der neue Versicherungsvertrag am Tag nach Beendigung der gesetzlichen Krankenversicherung in Kraft. Die Verpflichtung nach Satz 1 endet drei Monate nach der Beendigung des Versicherungsvertrages, wenn eine Versicherung nach den §§ 2, 6 oder 7 nicht begründet wurde. Bei Beendigung der Versicherung nach den §§ 2 oder 7 vor Erfüllung der Vorversicherungszeiten nach § 6 endet die Verpflichtung nach Satz 1 längstens zwölf Monate nach der Beendigung des privaten Versicherungsvertrages.**

### Artikel 21 § 2 GKV-Gesundheitsreform 2000

#### Rückkehr in die private Krankenversicherung

**Artikel 1 Nr. 2 und Artikel 7 Nr. 1 gelten nicht für Versicherte, deren privater Krankenversicherungsvertrag vor dem 1. Januar 2000 geendet hat.**

Die Regelung des § 5 Abs. 10 SGB V bzw. § 2 Abs. 8 KVLG 1989 verpflichtet die privaten Krankenversicherungsunternehmen zum erneuten Abschluß eines Versicherungsvertrages mit Personen, die eine private Krankenversicherung in der Annahme einer hinreichenden Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung gekündigt haben oder deren Versicherungspflicht oder Familienversicherung endet, ohne daß die Voraussetzungen für die Fortsetzung der Versicherung nach § 9 Abs. 1 Nr. 1 oder 2 SGB V bzw. § 6 Abs. 1 Nr. 1 oder 2 KVLG 1989 erfüllt sind. Die Verpflichtung zur Wiederaufnahme in die private Krankenversicherung ohne Risikoprüfung und zu den Tarifbedingungen, die zum Zeitpunkt der Kündigung bestanden haben, setzt voraus, daß der vorherige Vertrag für mindestens fünf Jahre vor sei-

ner Kündigung ununterbrochen bestanden hat. Für den erneuten Abschluß eines privaten Pflegeversicherungsvertrages gilt § 5 Abs. 10 SGB V entsprechend (§ 27 Satz 3 SGB XI).

Für Versicherte, deren privater Krankenversicherungsvertrag vor dem 01.01.2000 geendet hat, gelten die sozialverträglichen Rückkehrmöglichkeiten in die private Krankenversicherung nicht (Artikel 21 § 2 GKV-Gesundheitsreform 2000).

## **B Beitragsrecht**

### **I Beiträge für Postulanten und Novizen**

#### **§ 345 SGB III**

##### **Beitragspflichtige Einnahmen sonstiger Versicherungspflichtiger**

Als beitragspflichtige Einnahme gilt bei Personen,

1. bis 3. ...

**4. die als nicht satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften oder ähnlicher religiöser Gemeinschaften für den Dienst in einer solchen Genossenschaft oder ähnlichen religiösen Gemeinschaft außerschulisch ausgebildet werden, ein Entgelt in Höhe der gewährten Geld- und Sachbezüge,**

**5. und 6. ...**

#### **§ 347 SGB III**

##### **Beitragstragung bei sonstigen Versicherten**

Die Beiträge werden getragen

1. bis 3. ...

**4. für nicht satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften oder ähnlicher religiöser Gemeinschaften während der Zeit der außerschulischen Ausbildung für den Dienst in einer solchen Genossenschaft oder ähnlichen religiösen Gemeinschaft von der geistlichen Genossenschaft oder ähnlichen religiösen Gemeinschaft,**

**5. und 6. ...**



## § 251 SGB V

### Tragung der Beiträge durch Dritte

(1) bis (4a) ...

**(4b) Für Personen, die als nicht satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften oder ähnlicher religiöser Gemeinschaften für den Dienst in einer solchen Genossenschaft oder ähnlichen religiösen Gemeinschaft außerschulisch ausgebildet werden, trägt die geistliche Genossenschaft oder ähnliche religiöse Gemeinschaft die Beiträge.**

(5) ...

Nach § 345 Nr. 4 SGB III werden die Beiträge der Postulanten und Novizen (vgl. Ausführungen unter Abschnitt A I 1) zur Arbeitslosenversicherung nach dem Entgelt in Höhe der gewährten Geld- und Sachbezüge bemessen. Für die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung fehlt eine entsprechende ausdrückliche gesetzliche Regelung. Da Postulanten und Novizen in der Kranken- und Pflegeversicherung als zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte gelten, sind die beitragspflichtigen Einnahmen nach § 226 SGB V bzw. § 57 Abs. 1 SGB XI zu bestimmen. Im Ergebnis werden somit auch die Beiträge zu diesen Versicherungszweigen nach dem Entgelt in Höhe der gewährten Geld- und Sachbezüge bemessen.

Maßgebend ist neben dem Wert für freie Verpflegung (§ 1 SachBezV) der Wert einer freien Unterkunft (§ 3 SachBezV) vermindert um 15 vom Hundert dieses Wertes gemäß § 3 Abs. 2 Nr. 1 SachBezV (Minderung bei Aufnahme in den Arbeitgeberhaushalt oder bei Gemeinschaftsunterkunft) sowie um weitere 15 vom Hundert des Unterkunfts Wertes gemäß § 3 Abs. 2 Nr. 2 SachBezV (Minderung bei Jugendlichen und Auszubildenden). In der Krankenversicherung ist der allgemeine Beitragssatz nach § 241 SGB V maßgebend.

Die Beiträge für Postulanten und Novizen und ähnliche nicht satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften oder ähnlicher religiöser Gemeinschaften sind nach § 347 Nr. 4 SGB III, § 251 Abs. 4b SGB V und § 59 Abs. 1 Satz 1 SGB XI von der geistlichen Genossenschaft oder ähnlichen religiösen Gemeinschaft zu tragen und zusammen mit den Rentenversicherungsbeiträgen an die jeweils zuständige Einzugsstelle zu zahlen.

## II Beiträge aus Entgeltersatzleistungen

### § 235 SGB V

#### Beitragspflichtige Einnahmen von Rehabilitanden, Jugendlichen und Behinderten in Einrichtungen

**(1) Für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 6 versicherungspflichtigen Teilnehmer an berufsfördernden Maßnahmen zur Rehabilitation gilt als beitragspflichtige Einnahmen 80 vom Hundert des Regelentgelts, das der Berechnung des Übergangsgeldes zugrunde liegt. Das Entgelt ist um den Zahlbetrag der Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit sowie um das Entgelt zu kürzen, das aus einer die Versicherungspflicht begründenden Beschäftigung erzielt wird. Bei Personen, die Teilübergangsgeld nach dem Dritten Buch beziehen, ist Satz 2 nicht anzuwenden. Wird das Übergangsgeld, das Verletzten- oder das Versorgungskrankengeld angepaßt, ist das Entgelt um den gleichen Vomhundertsatz zu erhöhen. Für Teilnehmer, die kein Übergangsgeld erhalten, sowie für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 5 Versicherungspflichtigen gilt als beitragspflichtige Einnahmen ein Arbeitsentgelt in Höhe von 20 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches.**

**(2) bis (4) ...**

Die Beiträge zur Krankenversicherung für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 6 SGB V versicherungspflichtigen Rehabilitanden werden grundsätzlich nach 80 v. H. des der Berechnung des Übergangsgeldes zugrunde liegende Regelentgelts bemessen. Eine Kürzung der Beitragsbemessungsgrundlage bei Rehabilitanden, die gleichzeitig eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit beziehen, sieht das bislang geltende Recht nicht vor. Das bedeutet, daß für einen BU-/EU-Rentner, der an einer berufsfördernden Maßnahme zur Rehabilitation teilnimmt und einen Übergangsgeld-Spitzbetrag nach § 24 Abs. 6 SGB VI erhält, sowohl aus dem der Berechnung des ungekürzten Übergangsgeldes zugrunde liegenden Regelentgelt bzw. aus 80 v. H. dieses Wertes als auch aus dem Zahlbetrag der BU-/EU-Rente Krankenversicherungsbeiträge zu zahlen sind.

Durch die Ergänzung des § 235 Abs. 1 Satz 2 SGB V wird für Beitragszeiten vom 01.01.2000 an festgelegt, daß bei Rehabilitanden, die gleichzeitig eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit beziehen, die beitragspflichtigen Einnahmen (80 v. H. des der Berechnung des Übergangsgeldes zugrunde liegendes Regelentgelts) um den Zahlbetrag der BU-/EU-Rente zu kürzen sind.

Für die Beiträge zur Pflegeversicherung gilt die Neuregelung entsprechend (§ 57 Abs. 1 SGB XI in Verb. mit § 235 Abs. 1 Satz 2 SGB V).

### III Beiträge zur freiwilligen Krankenversicherung

#### § 240 SGB V

##### Beitragspflichtige Einnahmen freiwilliger Mitglieder

(1) bis (3) ...

(3 a) Für Versicherte, bei denen am 31. Dezember 1992 § 248 Abs. 2 anzuwenden war, gilt für die Beitragsbemessung aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen § 248 Abs. 1. Satz 1 gilt auch für hinterbliebene Ehegatten der dort genannten Versicherten, wenn ihre Versicherung nach § 10 erlischt und sie der Versicherung beigetreten sind.

(4) Als beitragspflichtige Einnahmen gilt für den Kalendertag mindestens der neunzigste Teil der monatlichen Bezugsgröße. Für freiwillige Mitglieder, die hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind, gilt als beitragspflichtige Einnahmen für den Kalendertag der dreißigste Teil der monatlichen Beitragsbemessungsgrenze (§ 223), bei Nachweis niedrigerer Einnahmen jedoch mindestens der vierzigste Teil der monatlichen Bezugsgröße. Veränderungen der Beitragsbemessung auf Grund eines vom Versicherten geführten Nachweises nach Satz 2 können nur zum ersten Tag des auf die Vorlage dieses Nachweises folgenden Monats wirksam werden. Für freiwillig versicherte Mitglieder, die Schüler einer Fachschule oder Berufsfachschule sind, gilt § 236 in Verbindung mit § 245 Abs. 1 entsprechend. Satz 1 gilt nicht für freiwillige Mitglieder, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Stellung des Rentenantrags mindestens neun Zehntel der zweiten Hälfte dieses Zeitraums Mitglied oder nach § 10 versichert waren; § 5 Abs. 2 Satz 1 gilt entsprechend.

(4a) Für freiwillige Mitglieder kann die Satzung der Krankenkasse die beitragspflichtigen Einnahmen abweichend von Absatz 1 Satz 2 und Absatz 4 regeln, solange für sie und ihre nach § 10 versicherten Familienangehörigen der Anspruch auf Leistungen während eines Auslandsaufenthalts, der durch die Berufstätigkeit des Mitglieds, seines Ehegatten oder eines seiner Elternteile bedingt ist, oder nach § 16 Abs. 1 Nr. 3 ruht; dabei dürfen 10 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches nicht unterschritten werden.

(5) ...

1 Beitragsbemessung für freiwillig versicherte Rentner

Nach § 240 Abs. 4 Satz 1 SGB V gilt als beitragspflichtige Einnahmen in der freiwilligen Krankenversicherung für den Kalendertag mindestens der 90. Teil der monatlichen Bezugsgröße. Durch die Fiktion eines beitragspflichtigen Mindesteinkommens soll ein vertretbarer Ausgleich von Leistung und Gegenleistung bei freiwilligen Mitgliedern erreicht und verhindert werden, daß diese sich zu unangemessen niedrigen Beiträgen versichern können.

Die Bemessung der Beiträge in der freiwilligen Krankenversicherung nach einem unterhalb der Grenze des § 240 Abs. 4 Satz 1 SGB V liegenden Einkommen ist unzulässig. Dies gilt bis zum 31.12.1999 auch für Rentner, die die Voraussetzungen für die Krankenversicherung der Rentner nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 SGB V nicht erfüllen und aufgrund der Einkommenshöhe auch nicht familienversichert sein können, selbst wenn die Rente unter der Mindesteinnahmegrenze liegt. Diese beitragsrechtliche Gleichstellung von freiwillig Versicherten mit Rentenbezug mit den sonstigen freiwillig Versicherten war verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden (vgl. Urteil des Bundessozialgerichts vom 06.11.1997 – 12 RK 61/96 – USK 9735).

Gleichwohl hat der Gesetzgeber mit der Neuregelung des § 240 Abs. 4 Satz 5 SGB V die allgemeine Geltung der Mindesteinnahmegrenze für bestimmte freiwillig versicherte Bezieher einer geringen Rente außer Kraft gesetzt. Dieser Personenkreis soll statt der Zahlung von Mindestbeiträgen künftig nur noch einkommensproportionale Beiträge entrichten.

Die Anwendung der Neuregelung für freiwillige Mitglieder setzt voraus,

- daß ein Rentenanspruch aus der gesetzlichen Rentenversicherung gegeben ist,
- die Rente beantragt wurde und
- eine bestimmte Vorversicherungszeit erfüllt ist.

Die geforderte Vorversicherungszeit ist dann erfüllt, wenn die Person seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Stellung des Rentenanspruches mindestens neun Zehntel der zweiten Hälfte dieses Zeitraums Mitglied oder nach § 10 SGB V bzw. § 7 KVLG 1989 versichert war; dabei steht der erforderlichen Mitgliedszeit bis zum 31.12.1988 die Zeit der Ehe mit einem Mitglied gleich, wenn die mit dem Mitglied verheiratete Person nicht mehr als nur geringfügig beschäftigt oder geringfügig selbständig tätig war.

Hinsichtlich der Bestimmung der Rahmenfrist sowie der Berücksichtigung anrechenbarer Vorversicherungszeiten kann auf die Ausführungen im gemeinsamen Rundschreiben der Spitzenverbände der Krankenkassen und des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger zur Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner (Abschnitt A I 3.3) zurückgegriffen werden. Im Unterschied zur Berücksichtigung anrechenbarer Zeiten beim Zugang zur Krankenversicherung der Rentner sind im Rahmen des § 240 Abs. 4 Satz 5 SGB V auch Zeiten der freiwilligen Mitgliedschaft, Zeiten der Familienversicherung aufgrund einer freiwilligen Mitgliedschaft des Stammversicherten und Ehezeiten mit einem freiwilligen Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung zu berücksichtigen.

Die Prüfung der Vorversicherungszeit aufgrund der Neuregelung des § 240 Abs. 4 Satz 5 SGB V ist in Bestandsfällen bei Rentenanträgen nach dem 31.12.1993 von Bedeutung. Bei Personen, die bereits Rente beziehen und die Rente in der Zeit vom 01.01.1994 bis zum 31.12.1999 beantragt haben, gilt als Ende der Rahmenfrist der Tag der Rentenantragstellung. Ist hiernach die Vorversicherungszeit erfüllt, ist vom 01.01.2000 an eine Beitragsbemessung nach § 240 Abs. 4 Satz 5 SGB V möglich.

Die Neuregelung setzt die Beitragsbemessung nach Mindesteinnahmen im Sinne des § 240 Abs. 4 Satz 1 SGB V außer Kraft. Wird ausschließlich eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung bezogen oder sind daneben noch weitere Einkünfte vorhanden, die – insgesamt – die Mindesteinnahmegränze des § 240 Abs. 4 Satz 1 SGB V nicht erreichen, sind nur bis zur Höhe der tatsächlich vorhandenen Einnahmen Beiträge zur freiwilligen Krankenversicherung zu erheben. § 240 Abs. 5 SGB V bleibt unberührt. Für freiwillige Mitglieder, deren Beiträge nach anderen Grundlagen (z. B. § 240 Abs. 4 Satz 2 SGB V) bemessen werden, oder für Mitgliedergruppen, für die die Satzung der Krankenkasse besondere Regelungen enthält (z. B. Sozialhilfeempfänger oder Ehegatten, deren Lebensunterhalt überwiegend von Einnahmen des nicht getrennt lebenden Ehegatten bestritten wird), findet § 240 Abs. 4 Satz 5 SGB V keine Anwendung. Für die Beitragsbemessung bei Rentenantragstellern gilt die Regelung ebenfalls nicht.

## 2 Altersprivileg beim Beitragssatz aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen

Bis zum 31.12.1992 sah § 248 Abs. 2 SGB V für freiwillig Versicherte, die das 65. Lebensjahres vollendet haben, eine Beitragserhebung nach dem halben allgemeinen Beitragssatz für Beiträge aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen vor, wenn sie zu diesem Zeitpunkt versichert waren und seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres mindestens neun Zehntel der zweiten Hälfte dieses Zeitraums Mitglied einer Krankenkasse oder mit einem Mitglied verheiratet und nicht mehr als nur geringfügig beschäftigt oder geringfügig selbständig tätig waren (Altersprivileg). Die Vorschrift des § 248 Abs. 2 SGB V wurde zum 01.01.1993 gestrichen. Das Altersprivileg ist aber aus Gründen des Vertrauensschutzes in § 240 Abs. 3a SGB V für die Versicherten erhalten geblieben, bei denen am 31.12.1992 § 248 Abs. 2 SGB V anzuwenden war. Bisher war nach geltendem Recht bei familienversicherten Hinterbliebenen dieser Mitglieder die Bestandschutzregelung nicht anzuwenden, wenn sie selbst erst nach dem 31.12.1992 freiwilliges Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung geworden sind.

Die Neuregelung des § 240 Abs. 3a Satz 2 SGB V bewirkt, daß das Altersprivileg beim Beitragssatz aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen auch für Witwen und Witwer der von der Bestandsschutzregelung erfaßten Personen gilt, wenn sie vor dem Tod des Ehegatten familienversichert waren und der Versicherung als freiwilliges Mitglied beigetreten sind. Sonstige Einkünfte, die die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des freiwilligen Mitglieds bestimmen, werden – auch bei diesen Personen – nach dem (vollen) ermäßigten Beitragssatz bemessen.

Die Regelung gilt grundsätzlich für alle hinterbliebenen Ehegatten, die der Krankenkasse nach dem 31.12.1999 beitreten. Sie gilt aber auch für diejenigen Hinterbliebenen, die bis zum 31.12.1999 volle Beiträge zu zahlen hatten, wenn der verstorbene Ehegatte die Voraussetzungen des § 240 Abs. 3a Satz 1 SGB V erfüllte. Die Beitragsbemessung aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen ist in diesen Fällen zum 01.01.2000 umzustellen.

### 3 Anwartschaftsversicherung bei Auslandsaufenthalt

Für freiwillige Mitglieder, deren Anspruch auf Leistungen während eines beruflichen Auslandsaufenthaltes ruht, erlaubt § 240 Abs. 4a SGB V den Krankenkassen durch Satzungsbestimmung eine Beitragseinstufung unterhalb der Mindestbemessungsgrundlage des § 240 Abs. 4 Satz 1 SGB V vorzusehen. Dabei darf die Bemessungsgrundlage 10 v. H. der monatlichen Bezugsgröße nicht unterschreiten.

Die Absenkung der Bemessungsgrundlage in der beitragsrechtlichen Anwartschaftsversicherung ist nicht nur bei einem vom Mitglied beruflich veranlaßten Auslandsaufenthalt zulässig, sondern auch dann, wenn der Auslandsaufenthalt durch die Berufstätigkeit des Ehegatten oder eines seiner Elternteile bedingt ist. Mit der Änderung des § 240 Abs. 4a SGB V ist eine Klarstellung des gesetzlich Gewollten erfolgt.

## IV Beitragszuschüsse

### § 257 SGB V

#### Beitragszuschüsse für Beschäftigte

(1) ...

(2) Beschäftigte, die nur wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze (§ 6 Abs. 1 Nr. 1) oder auf Grund von § 6 Abs. 3a versicherungsfrei oder die von der Versicherungspflicht befreit und bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind und für sich und ihre Angehörigen, die bei Versicherungspflicht des Beschäftigten nach § 10 versichert wären, Vertragsleistungen beanspruchen können, die der Art nach den Leistungen dieses Buches entsprechen, erhalten von ihrem Arbeitgeber einen Beitragszuschuß. Der Zuschuß beträgt die Hälfte des Betrages, der sich unter Anwendung des durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes der Krankenkassen vom 1. Januar des Vorjahres (§ 245) und der nach § 226 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und § 232 a Abs. 2 bei Versicherungspflicht zugrunde zu legenden beitragspflichtigen Einnahmen als Beitrag ergibt, höchstens jedoch die Hälfte des Betrages, den der Beschäftigte für seine Krankenversicherung zu zahlen hat. Für Personen, die bei Mitgliedschaft in einer Krankenkasse keinen Anspruch auf Krankengeld hätten, sind bei Berechnung des Zuschusses neun Zehntel des in Satz 2 genannten Beitragssatzes anzuwenden. Für Beschäftigte, die Kurzarbeitergeld oder Winterausfallgeld nach dem Dritten Buch beziehen, gilt Absatz 1 Satz 3 mit der Maßgabe, daß sie höchstens den Betrag erhalten, den sie tatsächlich zu zahlen haben. Absatz 1 Satz 2 gilt.

(2a) Der Zuschuß nach Absatz 2 wird ab 1. Juli 1994 für eine private Krankenversicherung nur gezahlt, wenn das Versicherungsunternehmen

1. diese Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betreibt,
2. sich verpflichtet, für versicherte Personen, die das 65. Lebensjahr vollendet haben und die über eine Vorversicherungszeit von mindestens zehn Jahren in einem substitutiven Versicherungsschutz (§ 12 Abs. 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes) verfügen oder die das 55. Lebensjahr vollendet haben, deren jährliches Gesamteinkommen (§ 16 des Vierten Buches) die Jahresarbeitsentgeltgrenze (§ 6 Abs. 1 Nr. 1) nicht übersteigt und über diese Vorversicherungszeit verfügen, einen brancheneinheitlichen Standardtarif anzubieten, dessen Vertragsleistungen den Leistungen dieses Buches bei Krankheit jeweils vergleichbar sind und dessen Beitrag für Einzelpersonen den durchschnittlichen Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung und für Ehegatten insgesamt 150 vom Hundert des durchschnittlichen Höchstbeitrages der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigt, sofern das jährliche Gesamteinkommen der Ehegatten die Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht übersteigt,
- 2a. sich verpflichtet, den brancheneinheitlichen Standardtarif unter den in Nummer 2 genannten Voraussetzungen auch Personen, die das 55. Lebensjahr nicht vollendet haben, anzubieten, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben oder die ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften beziehen; dies gilt auch für Familienangehörige, die bei Versicherungspflicht des Versicherungsnehmers nach § 10 familienversichert wären,
- 2b. sich verpflichtet, auch versicherten Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe haben, sowie deren berücksichtigungsfähigen Angehörigen unter den in Nummer 2 genannten Voraussetzungen einen brancheneinheitlichen Standardtarif anzubieten, dessen die Beihilfe ergänzende Vertragsleistungen den Leistungen dieses Buches bei Krankheit jeweils vergleichbar sind und dessen Beitrag sich aus der Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vomhundertanteils auf den in Nummer 2 genannten Höchstbeitrag ergibt,
- 2c. sich verpflichtet, den brancheneinheitlichen Standardtarif unter den in Nummer 2b genannten Voraussetzungen ohne Berücksichtigung der Vorversiche-

rungszeit, der Altersgrenze und des Gesamteinkommens ohne Risikozuschlag auch Personen anzubieten, die nach allgemeinen Aufnahmeregeln aus Risiko-gründen nicht oder nur zu ungünstigen Konditionen versichert werden könnten, wenn sie das Angebot innerhalb der ersten sechs Monate nach der Feststellung der Behinderung oder der Berufung in das Beamtenverhältnis oder bis zum 31. Dezember 2000 annehmen,

3. sich verpflichtet, den überwiegenden Teil der Überschüsse, die sich aus dem selbst abgeschlossenen Versicherungsgeschäft ergeben, zugunsten der Versicherten zu verwenden,
4. vertraglich auf das ordentliche Kündigungsrecht verzichtet und
5. die Krankenversicherung nicht zusammen mit anderen Versicherungssparten betreibt oder, wenn das Versicherungsunternehmen seinen Sitz in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union hat, den Teil der Prämien, für den Beschäftigte einen Zuschuß nach Absatz 2 erhalten, nur für die Krankenversicherung verwendet.

Der nach Satz 1 Nr. 2 maßgebliche durchschnittliche Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung ist jeweils zum 1. Januar nach dem durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatz der Krankenkassen vom 1. Januar des Vorjahres (§ 245) und der Beitragsbemessungsgrenze (§ 223 Abs. 3) zu errechnen. Der Versicherungsnehmer hat dem Arbeitgeber jeweils nach Ablauf von drei Jahren eine Bescheinigung des Versicherungsunternehmens darüber vorzulegen, daß die Aufsichtsbehörde dem Versicherungsunternehmen bestätigt hat, daß es die Versicherung, die Grundlage des Versicherungsvertrages ist, nach den in Satz 1 genannten Voraussetzungen betreibt.

(2b) Zur Gewährleistung der in Absatz 2a Satz 1 Nr. 2 und 2a bis 2c genannten Begrenzung sind alle Versicherungsunternehmen, die die nach Absatz 2 zuschlußberechtigte Krankenversicherung betreiben, verpflichtet, an einem finanziellen Spitzenausgleich teilzunehmen, dessen Ausgestaltung zusammen mit den Einzelheiten des Standardtarifs zwischen dem Bundesaufsichtsamt für das Versicherungswesen und dem Verband der privaten Krankenversicherung mit Wirkung für die beteiligten Unternehmen zu vereinbaren ist und der eine gleichmäßige Belastung dieser Unternehmen bewirkt. Für in Absatz 2a Satz 1 Nr. 2c genannte Personen, bei denen eine Behinderung nach § 4 Abs. 1 des Gesetzes zur Eingliederung Schwerbehinderter in Arbeit, Beruf und Gesellschaft festgestellt worden ist, wird ein fiktiver Zuschlag von 100 vom Hundert auf die Bruttoprämie angerechnet, der in den Ausgleich nach Satz 1 einbezogen wird.

(2c) bis (4) ...

## § 258 SGB V

### Beitragszuschüsse für andere Personen

In § 5 Abs. 1 Nr. 6, 7 oder 8 genannte Personen, die nach § 6 Abs. 3a versicherungsfrei sind, sowie Bezieher von Übergangsgeld, die nach § 8 Abs. 1 Nr. 4 von der Versicherungspflicht befreit sind, erhalten vom zuständigen Leistungsträger einen Zuschuß zu ihrem Krankenversicherungsbeitrag. Als Zuschuß ist der Betrag zu zahlen, der von dem Leistungsträger als Beitrag bei Krankenversicherungspflicht zu zahlen wäre, höchstens jedoch der Betrag, der an das private Krankenversicherungsunternehmen zu zahlen ist. § 257 Abs. 2a bis 2c gilt entsprechend.



## § 61 SGB XI

### Beitragszuschüsse für freiwillige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und Privatversicherte

(1) bis (4) ...

(5) Die in § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6, 7 oder 8 genannten Personen, für die nach § 23 Versicherungspflicht in der privaten Pflegeversicherung besteht, erhalten vom zuständigen Leistungsträger einen Zuschuß zu ihrem privaten Pflegeversicherungsbeitrag. Als Zuschuß ist der Betrag zu zahlen, der von dem Leistungsträger als Beitrag bei Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung zu zahlen wäre, höchstens jedoch der Betrag, der an das private Versicherungsunternehmen zu zahlen ist.

(6) Der Zuschuß nach den Absätzen 2, 4 und 5 wird für eine private Pflegeversicherung nur gezahlt, wenn das Versicherungsunternehmen:

1. die Pflegeversicherung nach Art der Lebensversicherung betreibt,
2. sich verpflichtet, den überwiegenden Teil der Überschüsse, die sich aus dem selbst abgeschlossenen Versicherungsgeschäft ergeben, zugunsten der Versicherten zu verwenden,
3. die Pflegeversicherung nur zusammen mit der Krankenversicherung, nicht zusammen mit anderen Versicherungssparten betreibt oder, wenn das Versicherungsunternehmen seinen Sitz in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union hat, den Teil der Prämien, für den Berechtigte den Zuschuß erhalten, nur für die Kranken- und Pflegeversicherung verwendet.

(7) Das Krankenversicherungsunternehmen hat dem Versicherungsnehmer eine Bescheinigung darüber auszuhändigen, daß ihm die Aufsichtsbehörde bestätigt hat, daß es die Versicherung, die Grundlage des Versicherungsvertrages ist, nach den in Absatz 6 genannten Voraussetzungen betreibt. Der Versicherungsnehmer hat diese Bescheinigung dem zur Zahlung des Beitragszuschusses Verpflichteten jeweils nach Ablauf von drei Jahren vorzulegen.

(8) ...

1 Beitragszuschüsse für privat krankenversicherte Arbeitnehmer

Nach geltendem Recht erhalten Arbeitnehmer, die nur wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze krankenversicherungsfrei sind oder sich von der Krankenversicherungspflicht haben befreien lassen, nach § 257 Abs. 2 Satz 1 SGB V von ihrem Arbeitgeber einen Zuschuß zu ihrem Krankenversicherungsbeitrag, wenn sie bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind und für sich und ihre Angehörigen, die bei Versicherungspflicht des Arbeitnehmers nach § 10 SGB V versichert wären, Vertragsleistungen be-

ansprechen können, die der Art nach den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung entsprechen.

Vom 01.07.2000 an steht ein Beitragszuschuß nach § 257 Abs. 2 SGB V auch den Arbeitnehmern zu, die die Voraussetzungen der Versicherungsfreiheit nach § 6 Abs. 3a SGB V (vgl. Ausführungen unter Abschnitt A II) erfüllen. Damit wird sichergestellt, daß sich die Arbeitgeber auch bei über 55jährigen Arbeitnehmern, die eine dem Grunde nach krankenversicherungspflichtige Beschäftigung ausüben, aber keinen Zugang zur gesetzlichen Krankenversicherung mehr haben, an der Beitragsaufbringung beteiligen.

Der Zuschuß beträgt die Hälfte des Betrags, der sich unter Anwendung des durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes der Krankenkassen vom 01.01. des Vorjahres und dem Arbeitsentgelt aus der Beschäftigung, das höchstens bis zur Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Krankenversicherung berücksichtigt wird, ergibt. Der Beitragszuschuß ist allerdings begrenzt auf die Hälfte des Betrags, den der Arbeitnehmer für seine private Krankenversicherung aufzuwenden hat.

Hinsichtlich des Beitragszuschusses zur privaten Pflegeversicherung für nach § 6 Abs. 3a SGB V krankenversicherungsfreie Arbeitnehmer treten in § 61 Abs. 2 SGB XI formal keine Änderungen ein. Als Beitragszuschuß wird für diese Personen der Betrag gezahlt, der als Arbeitgeberbeitragsanteil nach § 58 SGB XI bei Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung zu zahlen wäre, höchstens jedoch die Hälfte des Betrags, den der Arbeitnehmer für seine private Pflegeversicherung aufzuwenden hat.

## 2 Beitragszuschüsse für sonstige Personen

Mit der Ergänzung des § 258 SGB V um die in § 5 Abs. 1 Nr. 6, 7 oder 8 SGB V genannten Personen, die nach § 6 Abs. 3a SGB V versicherungsfrei sind, wird erreicht, daß auch Teilnehmer an berufsfördernden Maßnahmen zur Rehabilitation sowie an Berufsfindung oder Arbeitserprobung, Behinderte in Werkstätten für Behinderte oder in Blindenwerkstätten sowie Behinderte in Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen gegenüber dem zuständigen Leistungsträger einen Beitragszuschuß verlangen können. Als Zuschuß ist der Betrag zu zahlen, der von dem Leistungsträger als Beitrag bei Krankenversicherungspflicht zu zahlen wäre, höchstens jedoch der Betrag, der an das private Krankenversicherungsunternehmen zu zahlen ist.

Die vorgenannten Personen erhalten nach § 61 Abs. 5 SGB XI vom zuständigen Leistungsträger ebenfalls einen Zuschuß zu ihrem privaten Pflegeversicherungsbeitrag. Als Zuschuß ist der Betrag zu zahlen, der von dem Leistungsträger als Beitrag bei Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung zu zahlen wäre, höchstens jedoch der Betrag, der an das private Versicherungsunternehmen zu zahlen ist.

### 3 Änderungen beim PKV-Standardtarif

Der Zuschuß des Arbeitgebers nach § 257 Abs. 2 SGB V oder des zuständigen Leistungsträgers nach § 258 SGB V ist seit dem 01.07.1994 daran geknüpft, daß die Verträge mit den privaten Versicherungsunternehmen neben dem Leistungsangebot auch hinsichtlich bestimmter struktureller Kriterien mit der Qualität des Schutzes in der gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbar sind. Dabei sollen die Voraussetzungen des § 257 Abs. 2a SGB V in erster Linie die ausreichende Vorsorge für ältere Versicherte sicherstellen. Die Verpflichtung zur Bildung angemessener Rückstellungen für das Alter wird durch das vorzuhaltende Angebot eines brancheneinheitlichen Standardtarifs mit garantiertem Höchstbeitrag verstärkt.

Durch die Neufassung des § 257 Abs. 2a Satz 1 Nr. 2 SGB V wird das Zugangsalter zum Standardtarif vom 65. Lebensjahr auf das 55. Lebensjahr abgesenkt, um unzumutbare Prämienbelastungen derjenigen Personen, die wegen der Versicherungsfreiheit nach § 6 Abs. 3a SGB V keinen Zugang zur gesetzlichen Krankenversicherung mehr haben, zu vermeiden. Die Voraussetzung im bisherigen Recht, nach der die Vorversicherungszeit von zehn Jahren für den Zugang zum Standardtarif nur mit einem zuschlußberechtigten Versicherungsschutz erfüllt werden konnte, wird durch einen substitutiven Versicherungsschutz (den beispielsweise Selbständige haben) ersetzt. Der Standardtarif begrenzt nunmehr für Ehegatten den Beitrag auf insgesamt 150 v. H. des durchschnittlichen Höchstbeitrags der gesetzlichen Krankenversicherung, vorausgesetzt, das jährliche Gesamteinkommen der Ehegatten übersteigt die Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht.

Rentner und Ruhestandsbeamte können nach § 257 Abs. 2a Satz 1 Nr. 2a SGB V den Standardtarif auch dann in Anspruch nehmen, wenn sie das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Für aktive Beamte schreibt § 257 Abs. 2a Satz 1 Nr. 2b SGB V einen beihilfekonformen Standardtarif vor.

Zur Erlangung des Beitragszuschusses hat der Arbeitnehmer dem Arbeitgeber nach § 257 Abs. 2a Satz 3 SGB V eine Bescheinigung seines Versicherungsunternehmens darüber vorzulegen, daß die Aufsichtsbehörde dem Versicherungsunternehmen bestätigt hat, daß es die

Versicherung, die Grundlage des Versicherungsvertrages ist, nach den vorgenannten Voraussetzungen betreibt. Diese Bescheinigung muß künftig spätestens alle drei Jahre dem Arbeitgeber vorgelegt werden; sie ist zu den Lohnunterlagen zu nehmen.

**V Beiträge der Bundesanstalt für Arbeit an ein privates Krankenversicherungsunternehmen**

**§ 207a SGB III**

**Übernahme von Beiträgen bei Befreiung von der  
Versicherungspflicht in der Kranken- und Pflegeversicherung**

- (1) **Bezieher von Arbeitslosengeld, Arbeitslosenhilfe oder Unterhaltsgeld, die**
- 1. nach § 6 Abs. 3a des Fünften Buches in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungsfrei oder nach § 8 Abs. 1 Nr. 1a des Fünften Buches von der Versicherungspflicht befreit sind,**
  - 2. nach § 22 Abs. 1 des Elften Buches oder nach Artikel 42 des Pflege-Versicherungsgesetzes von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung befreit oder nach § 23 Abs. 1 des Elften Buches bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit versichert sind,**

**haben Anspruch auf Übernahme der Beiträge, die für die Dauer des Leistungsbezugs für eine Versicherung gegen Krankheit oder Pflegebedürftigkeit an ein privates Krankenversicherungsunternehmen zu zahlen sind.**

**(2) und (3) ...**

Die Bundesanstalt für Arbeit übernimmt nach § 207a Abs. 1 SGB III für Leistungsbezieher, die unmittelbar vor Beginn des Leistungsbezugs privat krankenversichert waren und sich gemäß § 8 Abs. 1 Nr. 1a SGB V von der Krankenversicherungspflicht haben befreien lassen, weiterhin die für die Dauer des Leistungsbezugs an das private Krankenversicherungsunternehmen zu zahlen Beiträge. Durch die Einführung qualifizierter Voraussetzungen für die Befreiung von der Krankenversicherungspflicht nach § 8 Abs. 1 Nr. 1a SGB V zum 01.01.2000 (vgl. Ausführungen unter Abschnitt A III) wird gleichzeitig sichergestellt, daß private Krankenversicherungsbeiträge nur dann übernommen werden, wenn der private Krankenversicherungsvertrag Leistungen vorsieht, die der Art und dem Umfang nach den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung gleichwertig sind.

Für Leistungsbezieher, die nach § 6 Abs. 3a SGB V krankenversicherungsfrei sind (Personen, die nach Vollendung des 55. Lebensjahres die Voraussetzungen für eine Versiche-

rungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung erfüllen und zuvor in den letzten fünf Jahren nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren), kommt vom 01.07.2000 an für die Dauer des Leistungsbezugs nach dem SGB III ebenfalls eine Übernahme der an das private Versicherungsunternehmen zu zahlenden Beiträge in Betracht.

Die Höhe der Beiträge ist nach § 207a Abs. 2 SGB III – ebenso wie bei den von der Krankenversicherungspflicht nach § 8 Abs. 1 Nr. 1a SGB V befreiten Leistungsbeziehern – begrenzt auf den Betrag, der bei Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2 SGB V von der Bundesanstalt für Arbeit zu zahlen wäre.

## **C Sonstiges**

### **I Ausübung des Wahlrechts durch Minderjährige**

#### **§ 175 SGB V**

##### **Ausübung des Wahlrechts**

**(1) Die Ausübung des Wahlrechts ist gegenüber der gewählten Krankenkasse zu erklären. Diese darf die Mitgliedschaft nicht ablehnen. Das Wahlrecht kann nach Vollendung des 15. Lebensjahres ausgeübt werden.**

**(2) bis (6) ...**

§ 175 Abs. 1 Satz 3 SGB V stellt klar, daß die rechtswirksame Ausübung des Krankenkassenwahlrechts bereits mit Vollendung des 15. Lebensjahres möglich ist, ohne daß es hierzu einer Mitwirkung des gesetzlichen Vertreters des Minderjährigen bedarf. Die Altersgrenze entspricht derjenigen in § 36 Abs. 1 SGB I. Das Wahlrecht Minderjähriger gilt nicht nur im Rahmen der Versicherungspflicht für zur Berufsausbildung Beschäftigte, sondern auch für andere Versicherungspflichtige sowie für freiwillige Mitglieder. Mit der gesetzlichen Regelung wird auch die von einigen Aufsichtsbehörden vertretene Auffassung, daß bei der Ausübung des Krankenkassenwahlrechts durch Minderjährige die Zustimmung des gesetzlichen Vertreters einzuholen sei, obsolet.

## II Definition der unständigen Beschäftigung

### § 232 SGB V

#### Beitragspflichtige Einnahmen unständig Beschäftigter

(1) und (2) ...

**(3) Unständig ist die Beschäftigung, die auf weniger als eine Woche entweder nach der Natur der Sache befristet zu sein pflegt oder im voraus durch den Arbeitsvertrag befristet ist.**

Mit der Streichung des § 179 SGB V zum 31.12.1995 durch das Gesundheitsstrukturgesetz vom 21.12.1992 (BGBl I S. 2266) ist auch die in Absatz 2 der genannten Vorschrift verwendete Definition des Begriffs der unständigen Beschäftigung im Recht der Krankenversicherung untergegangen. Da allerdings weiterhin besondere Vorschriften für den Personenkreis der unständig Beschäftigten im Mitgliedschafts-, Melde- und Beitragsrecht existieren, wird die bis zum 31.12.1995 verwendete Definition des Begriffs der unständigen Beschäftigung in § 232 SGB V übernommen. Damit wird gleichzeitig erreicht, daß nicht innerhalb eines Versicherungszweiges auf die Vorschriften eines anderen Versicherungszweiges verwiesen werden muß.

## III Rechtskreisabgrenzungen

### § 312 SGB V

#### Organisation der Krankenkassen

(1) bis (7) ...

(7a) ~~gestrichen~~

(7b) ~~gestrichen~~

(8) ...

#### 1 Rechtskreisübergreifende Krankenkassenwahl

Versicherungspflichtige Arbeitnehmer mit Wohnsitz in den alten Bundesländern konnten bis zum 31.12.1995 bei Aufnahme einer Beschäftigung in den neuen Bundesländern nach § 312

Abs. 7a Sätze 1 bis 3 SGB V die Mitgliedschaft bei der Krankenkasse wählen, bei der sie zuletzt vor Aufnahme der Beschäftigung in den alten Bundesländern versichert waren. Die Regelung hatte über diesen Zeitpunkt hinaus allerdings keine Bedeutung mehr, da die §§ 173 bis 177 SGB V für diesen Personenkreis seit dem 01.01.1996 entsprechend anzuwenden sind (§ 312 Abs. 7a Satz 4 SGB V). Die als Folgeänderung zur Aufhebung des § 311 Abs. 1 SGB V veranlaßte komplette Streichung des § 312 Abs. 7a SGB V bewirkt zum 01.01.2000 ebenfalls keine Eingriffe im Recht der Krankenkassenwahl, da die Vorschriften über die Wahlrechte der Mitglieder auch ohne den Umweg des § 312 Abs. 7a Satz 4 SGB V für die bislang von dieser Vorschrift erfaßten Personen weiterhin gelten.

## 2 Rechtskreiszuordnung bei der Berechnung des Beitragszuschusses privat krankenversicherter Arbeitnehmer

Für die bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versicherten Arbeitnehmer hat der Arbeitgeber nach § 257 Abs. 2 Satz 2 SGB V als Beitragszuschuß die Hälfte des Betrags zu zahlen, der sich unter Anwendung des durchschnittlichen allgemeinen Beitragsatzes der Krankenkassen zum 01.01. des Vorjahres und der bei Krankenversicherungspflicht zugrunde zu legenden beitragspflichtigen Einnahmen, begrenzt auf die Beitragsbemessungsgrenze, als Beitrag ergibt. Hinsichtlich des anzuwendenden durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes und bei der Begrenzung der beitragspflichtigen Einnahmen auf die Beitragsbemessungsgrenze sieht das Gesetz keine Bestimmungen vor, in welchen Fällen die Bemessungsfaktoren der alten oder der neuen Bundesländer maßgebend sind.

Für Arbeitnehmer, die ihren Wohnsitz in den alten Bundesländern einschließlich Gesamt-Berlin haben und in den neuen Bundesländern beschäftigt sind, ist nach der bis zum 31.12.1999 geltenden Regelung des § 312 Abs. 7b SGB V der für die alten Bundesländer maßgebende durchschnittliche Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung anzuwenden. Hieran ändert sich durch die Streichung des § 312 Abs. 7b SGB V für Zeiten nach dem 31.12.1999 sachlich nichts.

Welcher Beitragszuschuß maßgebend ist, hängt nach Ansicht der Spitzenverbände der Krankenkassen vom Wohnort des Arbeitnehmers ab (vgl. bereits Ausführungen unter Abschnitt A II 8.1.4 des Gemeinsamen Rundschreibens vom 20.12.1995 zu den Änderungen im Versicherungs-, Beitrags- und Melderecht der Kranken-, Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung zum 01.01.1996). Für Arbeitnehmer, die ihren Wohnsitz in den alten Bundesländern einschließlich Gesamt-Berlin haben und in den neuen Bundesländern beschäftigt sind, ist der für die alten Bundesländer festgestellte durchschnittliche allgemeine Beitrags-

satz der Krankenkassen und das Arbeitsentgelt bis zur Beitragsbemessungsgrenze West zu berücksichtigen. Arbeitnehmer mit Wohnsitz in den neuen Bundesländern haben – auch wenn sie in den alten Bundesländern einschließlich Gesamt-Berlin beschäftigt sind – Anspruch auf einen Beitragszuschuß, der sich unter Anwendung des für die neuen Bundesländer festgestellten durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes der Krankenkassen und des Arbeitsentgelts bis zur Beitragsbemessungsgrenze Ost errechnet.