

Ergebnisniederschrift
über die
Sitzung der Fachkonferenz Beiträge
am 20. März 2019
in Berlin





Spitzenverband



Inhaltsübersicht

	<u>Seite</u>
Top 1 Austritt des Vereinigten Königreichs Großbritannien und Nordirland aus der Europäischen Union; hier: Auswirkungen im Versicherungs- und Beitragsrecht der Kranken- und Pflegeversicherung	5
Top 2 Überarbeitung der Grundsätzlichen Hinweise zur Versicherungsfreiheit von Arbeitnehmern bei Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze	19
Top 3 Überarbeitung der Grundsätzlichen Hinweise zum Begriff der hauptberuflich selbstständigen Erwerbstätigkeit	21
Top 4 Ausschluss der Versicherungspflicht für Personen, die das 55. Lebensjahr vollendet haben; hier: Erfüllung eines Versicherungspflichttatbestandes nach dem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben	23
Top 5 Krankenkassenwahlrecht; hier: Umsetzung der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts vom 11. September 2018 – B 1 KR 10/18 R –, USK 2018-66	27
Top 6 Berücksichtigung von Absetzbeträgen für Kinder bei der Zurechnung von Ehegatteneinkommen im Rahmen der Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder; hier: Umsetzung des Urteils des Bundessozialgerichts vom 15. August 2018 – B 12 KR 8/17 R –, USK 2018-55	33
Top 7 Erweiterung der Zahlstellendatei um weitere Angaben für die Zwecke des Zahlstellen-Beitragsüberwachungsverfahrens	39

Ergebnisniederschrift
Fachkonferenz Beiträge
20. März 2019



Top 1

Austritt des Vereinigten Königreichs Großbritannien und Nordirland aus der Europäischen Union;

hier: Auswirkungen im Versicherungs- und Beitragsrecht der Kranken- und Pflegeversicherung

Sachverhalt:

Am 29. März 2017 unterrichtete das Vereinigte Königreich Großbritannien und Nordirland (GBR) den Europäischen Rat von seiner Absicht, aus der Europäischen Union (EU) auszutreten und leitete damit offiziell das Verfahren nach Artikel 50 des Vertrags über die Europäische Union ein. Danach würde die Mitgliedschaft des GBR in der EU am 30. März 2019, 00:00 Uhr (im Folgenden: Austritt) enden.

Mit dem Ende der Mitgliedschaft des GBR in der EU entfallen auch die Regelungen zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit nach den Verordnungen (EG) Nr. 883/2004, (EG) Nr. 987/2009 sowie (EG) Nr. 859/2003 (in Verbindung mit der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71) als Rechtsgrundlage für die Koordinierung von britischen Leistungen bei Krankheit und Pflegebedürftigkeit sowie weiteren Leistungen der sozialen Sicherheit einerseits mit den entsprechenden Leistungen der verbleibenden EU-Mitgliedstaaten sowie der Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) und der Schweiz andererseits.

Zwar wurde zwischen der Bundesrepublik Deutschland und dem GBR am 20. April 1960 ein Abkommen über Soziale Sicherheit abgeschlossen. Dieses findet derzeit nur in Bezug auf die Isle of Man, ansonsten jedoch keine Anwendung, da es durch den Vorrang der Verordnungen zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit überlagert wird. Ob das Abkommen wieder Geltung erlangt, ist rechtlich umstritten. Selbst im Falle eines Wiederauflebens wäre dieses Abkommen in seinem Anwendungsbereich jedoch nicht deckungsgleich mit den oben genannten Verordnungen: Unter anderem die Pflegeversicherung ist gänzlich nicht erfasst.

Um sozialversicherungsrechtliche Nachteile für Personen zu verhindern, die bis zum Austritt von ihrem Recht auf Freizügigkeit Gebrauch gemacht haben und für die die Rechtsvorschriften der sozialen Sicherheit des GBR zu irgendeinem Zeitpunkt galten oder die sich zum Austrittszeitpunkt im GBR dauerhaft oder vorübergehend aufhielten und dabei den Rechtsvor-

schriften der sozialen Sicherheit der Bundesrepublik Deutschland unterfielen, sind für den Fall des Austritts ohne Austrittsabkommen entsprechende Vorkehrungen zu treffen.

Vor diesem Hintergrund hat die Bundesregierung den Entwurf eines Gesetzes zu Übergangsregelungen in den Bereichen Arbeit, Bildung, Gesundheit, Soziales und Staatsangehörigkeit nach dem Austritt des Vereinigten Königreichs Großbritannien und Nordirland aus der Europäischen Union (BrexitSozSichÜG) vorgelegt. Er ist am 31. Januar 2019 in den Deutschen Bundestag eingebracht (Bundestags-Drucks. 19/7376), im federführenden Ausschuss für Arbeit und Soziales abschließend beraten (Bundestags-Drucks. 19/7960) und am 21. Februar 2019 in Zweiter und Dritter Lesung verabschiedet worden.

Mit dem Gesetz sollen Übergangsregelungen geschaffen werden, die den in besonderem Maße vom Austritt betroffenen Personen unter anderem in den Bereichen der gesetzlichen Kranken- und sozialen Pflegeversicherung eine den supranationalen Regelungen entsprechende Rechtssicherheit im Hinblick auf Versicherungsstatus, Ansprüche und Leistungen vermitteln. Für den Erwerb von Ansprüchen in der Kranken- und Pflegeversicherung von Personen, die bereits vor dem Austritt im Sinne der Verordnungen relevante Zeiten im GBR zurückgelegt haben, sollen diese vor dem Austritt zurückgelegten Zeiten auch nach dem Wegfall der Verordnungen zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (in Bezug auf das GBR) berücksichtigt werden als ob das GBR weiterhin ein Mitgliedstaat der EU wäre. Zudem sollen Personen, die vor dem Austritt in der deutschen gesetzlichen Renten- oder Krankenversicherung oder der sozialen Pflegeversicherung versichert waren, nicht allein auf Grund des Austritts ihren Versicherungsstatus verlieren oder unfreiwillig einer Doppelversicherungspflicht unterliegen. Die Lücke in der Gesundheitsversorgung, die für Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung durch den Austritt und die dadurch entfallende Sachleistungsaushilfe entsteht, soll durch eine Regelung zur Kostenerstattung (§ 13 BrexitSozSichÜG) geschlossen werden.

Parallel zum vorgenannten nationalen Gesetzgebungsverfahren hat die Europäische Kommission am 30. Januar 2019 Notfallmaßnahmen im Bereich der Koordinierung der sozialen Sicherheit vorgelegt (COM(2019) 53 final), die darauf abzielen, die Ansprüche der EU-Bürgerinnen und Bürger zu wahren, die vor dem Austrittsdatum ihr Recht auf Freizügigkeit wahrgenommen haben. Hierfür sollen Sachverhalte, Ereignisse sowie Versicherungszeiten,



Beschäftigungszeiten und Wohnzeiten berücksichtigt werden, die zurückgelegt wurden, als das GBR noch Mitglied der EU war. Bestimmte Grundsätze der Verordnungen über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit wie die Gleichstellung von Sachverhalten, die Zusammenrechnung von Zeiten und die Gleichbehandlung sollen insofern für die betroffenen Personen weiter gelten. Wenn die Verordnung zur Einführung von Notfallmaßnahmen im Bereich der Koordinierung der sozialen Sicherheit in Kraft tritt, hat sie unmittelbare Wirksamkeit in den einzelnen Mitgliedstaaten und Anwendungsvorrang gegenüber nationalem Recht.

Der GKV-Spitzenverband gibt einen Überblick über die Auswirkungen eines ungeordneten Austritts im Versicherungs- und Beitragsrecht der Kranken- und Pflegeversicherung. Der Überblick stellt auf die typischen Versichertengruppen ab.

1. Allgemeines

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt (20. März 2019) ist nach wie vor offen, welches Szenario nach dem 29.03.2019 eintreten wird. Als recht wahrscheinlich gilt, dass das GBR eine Verlängerung der Austrittsfrist beantragen wird. Über diesen Verlängerungsantrag werden die übrigen Mitgliedstaaten der EU voraussichtlich beim EU-Gipfel am 21./22. März 2019 entscheiden.¹

Die nachfolgenden Ausführungen beziehen sich auf den Fall eines ungeordneten Austritts, das heißt eines Austritts ohne wirksames Austrittsabkommen („No-Deal-Brexit“). Grundlage für die Durchführung der Kranken- und Pflegeversicherung ist dann grundsätzlich das nationale (deutsche) Recht einschließlich des BrexitSozSichÜG. Angesichts dessen, dass derzeit nicht klar ist, ob das Abkommen über Soziale Sicherheit von 1960 wieder Geltung erlangt, wird hierauf nur am Rande eingegangen. Die von der Europäischen Kommission vorgelegten Notfallmaßnahmen im Bereich der Koordinierung der sozialen Sicherheit haben im Versicherungs- und Beitragsrecht eher geringe Auswirkungen; hierauf wird nachfolgend nicht näher eingegangen.

¹ Nach dem Beschluss des Europäischen Rats vom 22. März 2019 über die Fristverlängerung zum Brexit ist neues Austrittsdatum der 22. Mai 2019, vorausgesetzt, das britische Parlament stimmt dem Austrittsabkommen bis zum 29. März 2019 zu. Geschieht dies nicht, so sind die Staats- und Regierungschefs der EU mit einer Verlängerung der Frist bis zum 12. April 2019 einverstanden. Sie erwarten vom GBR vor diesem Datum Angaben zum weiteren Vorgehen.

2. Arbeitnehmer

Es geht um Arbeitnehmer, die ihre Beschäftigung im GBR (bei Mehrfachbeschäftigten ihre gewöhnlichen Beschäftigungen im GBR und in Deutschland und ggf. in weiteren Mitgliedsstaaten) ausüben und auf der Grundlage der Koordinierungsregelungen (Artikel 11 bis 16 VO (EG) 883/2004) den deutschen Rechtsvorschriften über soziale Sicherheit unterstellt sind.

2.1 Versicherungspflichtige Arbeitnehmer

a) Von Deutschland in das GBR entsandte Arbeitnehmer

- Ø Die Versicherungspflicht von Arbeitnehmer richtet sich entsprechend dem Beschäftigungsstaatprinzip (§ 3 Nr. 1 SGB IV, Artikel 11 Abs. 3 Buchst. a VO (EG) 883/2004) grundsätzlich nach dem Recht des Staates, in dem die Beschäftigung tatsächlich ausgeübt wird. Für entsandte Arbeitnehmer gelten hiervon abweichende Regelungen.
- Ø Für die unter die Entsenderegelung des Artikels 12 VO (EG) 883/2004 fallenden Arbeitnehmer gilt bis zum Tag vor dem Austritt (xx.xx.2019) das Recht des Entsendestaates (hier: Deutschland).
- Ø Vom Tag des Austritts an (yy.xx.2019) bleiben für entsandte Arbeitnehmer im Sinne der Ausstrahlung (§ 4 SGB IV) die Vorschriften des Entsendestaates, das heißt die deutschen Vorschriften über die Versicherungspflicht, anwendbar. Ein Beitrittsrecht zur gesetzlichen Krankenversicherung nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 BrexitSozSichÜG kommt nicht in Betracht, weil diese Personen nicht aus der gesetzlichen Krankenversicherung ausscheiden.
- Ø Ob (auch) eine Versicherungs- und Beitragspflicht im GBR besteht bzw. eintritt (ggf. in einzelnen Versicherungszweigen), richtet sich nach dem dortigen Recht.
- Ø Sofern die Voraussetzungen einer Entsendung im Sinne der Ausstrahlung (§ 4 SGB IV) nicht vorliegen (z. B. im Fall der Weiterbelastung des Arbeitsentgelts an das aufnehmende Unternehmen im Beschäftigungsstaat GBR bei mehr als kurzfristigem Arbeitsinsatz), finden vom Tag des Austritts an (yy.xx.2019) die deutschen Rechtsvorschriften über die Versicherungspflicht keine Anwendung, da die Beschäftigung nicht in Deutschland ausgeübt wird.
- Ø Für die infolgedessen aus der Versicherungspflicht ausscheidenden Arbeitnehmer kommt ein Beitrittsrecht nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 BrexitSozSichÜG in Betracht, wenn sie ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im GBR haben; in diesen Fällen

ist vom Arbeitgeber ein Beitragszuschuss zur Kranken- und Pflegeversicherung auf der Grundlage des § 10 Nr. 2 und § 18 Satz 1 Nr. 2 BrexitSozSichÜG zu zahlen.

- Ø Für die aus der Versicherungspflicht ausscheidenden Arbeitnehmer, die ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland haben, wird die Versicherung mit dem Tag nach dem Ausscheiden als freiwillige Mitgliedschaft nach § 188 Abs. 4 SGB V (sog. obligatorische Anschlussversicherung) fortgeführt; in diesen Fällen ist vom Arbeitgeber ein Beitragszuschuss zur Kranken- und Pflegeversicherung auf der Grundlage des § 10 Nr. 1 und § 18 Satz 1 Nr. 1 BrexitSozSichÜG zu zahlen.
- Ø Hinweis: Sollte das SV-Abkommen Geltung erlangen, so sind die darin enthaltenen Regelungen zur Entsendung (Artikel 5 Abs. 2 SV-Abkommen) vorrangig zu beachten.

b) Mehrfachbeschäftigte

- Ø Für die unter die Regelung des Artikels 13 VO (EG) 883/2004 fallenden Arbeitnehmer, die gewöhnlich im GBR und in Deutschland (und ggf. in weiteren Mitgliedstaaten) beschäftigt sind, gilt bis zum Tag vor dem Austritt (xx.xx.2019) das Recht des Mitgliedstaates, das der Träger des Wohnortes des Arbeitnehmers festgelegt hat.
- Ø Vom Tag des Austritts an (yy.xx.2019) richtet sich die Versicherungspflicht von Arbeitnehmern bei Ausübung einer Beschäftigung in Deutschland nach deutschem Recht (Beschäftigungsstaatprinzip, § 3 Nr. 1 SGB IV). Für die in Deutschland ausgeübte Beschäftigung gelten damit die deutschen Rechtsvorschriften über die Versicherungspflicht, soweit nicht eine Einstrahlung (§ 5 SGB IV) aus dem GBR vorliegt.
- Ø Ein Beitrittsrecht zur gesetzlichen Krankenversicherung nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 BrexitSozSichÜG kommt nicht in Betracht, weil diese Personen entweder nicht aus der gesetzlichen Krankenversicherung ausscheiden, sofern für sie aufgrund der Festlegung des Wohnortträgers bislang schon deutsches Recht galt, oder aufgrund der in Deutschland ausgeübten Beschäftigung der Versicherungspflicht unterstellt werden.
- Ø Hinweis: Sollte das SV-Abkommen Geltung erlangen, so enthält es keine – dem Artikel 13 VO (EG) 883/2004 vergleichbaren – generellen Regelungen für gewöhnlich in Deutschland und im GBR erwerbstätige Personen. Allerdings gibt es Bestimmungen für Beschäftigte im Transportwesen auf Straße und Schiene (Artikel 5 Abs. 3 SV-Abkommen) und für Besatzungsmitglieder von Schiffen und Flugzeugen (Artikel 8 Abs. 1 SV-Abkommen).



c) Ausnahmereinbarung zur Weitergeltung der deutschen Rechtsvorschriften

- Ø Für Arbeitnehmer, die auf der Grundlage einer Ausnahmereinbarung nach Artikel 16 VO (EG) 883/2004 den deutschen Rechtsvorschriften über soziale Sicherheit unterstellt sind, gilt diese Festlegung der anzuwendenden Rechtsvorschriften bis zum Tag vor dem Austritt (xx.xx.2019).
- Ø Vom Tag des Austritts an (yy.xx.2019) richtet sich die Versicherungspflicht von Arbeitnehmern bei Ausübung einer Beschäftigung in Deutschland nach deutschem Recht (Beschäftigungsstaatprinzip, § 3 Nr. 1 SGB IV). Vom Beschäftigungsstaatprinzip abweichend bleiben für entsandte Arbeitnehmer im Sinne der Ausstrahlung (§ 4 SGB IV) die Vorschriften des Entsendestaates, das heißt die deutschen Vorschriften über die Versicherungspflicht, anwendbar. Damit können Arbeitnehmer, für die eine Ausnahmereinbarung nur deshalb getroffen wurde, weil die Entsendedauer den 24-Monats-Zeitraum des Artikels 12 VO (EG) 883/2004 übersteigt, weiterhin den deutschen Rechtsvorschriften über die Versicherungspflicht unterliegen. Ein Beitrittsrecht zur gesetzlichen Krankenversicherung nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 BrexitSozSichÜG kommt nicht in Betracht, weil diese Personen nicht aus der gesetzlichen Krankenversicherung ausscheiden.
- Ø Ob (auch) eine Versicherungs- und Beitragspflicht im GBR besteht bzw. eintritt (ggf. in einzelnen Versicherungszweigen), richtet sich nach dem dortigen Recht.
- Ø Sofern die Voraussetzungen einer Entsendung im Sinne der Ausstrahlung (§ 4 SGB IV) nicht vorliegen (z. B. bei Abschluss eines Arbeitsvertrages mit dem aufnehmenden Unternehmen im Beschäftigungsstaat GBR), finden vom Tag des Austritts an (yy.xx.2019) die deutschen Rechtsvorschriften über die Versicherungspflicht keine Anwendung, da die Beschäftigung nicht in Deutschland ausgeübt wird.
- Ø Für die infolgedessen aus der Versicherungspflicht ausscheidenden Arbeitnehmer kommt ein Beitrittsrecht nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 BrexitSozSichÜG in Betracht, wenn sie ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im GBR haben; in diesen Fällen ist vom Arbeitgeber ein Beitragszuschuss zur Kranken- und Pflegeversicherung auf der Grundlage des § 10 Nr. 2 und § 18 Satz 1 Nr. 2 BrexitSozSichÜG zu zahlen.
- Ø Für die aus der Versicherungspflicht ausscheidenden Arbeitnehmer, die ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland haben, wird die Versiche-



zung mit dem Tag nach dem Ausscheiden als freiwillige Mitgliedschaft nach § 188 Abs. 4 SGB V (sog. obligatorische Anschlussversicherung) fortgeführt; in diesen Fällen ist vom Arbeitgeber ein Beitragszuschuss zur Kranken- und Pflegeversicherung auf der Grundlage des § 10 Nr. 1 und § 18 Satz 1 Nr. 1 BrexitSozSichÜG zu zahlen.

- Ø Hinweis: Sollte das SV-Abkommen Geltung erlangen, können abweichend von den Bestimmungen über die anwendbaren Rechtsvorschriften Ausnahmereinbarungen getroffen werden (Artikel 10 SV-Abkommen).

2.2 Freiwillig krankenversicherte Arbeitnehmer

- Ø Für freiwillig krankenversicherte Arbeitnehmer gelten die Ausführungen unter Nummer 2.1 grundsätzlich entsprechend. Davon abweichend gilt jedoch nicht das nationale Beschäftigungsstaatprinzip, sondern das Wohnstaatprinzip (§ 3 Nr. 2 SGB IV).
- Ø Die freiwillige Krankenversicherung in Deutschland besteht auch über den Tag des Austritts (yy.xx.2019) hinaus fort, sofern Arbeitnehmer ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland haben.
- Ø Bei Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt im GBR ist eine Fortführung der freiwilligen Krankenversicherung über den Tag des Austritts (yy.xx.2019) hinaus nicht möglich, da das nationale Recht einschließlich des BrexitSozSichÜG für die Anwendung der freiwilligen Versicherung keine Sachverhalts- bzw. Wohnortgleichstellung anordnet.
- Ø Für die aus der freiwilligen Versicherung ausscheidenden Arbeitnehmer mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt im GBR kommt ein Beitrittsrecht nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 BrexitSozSichÜG in Betracht; in diesen Fällen ist vom Arbeitgeber ein Beitragszuschuss zur Kranken- und Pflegeversicherung (§ 10 Nr. 2 und § 18 Satz 1 Nr. 2 BrexitSozSichÜG) zu zahlen.
- Ø Hinweis: Sollte die Notfall-VO Geltung erlangen, wäre eine Sachverhalts- bzw. Wohnortgleichstellung für vor dem Tag des Austritts eingetretene Sachverhalte gegeben, sodass die freiwillige Krankenversicherung ohne Ausübung des Beitrittsrechts nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 BrexitSozSichÜG fortbestehen könnte.

3. Grenzgänger

a) Arbeitnehmer mit Wohnsitz in Deutschland

- Ø Arbeitnehmer, die im GBR beschäftigt sind, ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt aber in Deutschland haben und dorthin täglich oder zumindest einmal wöchentlich zurückkehren, unterliegen nach Artikel 11 Abs. 3 Buchst. a VO (EG) 883/2004 bis zum Tag vor dem Austritt (xx.xx.2019) den Rechtsvorschriften über soziale Sicherheit des Beschäftigungsstaates (hier: GBR).
- Ø Vom Tag des Austritts an (yy.xx.2019) richtet sich die Versicherungspflicht weiterhin nicht nach deutschem Recht, da die Beschäftigung nicht in Deutschland ausgeübt wird (Beschäftigungsstaatprinzip, § 3 Nr. 1 SGB IV).
- Ø Für diese Personen kommt ein Beitrittsrecht zur gesetzlichen Krankenversicherung nach § 6 Abs. 1 Nr. 2 BrexitSozSichÜG in Betracht, da sie am Tag des Austritts (xx.xx.2019) berechtigt waren, auf der Grundlage des bis dahin geltenden Gemeinschaftsrechts (Artikel 17 VO (EG) 883/2004) Sachleistungen im Wohnmitgliedstaat (hier: Deutschland) in Anspruch zu nehmen.

b) Arbeitnehmer mit Wohnsitz im GBR

- Ø Arbeitnehmer, die in Deutschland beschäftigt sind, ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt aber im GBR haben und dorthin täglich oder zumindest einmal wöchentlich zurückkehren, unterliegen nach Artikel 11 Abs. 3 Buchst. a VO (EG) 883/2004 bis zum Tag vor dem Austritt (xx.xx.2019) den Rechtsvorschriften über soziale Sicherheit des Beschäftigungsstaates (hier: Deutschland).
- Ø Vom Tag des Austritts an (yy.xx.2019) richtet sich die Versicherungspflicht weiterhin nach deutschem Recht, da die Beschäftigung in Deutschland ausgeübt wird (Beschäftigungsstaatprinzip, § 3 Nr. 1 SGB IV).
- Ø Ein Beitrittsrecht zur gesetzlichen Krankenversicherung nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 BrexitSozSichÜG kommt nicht in Betracht, weil diese Personen nicht aus der gesetzlichen Krankenversicherung ausscheiden.



4. Rentner

4.1 Versicherungspflichtige Rentner

- Ø Personen mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt im GBR, die nur eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung oder der Alterssicherung der Landwirte beziehen und die Voraussetzungen des § 5 Abs. 1 Nr. 11 bis 12 SGB V bzw. § 2 Abs. 1 Nr. 4 KVLG 1989 erfüllen, sind bis zum Tag vor dem Austritt (xx.xx.2019) den Rechtsvorschriften des für die Zahlung der Rente zuständigen Staates unterstellt (Artikel 25 VO (EG) 883/2004); sie unterliegen somit der deutschen Versicherungspflicht als Rentner (KVdR).
- Ø Diese Personen bleiben über den Tag des Austritts (yy.xx.2019) hinaus in der gesetzlichen Krankenversicherung als Rentner versicherungspflichtig, solange die Voraussetzungen für das Bestehen der Versicherungspflicht mit Ausnahme des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthalts in Deutschland vorliegen (§ 7 Abs. 1 BrexitSozSichÜG).
- Ø Die über den Tag des Austritts (yy.xx.2019) hinaus fortgesetzte versicherungspflichtige Mitgliedschaft endet nach § 8 Abs. 1 BrexitSozSichÜG mit dem Tag der Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthalts aus dem GBR oder mit dem Wirksamwerden der Kündigung nach § 175 Abs. 4 SGB V. Darüber hinaus ist ein jederzeitiges Sonderkündigungsrecht zum Ablauf des Kalendermonats, in dem das Mitglied seine Kündigung erklärt, möglich, wenn innerhalb dieses Zeitraums das Bestehen einer Absicherung im nationalen Gesundheitsdienst (NHS) des GBR nachgewiesen wird (§ 8 Abs. 2 BrexitSozSichÜG).

4.2 Freiwillig krankenversicherte Rentner

- Ø Personen mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt im GBR, die nur eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung oder der Alterssicherung der Landwirte beziehen und die Voraussetzungen des § 5 Abs. 1 Nr. 11 bis 12 SGB V bzw. § 2 Abs. 1 Nr. 4 KVLG 1989 nicht erfüllen, sind bis zum Tag vor dem Austritt (xx.xx.2019) den Rechtsvorschriften des für die Zahlung der Rente zuständigen Staates unterstellt (Artikel 25 VO (EG) 883/2004); sie sind in aller Regel freiwilliges Mitglied einer deutschen Krankenkasse.



- Ø Diese Personen bleiben über den Tag des Austritts (yy.xx.2019) hinaus freiwilliges Mitglied der Krankenkasse (§ 7 Abs. 2 BrexitSozSichÜG); sie gelten kraft gesetzlicher Fiktion als nach § 6 BrexitSozSichÜG der gesetzlichen Krankenversicherung beigetreten, es sei denn, sie erklären innerhalb von 2 Wochen nach Hinweis der Krankenkasse ihren Austritt.
- Ø Die über den Tag des Austritts (yy.xx.2019) hinaus fortbestehende freiwillige Mitgliedschaft endet nach § 8 BrexitSozSichÜG mit dem Tag der Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthalts aus dem GBR oder mit dem Wirksamwerden der Kündigung nach § 175 Abs. 4 SGB V. Darüber hinaus ist ein jederzeitiges Sonderkündigungsrecht zum Ablauf des Kalendermonats, in dem das Mitglied seine Kündigung erklärt, möglich, wenn innerhalb dieses Zeitraums das Bestehen einer Absicherung im nationalen Gesundheitsdienst (NHS) des GBR nachgewiesen wird.

5. Studenten

5.1 Versicherungspflichtige Studenten

- Ø Studierende, die an einer Hochschule im GBR eingeschrieben sind und die Voraussetzungen des § 5 Abs. 1 Nr. 9 SGB V erfüllen, sind angesichts der Sachverhaltsgleichstellung nach Artikel 5 Buchst. b VO (EG) 883/2004, nach der die Einschreibung an einer staatlich anerkannten Hochschule im GBR der Einschreibung an einer staatlich anerkannten deutschen Hochschule gleichsteht, bei Wohnsitz in Deutschland bis zum Tag vor dem Austritt (xx.xx.2019) den Rechtsvorschriften des Wohnstaates unterstellt; sie unterliegen somit der deutschen Versicherungspflicht als Studierende (KVdS).
- Ø Diese Personen bleiben über den Tag des Austritts (yy.xx.2019) hinaus in der gesetzlichen Krankenversicherung als Studierende versicherungspflichtig, solange sie an einer Hochschule im GBR eingeschrieben sind und die weiteren Voraussetzungen für das Bestehen der Versicherungspflicht vorliegen (§ 7a BrexitSozSichÜG).
- Ø Die über den Tag des Austritts (yy.xx.2019) hinaus fortgesetzte versicherungspflichtige Mitgliedschaft endet nach § 8 Abs. 1a BrexitSozSichÜG mit dem Wirksamwerden der Kündigung nach § 175 Abs. 4 SGB V. Darüber hinaus ist ein jederzeitiges Sonderkündigungsrecht zum Ablauf des Kalendermonats, in dem das Mitglied seine Kündigung erklärt, möglich, wenn innerhalb dieses Zeitraums das Bestehen einer Absiche-



nung im nationalen Gesundheitsdienst (NHS) des GBR nachgewiesen wird (§ 8 Abs. 2 BrexitSozSichÜG).

5.2 Familienversicherte Studenten

- Ø Studierende, die an einer Hochschule im GBR eingeschrieben sind und die Voraussetzungen des § 5 Abs. 1 Nr. 9 SGB V erfüllen, aber wegen des Vorrangs der Familienversicherung nicht der Versicherungspflicht als Studierende unterliegen, sind bei Wohnsitz in Deutschland bis zum Tag vor dem Austritt (xx.xx.2019) den Rechtsvorschriften des Wohnstaates unterstellt; sie sind daher familienversichert, sofern die sonstigen Voraussetzungen der Familienversicherung nach § 10 SGB V erfüllt sind.
- Ø Diese Personen bleiben über den Tag des Austritts (yy.xx.2019) hinaus in der gesetzlichen Krankenversicherung familienversichert, solange die Voraussetzungen der Familienversicherung nach § 10 SGB V erfüllt sind; das Vorliegen einer Schul- oder Berufsausbildung im Sinne des § 10 Abs. 2 Nr. 3 SGB V ist gebietsneutral zu verstehen.

5.3 Freiwillig krankenversicherte Studenten

- Ø Studierende, die an einer Hochschule im GBR eingeschrieben sind und weder die Voraussetzungen des § 5 Abs. 1 Nr. 9 SGB V noch die Voraussetzungen der Familienversicherung nach § 10 SGB V erfüllen, sind bei Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt in Deutschland bis zum Tag vor dem Austritt (xx.xx.2019) den Rechtsvorschriften des Wohnstaates unterstellt; sie können daher in der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig versichert sein.
- Ø Diese Personen bleiben über den Tag des Austritts (yy.xx.2019) hinaus freiwilliges Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung; einer ausdrücklichen Anordnung über das Fortbestehen der freiwilligen Mitgliedschaft bedarf es nicht.

6. Familienangehörige von Mitgliedern

- Ø Familienangehörige von Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung, die im Wege des mit dem BrexitSozSichÜG angeordneten Bestandsschutzes nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 oder § 7 oder § 7a über den Tag des Austritts (yy.xx.2019) hinaus weiter in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, bleiben unbeschadet ihres Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthalts familienversichert, sofern die sonstigen Voraussetzungen der Familienversicherung nach § 10 SGB V erfüllt sind.



- Ø Familienangehörige (von Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung, deren Mitgliedschaft nicht im Wege des mit dem BrexitSozSichÜG angeordneten Bestandschutzes, sondern auf anderer Grundlage fortbesteht), die am Tag vor dem Austritt (xx.xx.2019) auf der Grundlage des Gemeinschaftsrechts familienversichert waren, bleiben unbeschadet ihres Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthalts im GBR familienversichert, solange sie ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im GBR aufrechterhalten.

7. Beitrittsrecht nach § 6 BrexitSozSichÜG

- Ø Der freiwilligen Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung können zum einen Personen mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt im GBR beitreten, deren gesetzliche Versicherung in Deutschland (Pflichtversicherung, freiwillige Versicherung, Familienversicherung) am Tag vor dem Austritt (xx.xx.2019) endet, weil infolge des Austritts die Koordinierungsverordnung keine Anwendung mehr findet (Beitritt nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 BrexitSozSichÜG); das Beitrittsrecht kommt beispielsweise für freiwillig krankenversicherte Arbeitnehmer mit Wohnsitz im GBR in Betracht (vgl. Ausführungen unter Nummer 2.2).
- Ø Der freiwilligen Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung können zum anderen Personen mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt in Deutschland beitreten, die am Tag vor dem Austritt (xx.xx.2019) im System der sozialen Sicherheit des GBR im Krankheitsfall abgesichert waren und auf der Grundlage der Koordinierungsverordnung berechtigt waren, in Deutschland Sachleistungen in Anspruch zu nehmen (Beitritt nach § 6 Abs. 1 Nr. 2 BrexitSozSichÜG); das Beitrittsrecht kommt beispielsweise für Arbeitnehmer (Grenzgänger) mit Wohnsitz in Deutschland in Betracht (vgl. Ausführungen unter Nummer 3 Buchstabe a), die bei der Krankenkasse mit der Anspruchsbescheinigung S 1 bzw. E 106 eingeschrieben sind.
- Ø Der Beitritt ist schriftlich innerhalb von 3 Monaten gegenüber der gewählten Krankenkasse zu erklären (§ 6 Abs. 2 BrexitSozSichÜG). Die 3-monatige Beitrittsfrist beginnt grundsätzlich mit dem Tag nach dem Austritt (yy.xx.2019). Im Falle eines wirklichen Beitritts beginnt die Mitgliedschaft grundsätzlich mit dem yy.xx.2019 (§ 6 Abs. 3 BrexitSozSichÜG).
- Ø Für die Wahl der Krankenkasse der nach § 6 BrexitSozSichÜG Beitrittsberechtigten gelten die allgemeinen Regelungen zum Krankenkassenwahlrecht. Danach steht den Beitrittsberechtigten nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 BrexitSozSichÜG, die zuvor versicherungs-



pflichtiges oder freiwilliges Mitglied einer Krankenkasse waren, ein sofortiges Krankenkassenwahlrecht dann offen, wenn die 18-monatige Mindestbindungsfrist erfüllt ist. Die Beitrittsberechtigten nach § 6 Abs. 1 Nr. 2 BrexitSozSichÜG haben ein freies Wahlrecht; sie sind nicht zwingend an die Krankenkasse gebunden, die im Wege der Sachleistungsaushilfe Leistungen zur Verfügung gestellt hat.

Ergebnis:

Die Fachkonferenzteilnehmer nehmen die Ausführungen zur Kenntnis.



Ergebnisniederschrift
Fachkonferenz Beiträge
20. März 2019



Top 2

Überarbeitung der Grundsätzlichen Hinweise zur Versicherungsfreiheit von Arbeitnehmern bei Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze

Sachverhalt:

Das Bundessozialgericht (BSG) hat mit Urteil vom 7. Juni 2018 – B 12 KR 8/16 R –, USK 2018-15, zum Ausscheiden aus der Versicherungspflicht nach § 6 Abs. 4 Satz 2 SGB V entschieden, dass bei der zum Ende des laufenden Kalenderjahres erforderlichen Prognoseentscheidung zur Feststellung des regelmäßigen Jahresarbeitsentgelts für das kommende Kalenderjahr in der Regel das vereinbarte Arbeitsentgelt auf ein zu erwartendes Jahresarbeitsentgelt für das nächste Kalenderjahr hochzurechnen ist. Dabei sind Entgeltveränderungen, die wegen der Mutterschutzfristen im Falle einer Schwangerschaft regelmäßig zu erwarten sind, zu berücksichtigen.

Dieses Urteil bzw. die daraus abzuleitenden Grundsätze zur Feststellung des regelmäßigen Jahresarbeitsentgelts beim Ausscheiden aus der Versicherungspflicht zum Ablauf des Kalenderjahres nach § 6 Abs. 4 Satz 2 SGB V steht bzw. stehen mit den Ausführungen unter Nummer 4.2 in Verb. mit Nummer 2.4 der Grundsätzlichen Hinweise zur Versicherungsfreiheit von Arbeitnehmern bei Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze vom 22. März 2017 nicht in Einklang. Von daher bestand unter den Spitzenorganisationen der Sozialversicherung im Rahmen der Besprechung zu Fragen des gemeinsamen Beitragseinzugs am 21. November 2018 Einvernehmen, die Grundsätzlichen Hinweise an die höchstrichterliche Rechtsprechung anzupassen (vgl. Punkt 1 der Niederschrift über die vorgenannte Besprechung).

Bei dieser Gelegenheit hat der GKV-Spitzenverband auch die Anfang des Jahres 2018 abgestimmte Präzisierung im Umgang mit variablen Arbeitsentgeltbestandteilen, die individuell-leistungsbezogen als übliche Bestandteile des monatlich zufließenden laufenden Arbeitsentgelts gewährt werden, aufgenommen (vgl. Punkt 1 der Niederschrift über die Fachkonferenz Beiträge am 21. März 2018).

Des Weiteren wird unter Nummer 5.1 (erstmalig) beschrieben, dass nicht jede kurzfristige Entgeltminderung die Versicherungsfreiheit enden lässt und insofern zum Eintritt von Versicherungspflicht führt. Eine zeitlich befristete Minderung des laufenden Arbeitsentgelts bei

Ergebnisniederschrift
Fachkonferenz Beiträge
20. März 2019



absehbarer Rückkehr zu den oder annähernd den Verhältnissen vor der Entgeltminderung lässt die Versicherungsfreiheit dann fortbestehen, wenn die Entgeltminderung nur von kurzer Dauer (in der Regel nicht mehr als drei Monate) ist. Dies gilt nicht bei Ausübung einer zeitlich befristeten Beschäftigung während der Elternzeit oder Pflegezeit.

Ergebnis:

Die Fachkonferenzteilnehmer kommen überein, die Grundsätzlichen Hinweise zur Versicherungsfreiheit von Arbeitnehmern bei Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze in der vorliegenden überarbeiteten Fassung (vgl. Anlage) unter dem Datum vom 20. März 2019 zu verabschieden.

Sofern in den Fällen einer zeitlich befristeten Minderung des laufenden Arbeitsentgelts von nur kurzer Dauer (auch von weniger als 3 Monaten) in der Vergangenheit eine Auswirkung auf den Versicherungsstatus angenommen und insofern die Versicherungsfreiheit nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V im Einzelfall beendet wurde, behält es dabei sein Bewenden und soll nicht beanstandet werden.

Anlage



Grundsätzliche Hinweise
Versicherungsfreiheit von
Arbeitnehmern bei Überschreiten
der Jahresarbeitsentgeltgrenze
vom 20. März 2019



Einleitung

Die gesetzliche Krankenversicherung dient der Absicherung der als sozial schutzbedürftig angesehenen Versicherten vor den finanziellen Risiken einer Erkrankung. Dabei findet ein umfassender sozialer Ausgleich zwischen Gesunden und Kranken, vor allem aber zwischen Versicherten mit niedrigen Einnahmen und solchen mit höheren Einnahmen sowie zwischen Alleinstehenden und Personen mit unterhaltsberechtigten Familienangehörigen statt. Um dies zu gewährleisten, hat der Gesetzgeber den Kreis der Versicherungspflichtigen einerseits danach abgegrenzt, welcher Personenkreis für die Begründung einer leistungsfähigen Solidargemeinschaft erforderlich ist, und andererseits danach, welche Personen deren Schutz benötigen. Gegen Arbeitsentgelt beschäftigte Arbeitnehmer sind grundsätzlich versicherungspflichtig in der gesetzlichen Krankenversicherung. Hiervon ausgenommen sind diejenigen Arbeitnehmer, deren regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt die Jahresarbeitsentgeltgrenze (außerhalb der Gesetzesterminologie auch als Versicherungspflichtgrenze bezeichnet) übersteigt. Die Höhe des regelmäßigen Jahresarbeitsentgelts entscheidet damit über den krankenversicherungsrechtlichen Status von Arbeitnehmern. Im dualen Krankenversicherungssystem der Bundesrepublik Deutschland stellt die Jahresarbeitsentgeltgrenze dementsprechend ein wesentliches Instrument zur Systemabgrenzung zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung dar.

Der GKV-Spitzenverband stellt mit den vorliegenden Grundsätzlichen Hinweisen eine Entscheidungshilfe mit empfehlendem Charakter zur Verfügung, die die Voraussetzungen der Versicherungsfreiheit von Arbeitnehmern bei Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze näher beschreibt und insbesondere die Folgen des Über- bzw. Unterschreitens darstellt. Die in den Grundsätzlichen Hinweisen enthaltenen Aussagen dienen der Sicherung einer einheitlichen Rechtsanwendung durch die Krankenkassen. Sie sollen sicherstellen, dass bei gleichgelagerten Sachverhalten unabhängig von der Krankenkassenwahl bzw. -zugehörigkeit gleiche Beurteilungen getroffen oder gleichgerichtete Auskünfte erteilt werden. Losgelöst hiervon entscheidet abschließend allein die Krankenkasse über die Versicherungspflicht oder -freiheit des einzelnen Arbeitnehmers.

Die Grundsätzlichen Hinweise zur Versicherungsfreiheit von Arbeitnehmern bei Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze sind erstmalig unter dem Datum vom 22. März 2017 veröffentlicht worden. Die vorliegende zweite Fassung trägt das Datum vom 20. März 2019. Sie berücksichtigt die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) aus dem Jahr 2018 zur Berücksichtigung von feststehenden oder mit hinreichender Sicherheit absehbaren Entgeltveränderungen im Rahmen der Prognoseentscheidung zur Feststellung des regelmäßigen Jahresarbeitsentgelts zwecks Ausscheiden aus der Versicherungspflicht. Darüber hinaus ist auch die Anfang 2018 innerhalb der GKV abgestimmte Präzisierung im Umgang mit variablen Arbeitsentgeltbestandteilen aufgenom-

men worden. Des Weiteren beinhaltet die vorliegende zweite Fassung Aussagen zu den Auswirkungen einer zeitlich befristeten Minderung des laufenden Arbeitsentgelts von nur kurzer Dauer auf den Versicherungsstatus.

Hinweis:

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf geschlechterspezifische Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen in den Grundsätzlichen Hinweisen gelten daher gleichermaßen für alle Geschlechter.

Inhaltsverzeichnis

1. Allgemeines.....	5
2. Feststellung des regelmäßigen Jahresarbeitsentgelts	5
2.1 Arbeitsentgelt als Berechnungsgrundlage.....	5
2.2 Regelmäßigkeit des Arbeitsentgelts.....	6
2.3 Variable Arbeitsentgeltbestandteile.....	7
2.4 Zuschläge mit Rücksicht auf den Familienstand.....	8
2.5 Vorausschauende Betrachtung der Einkommensverhältnisse	8
2.6 Vereinbarung eines Nettoarbeitsentgelts.....	10
3 Maßgebende Jahresarbeitsentgeltgrenze.....	10
4. Beginn der Versicherungsfreiheit bei Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze	11
4.1 Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze von Beginn der Beschäftigung an.....	11
4.2 Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze im Laufe der Beschäftigung	12
4.3 Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze nach Unterbrechung der Beschäftigung13	
4.4 Ausscheiden aus der gesetzlichen Krankenversicherung	15
5. Ende der Versicherungsfreiheit bei Unterschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze	16
5.1 Minderung des Jahresarbeitsentgelts.....	16
5.2 Anhebung der Jahresarbeitsentgeltgrenze.....	18
5.3 Unterbrechungen des entgeltlichen Beschäftigungsverhältnisses.....	18
5.4 Nachträglich festgestelltes Ende der Versicherungsfreiheit.....	19
6. Folgewirkungen der Versicherungsfreiheit	20
6.1 Auswirkungen der Versicherungsfreiheit auf andere Versicherungstatbestände.....	20
6.2 Auswirkungen der Versicherungsfreiheit auf die landwirtschaftliche Krankenversicherung	21
7. Befreiung von der Versicherungspflicht.....	22
7.1 Voraussetzungen für die Befreiung	22
7.2 Wirkungen der Befreiung.....	23

1. Allgemeines

Die gegen Arbeitsentgelt mehr als geringfügig beschäftigten Arbeitnehmer unterliegen nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V und § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 in Verb. mit Satz 1 SGB XI grundsätzlich der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung und sozialen Pflegeversicherung. Sie sind nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V allerdings krankenversicherungsfrei, wenn ihr regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt die Jahresarbeitsentgeltgrenze übersteigt. Die Krankenversicherungsfreiheit bewirkt, dass aufgrund der Beschäftigung auch keine Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung eintritt. In der Renten- und Arbeitslosenversicherung hat die Höhe des regelmäßigen Jahresarbeitsentgelts für den Versicherungsstatus von Arbeitnehmern dagegen keine Relevanz.

Die Jahresarbeitsentgeltgrenze hat eine doppelte Funktion: Sie grenzt einerseits den Mitgliederkreis der gesetzlichen Krankenversicherung danach ab, welcher Personenkreis zur Bildung einer leistungsfähigen Solidargemeinschaft erforderlich ist. Andererseits definiert sie, welche Personen – in einer stark verallgemeinernden Betrachtungsweise – als schutzbedürftig angesehen werden und der Krankenversicherungspflicht unterliegen. Der Gesetzgeber knüpft mithin die über den Versicherungsstatus zum Ausdruck kommende Schutzbedürftigkeit von Arbeitnehmern an die Einkommensverhältnisse, gemessen an der absoluten Höhe des regelmäßigen Arbeitsentgelts aus der Beschäftigung, ohne dass Art oder Umfang der Beschäftigung dabei von Bedeutung sind. Zur Bestimmung des versicherungsrechtlichen Status ist ein Vergleich des regelmäßigen Arbeitsentgelts auf der Grundlage eines prognostizierten Jahreswertes (vgl. Ausführungen unter Nummer 2) mit der maßgebenden Jahresarbeitsentgeltgrenze (vgl. Ausführungen unter Nummer 3) anzustellen. Überschreitet das regelmäßige Jahresarbeitsentgelt des Arbeitnehmers die Jahresarbeitsentgeltgrenze, tritt Versicherungsfreiheit ein (vgl. Ausführungen unter Nummer 4). Die Versicherungsfreiheit endet bei Unterschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze (vgl. Ausführungen unter Nummer 5).

2. Feststellung des regelmäßigen Jahresarbeitsentgelts

2.1 Arbeitsentgelt als Berechnungsgrundlage

Als Berechnungsgrundlage zur Feststellung des regelmäßigen Jahresarbeitsentgelts ist das regelmäßige Arbeitsentgelt (§ 14 Abs. 1 SGB IV) aus der Beschäftigung, deren Versicherungspflicht bzw. Versicherungsfreiheit zu beurteilen ist, heranzuziehen. Dementsprechend fließen alle Einnahmen, die dem Arbeitnehmer in ursächlichem Zusammenhang mit der Beschäftigung gewährt werden, in die Ermittlung des regelmäßigen Jahresarbeitsentgelts ein. Einnahmen aus einer Beschäftigung, die dem Arbeitsentgelt nicht zuzurechnen sind, insbesondere Zuwendungen nach § 1 Abs. 1 Satz 1 SvEV, bleiben auch bei der Feststellung des regelmäßigen Jahresarbeitsentgelts

unberücksichtigt. Vergütungsbestandteile, die für Zeiten der tatsächlichen Arbeitsleistung in ein Wertguthaben nach § 7b SGB IV eingebracht werden, sind erst für Zeiten der Inanspruchnahme des Wertguthabens dem regelmäßigen Jahresarbeitsentgelt zuzurechnen.

Weitere Einnahmen, die nicht aus einer gegenwärtig ausgeübten Beschäftigung herrühren (z. B. Renten, Versorgungsbezüge, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Kapitalerträge, Unterhaltsleistungen), sind dem regelmäßigen Jahresarbeitsentgelt nicht zuzurechnen (vgl. Urteile des BSG vom 21. September 1993 – 12 RK 39/91 – USK 9360 und vom 23. Juni 1994 – 12 RK 42/92 – USK 9414). Dementsprechend bleibt auch ein Arbeitseinkommen aus einer neben der Beschäftigung ausgeübten selbstständigen Erwerbstätigkeit bei der Feststellung des regelmäßigen Jahresarbeitsentgelts außen vor. Wird neben einer Beschäftigung eine selbstständige Erwerbstätigkeit ausgeübt, ist vielmehr der Versicherungsausschluss nach § 5 Abs. 5 SGB V zu prüfen.

Im Falle der Mehrfachbeschäftigung sind für die Feststellung des regelmäßigen Jahresarbeitsentgelts die regelmäßigen Arbeitsentgelte aus allen Beschäftigungen zusammenzurechnen, wenn die jeweilige Beschäftigung für sich betrachtet zunächst Versicherungspflicht für den Arbeitnehmer begründen würde. Eine Zusammenrechnung der regelmäßigen Arbeitsentgelte findet ebenfalls statt, wenn das regelmäßige Arbeitsentgelt aus einer Beschäftigung (für sich betrachtet) bereits die Jahresarbeitsentgeltgrenze überschreitet; infolge der Zusammenrechnung ist auch in allen weiteren Beschäftigungen von einem Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze auszugehen, sodass die Versicherungsfreiheit nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V auf alle Beschäftigungen ausstrahlt (vgl. Ausführungen unter Nummer 6.1).

Eine Zusammenrechnung des regelmäßigen Arbeitsentgelts aus einer mehr als geringfügigen Beschäftigung mit dem regelmäßigen Arbeitsentgelt aus einer bei einem anderen Arbeitgeber ausgeübten geringfügigen Beschäftigung ist – neben dem Zusammenrechnungsverbot nach § 8 Abs. 2 Satz 1 SGB IV bei Beurteilung der Geringfügigkeit einer Beschäftigung – auch bei der Feststellung des regelmäßigen Jahresarbeitsentgelts nicht statthaft. Dagegen ist das regelmäßige Arbeitsentgelt aus einer mehr als geringfügigen Beschäftigung mit dem regelmäßigen Arbeitsentgelt aus einer zweiten oder weiteren (für sich betrachtet) geringfügig entlohnten Beschäftigung zusammenzurechnen.

2.2 Regelmäßigkeit des Arbeitsentgelts

Zum regelmäßigen Jahresarbeitsentgelt gehören alle Einnahmen, die nach § 14 Abs. 1 SGB IV Arbeitsentgelt im Sinne der Sozialversicherung darstellen und mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit mindestens einmal jährlich gezahlt werden. Neben dem laufenden Arbeitsentgelt sind also auch regelmäßig gewährte Sonderzuwendungen bzw. Einmalzahlungen bei der Ermitt-

lung des Jahresarbeitsentgelts zu berücksichtigen, wenn sie mit hinreichender Sicherheit (z. B. aufgrund eines für allgemein verbindlich erklärten Tarifvertrages) mindestens einmal jährlich erwartet werden können. Das ist z. B. auch dann der Fall, wenn über die Gewährung von Sonderzuwendungen bzw. Einmalzahlungen keine schriftliche Vereinbarung, sondern nur eine mündliche Absprache besteht oder die Gewährung auf Gewohnheit oder betrieblicher Übung beruht. Verzichtet der Arbeitnehmer im Voraus auf die Sonderzuwendung bzw. Einmalzahlung, ist dieser Verzicht – ungeachtet der arbeitsrechtlichen Zulässigkeit eines solchen Verzichts – auch bei der Feststellung des regelmäßigen Jahresarbeitsentgelts zu beachten, sofern er auf künftig fällig werdende Ansprüche gerichtet ist. Ein Verzicht auf künftig fällig werdende Entgeltansprüche liegt auch vor, wenn Arbeitnehmer sich im Rahmen einer ihnen eröffneten Wahloption statt eines tariflichen Zusatzgeldes pro Jahr für zusätzliche freie Arbeitstage entscheiden (z. B. nach dem Tarifabschluss 2018 für die Metall- und Elektro-Industrie). Im Übrigen sind Sonderzuwendungen bzw. Einmalzahlungen bei der Ermittlung des Jahresarbeitsentgelts nur insoweit zu berücksichtigen, als sie aus der zu beurteilenden Beschäftigung resultieren; einmalige Einnahmen aus ruhenden Beschäftigungsverhältnissen (z. B. bei Elternzeit) bleiben außer Betracht.

Ferner sind Vergütungen für vertraglich vorgesehene Bereitschaftsdienste in die Berechnung des regelmäßigen Jahresarbeitsentgelts mit einzubeziehen (vgl. Urteile des BSG vom 9. Dezember 1981 – 12 RK 19/81 – USK 81288 und 12 RK 20/81 – USK 81301). Vergütungen für Überstunden gehören dagegen zu den unregelmäßigen Arbeitsentgeltbestandteilen und sind daher bei der Berechnung des regelmäßigen Jahresarbeitsentgelts außer Betracht zu lassen; etwas anderes gilt lediglich für feste Pauschbeträge, die als Abgeltung für Überstunden regelmäßig zum laufenden Arbeitsentgelt gezahlt werden.

2.3 Variable Arbeitsentgeltbestandteile

Variable Arbeitsentgeltbestandteile gehören – unabhängig davon, ob sie individuell-leistungsbezogen oder unternehmenserfolgsbezogen gezahlt werden – grundsätzlich nicht zum regelmäßigen Arbeitsentgelt, da in aller Regel zum Zeitpunkt der Ermittlung des regelmäßigen Jahresarbeitsentgelts ungewiss ist, ob und gegebenenfalls in welcher Höhe diese Entgeltbestandteile gewährt werden. Besteht hingegen ein Anspruch auf einen Mindestbetrag oder garantierten Anteil an individuell-leistungsbezogenen oder unternehmenserfolgsbezogenen Arbeitsentgeltbestandteilen, sind diese Entgeltbestandteile bei der Ermittlung des regelmäßigen Jahresarbeitsentgelts zu berücksichtigen.

Entsprechend dieser Grundsätze sind auch variable Arbeitsentgeltbestandteile, die in Form von einmalig gezahltem Arbeitsentgelt gewährt werden, angesichts der regelmäßig nicht vorhersehbaren Erfüllung der üblicherweise an sie gestellten Voraussetzungen und mithin der im Vorfeld

ungewissen Gewährung von vornherein nicht dem regelmäßigen Jahresarbeitsentgelt zuzuordnen. Bei ihnen handelt es sich um unregelmäßige Arbeitsentgeltbestandteile, die einer prognostischen Betrachtung bzw. einer Schätzung im Wege einer Durchschnittsbetrachtung nicht zugänglich sind. Hierunter fallen beispielsweise die nachträgliche Zahlung eines (anteiligen) Weihnachtsgeldes in Abhängigkeit vom Geschäftsergebnis des Vorjahres oder die Zahlung einer individuellen Prämie im Rahmen der sogenannten leistungsorientierten Bezahlung.

Variable Arbeitsentgeltbestandteile, die individuell-leistungsbezogen gewährt werden, sind allerdings dann dem regelmäßigen Jahresarbeitsentgelt zuzurechnen, wenn sie üblicherweise Bestandteil des monatlich zufließenden laufenden Arbeitsentgelts sind und dieses insoweit mitprägen. Sofern sich das monatlich zufließende Arbeitsentgelt typischerweise aus einem vertraglich fest vereinbarten Fixum sowie einem erfolgsabhängigen und somit variablen Anteil zusammensetzt, wird das monatliche Arbeitsentgelt auch von dem variablen Anteil dergestalt charakterisiert, dass bei dem variablen Arbeitsentgeltbestandteil gleichermaßen von einem regelmäßigen Arbeitsentgelt auszugehen ist; die Höhe des monatlich zufließenden variablen Arbeitsentgeltbestandteils bzw. dessen Relation zum ggf. vertraglich vereinbarten Fixum ist dabei grundsätzlich nicht von Bedeutung. Bei schwankender Höhe des variablen Arbeitsentgeltbestandteils ist der für die Ermittlung des regelmäßigen Jahresarbeitsentgelts maßgebende Betrag im Wege einer Prognose bzw. vorausschauenden Schätzung zu ermitteln.

2.4 Zuschläge mit Rücksicht auf den Familienstand

Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, bleiben bei der Berechnung des regelmäßigen Jahresarbeitsentgelts nach ausdrücklicher Bestimmung in § 6 Abs. 1 Nr. 1 letzter Satzteil SGB V außer Betracht, obwohl sie Arbeitsentgelt im Sinne der Sozialversicherung sind. Dabei ist nicht Voraussetzung, dass bestimmte Bezüge ausdrücklich als Familienzuschläge bezeichnet sind; es kommt nur darauf an, dass es sich um Entgelte oder Entgeltbestandteile handelt, die an den Familienstand gekoppelt sind. Zwar enthalten viele Tarifverträge heutzutage keine familienbezogenen Entgeltbestandteile mehr; ein im Rahmen einer Besitzstandsregelung gewährter kinderbezogener Familienzuschlag stellt jedoch einen mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlten Zuschlag dar.

2.5 Vorausschauende Betrachtung der Einkommensverhältnisse

Ob das regelmäßige Jahresarbeitsentgelt aus einer Beschäftigung bzw. mehreren Beschäftigungen die maßgebende Jahresarbeitsentgeltgrenze (vgl. Ausführungen unter Nummer 3) übersteigt, ist in einer vorausschauenden Betrachtungsweise auf der Grundlage der gegenwärtigen und bei normalem Verlauf für ein Zeitjahr zu erwartenden Einkommensverhältnisse festzustellen. Dies gilt auch bei befristeten Arbeitsverträgen. Eine solche Feststellung ist bei Aufnahme der Beschäfti-

gung, bei jeder wesentlichen Änderung der Einkommensverhältnisse, bei einer Änderung der rechtlichen Verhältnisse, insbesondere hinsichtlich der Arbeitsentgelteigenschaft, sowie bei der jährlichen Anpassung der Jahresarbeitsentgeltgrenzen vorzunehmen. Dabei dürfen Erhöhungen des Arbeitsentgelts erst von dem Zeitpunkt an berücksichtigt werden, von dem an der Anspruch auf das erhöhte Entgelt besteht (vgl. Urteil des BSG vom 7. Dezember 1989 – 12 RK 19/87 – USK 89115). Das bedeutet: Eine im Laufe des Jahres bereits absehbare Entgelterhöhung (z. B. aus Anlass einer bereits feststehenden Tarifierhöhung oder des Vorrückens in einer Dienstalters- oder Erfahrungsstufe) bleibt bei der Ermittlung des regelmäßigen Jahresarbeitsentgelts zunächst unberücksichtigt. Erst die mit dem Entstehen des Anspruchs auf das erhöhte Arbeitsentgelt einhergehende Änderung der Einkommensverhältnisse löst – von diesem Zeitpunkt an – eine neue zukunftsbezogene Feststellung des regelmäßigen Jahresarbeitsentgelts und eine daran geknüpfte versicherungsrechtliche Bewertung aus. Gleiches gilt für im Laufe des Jahres bereits absehbare Entgeltminderungen (z. B. aus Anlass des Entgeltausfalls wegen Beginns der Schutzfristen und einer sich anschließenden Elternzeit oder der Reduzierung des Beschäftigungsumfangs von einer Vollzeit- in eine Teilzeitbeschäftigung). Es genügt für die Berücksichtigung derartiger Entgeltveränderungen in diesem Kontext mithin nicht, dass sie in absehbarer Zukunft eintreten sollen, selbst wenn eine hohe Wahrscheinlichkeit hierfür besteht. Der Verzicht auf Arbeitsentgelt (z. B. auf ein tarifliches Zusatzgeld pro Jahr zugunsten zusätzlicher freier Arbeitstage) löst erst von dem Zeitpunkt an, von dem er wirksam erklärt wird, eine neue zukunftsbezogene Feststellung des regelmäßigen Jahresarbeitsentgelts und eine daran geknüpfte versicherungsrechtliche Bewertung aus. In den Fällen, in denen es um das Ausscheiden aus der Versicherungspflicht mit Ablauf des laufenden Kalenderjahres wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze geht, ist die unter Nummer 4.2 beschriebene abweichende Verfahrensweise zur Feststellung des regelmäßigen Jahresarbeitsentgelts im Rahmen einer Prognose für das nächste Kalenderjahr zu beachten.

Das regelmäßige Jahresarbeitsentgelt wird im Rahmen der vorausschauenden Betrachtung durch Multiplikation der aktuellen Monatsbezüge mit zwölf (ohne Rücksicht auf das Kalenderjahr) unter Berücksichtigung der regelmäßig gewährten Sonderzuwendungen bzw. Einmalzahlungen ermittelt. Dies gilt selbst dann, wenn die Beschäftigungsdauer aufgrund einer Befristung des Arbeitsverhältnisses weniger als zwölf Monate beträgt. Bei Arbeitnehmern, die auf Basis der geleisteten Arbeitsstunden entlohnt werden, ist der aktuelle Stundenlohn zunächst auf einen Monatswert umzurechnen ($\text{Stundenlohn} \times \text{individuelle wöchentliche Arbeitszeit} \times 13 : 3$), anschließend ist das regelmäßige Jahresarbeitsentgelt, wie beschrieben, zu ermitteln. Auch hier gilt, dass künftige (Stunden-)Lohnerhöhungen erst von dem Zeitpunkt an berücksichtigt werden dürfen, von dem an der Anspruch auf das erhöhte Arbeitsentgelt besteht, und zwar selbst dann, wenn Beginn und Höhe der Lohnerhöhung bereits vorher feststehen. Für Lohnminderungen gilt Entsprechendes.

Bei schwankenden Bezügen muss das regelmäßige Jahresarbeitsentgelt im Wege einer Prognose bzw. vorausschauenden Schätzung ermittelt werden. Die hiernach erforderliche Prognose erfordert keine alle Eventualitäten berücksichtigende genaue Vorhersage, sondern eine ungefähre Einschätzung, welches Arbeitsentgelt nach der bisherigen Übung mit hinreichender Sicherheit zu erwarten ist. Prognose- bzw. Schätzungsgrundlage kann das Arbeitsentgelt des Vorjahres oder – bei Neueintritt von Arbeitnehmern – das Arbeitsentgelt vergleichbarer Mitarbeiter sein, wenn davon auszugehen ist, dass sich das Arbeitsentgelt bei normalem Ablauf der Dinge nicht relevant verändern wird. Erweist sich eine – richtige – Prognose im Nachhinein infolge nicht vorhersehbarer Umstände als unzutreffend, so bleibt sie für die Vergangenheit gleichwohl maßgebend. Der mit der ursprünglichen Prognose nicht mehr übereinstimmende Sachverhalt kann jedoch Anlass für eine neue Feststellung unter wiederum vorausschauender Betrachtung der Einkommensverhältnisse sein. Die gegebenenfalls vorzunehmende neue Prognose erfolgt zu dem Zeitpunkt, von dem an erkennbar wird, dass sich die Einkommensverhältnisse relevant ändern. Überschreitet daraufhin das regelmäßige Jahresarbeitsentgelt des Arbeitnehmers die Jahresarbeitsentgeltgrenze, tritt Versicherungsfreiheit mit Ablauf des Kalenderjahres ein (vgl. Ausführungen unter Nummer 4). Bei Unterschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze endet hingegen die Versicherungsfreiheit (vgl. Ausführungen unter Nummer 5).

2.6 Vereinbarung eines Nettoarbeitsentgelts

Nach § 14 Abs. 2 SGB IV gelten bei einem vereinbarten Nettoarbeitsentgelt die Einnahmen des Arbeitnehmers einschließlich der darauf entfallenden Steuern (Lohnsteuer, gegebenenfalls Kirchensteuer sowie Solidaritätszuschlag) und der gesetzlichen Arbeitnehmeranteile an den Sozialversicherungsbeiträgen als Arbeitsentgelt. Zur Feststellung, ob bei einer Nettolohnvereinbarung Versicherungsfreiheit wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze besteht, ist zunächst das maßgebende Bruttoarbeitsentgelt durch Hochrechnung unter Berücksichtigung der vom Arbeitgeber übernommenen Steuern und – unter Annahme von Krankenversicherungspflicht – der vom Arbeitgeber übernommenen Arbeitnehmeranteile an den Sozialversicherungsbeiträgen zu ermitteln. Solange das auf diese Weise ermittelte Bruttoarbeitsentgelt nach Abzug des Arbeitnehmeranteils an den Beiträgen zur Kranken- und Pflegeversicherung die Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht übersteigt, liegt Versicherungsfreiheit nicht vor (vgl. Urteil des BSG vom 19. Dezember 1995 – 12 RK 39/94 –, USK 9584).

3 Maßgebende Jahresarbeitsentgeltgrenze

Die Jahresarbeitsentgeltgrenze ist seit dem 1. Januar 2003 formal von der Beitragsbemessungsgrenze der Rentenversicherung abgekoppelt. Seit diesem Zeitpunkt ist in § 6 Abs. 6 SGB V eine allgemeine Jahresarbeitsentgeltgrenze und daneben in § 6 Abs. 7 SGB V eine besondere Jahresar-

beitsentgeltgrenze normiert. Die besondere Jahresarbeitsentgeltgrenze, die betragsmäßig niedriger ist als die allgemeine Jahresarbeitsentgeltgrenze, gilt aus Gründen des Bestands- und Vertrauensschutzes für Arbeitnehmer, die am 31. Dezember 2002 wegen Überschreitens der an diesem Tag geltenden Jahresarbeitsentgeltgrenze versicherungsfrei und bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen in einer substitutiven Krankenversicherung versichert waren. Die Voraussetzungen der Bestands- und Vertrauensschutzregelung erfüllen hingegen Personen, die am 31. Dezember 2002 aufgrund einer anderen Statuszugehörigkeit (z. B. als Beamte oder selbstständig Tätige) privat krankenversichert waren, nicht. Eine substitutive Krankenversicherung (§ 146 Versicherungsaufsichtsgesetz – VAG) ist eine private Krankenversicherung, die dem vollständigen oder teilweisen Ersatz der gesetzlichen Krankenversicherung dient; hierzu gehört beispielsweise die private Krankheitsvollversicherung. Die besondere Jahresarbeitsentgeltgrenze ist für die unter die Bestands- und Vertrauensschutzregelung fallenden Arbeitnehmer sowohl in dem am 31. Dezember 2002 bestehenden Beschäftigungsverhältnis anwendbar als auch für alle künftigen Beschäftigungsverhältnisse zu beachten, selbst wenn zwischenzeitlich Versicherungspflicht aufgrund eines anderen Tatbestandes (z. B. wegen des Bezugs von Arbeitslosengeld) bestanden hat. Für alle Arbeitnehmer, die nicht die Voraussetzungen der besonderen Jahresarbeitsentgeltgrenze erfüllen, gilt die allgemeine Jahresarbeitsentgeltgrenze des § 6 Abs. 6 SGB V.

Die für das jeweilige Kalenderjahr maßgebenden Jahresarbeitsentgeltgrenzen werden in der Rechtsverordnung zur Festsetzung der Beitragsbemessungsgrenzen in der Rentenversicherung nach § 160 SGB VI zum 1. Januar eines jeden Jahres von der Bundesregierung unter Berücksichtigung der Entwicklung der Arbeitnehmereinkommen fortgeschrieben und neu festgesetzt (vgl. § 6 Abs. 6 Satz 4 und Abs. 7 Satz 2 SGB V).

4. Beginn der Versicherungsfreiheit bei Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze

4.1 Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze von Beginn der Beschäftigung an

Arbeitnehmer sind nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V krankenversicherungsfrei, wenn ihr regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt die Jahresarbeitsentgeltgrenze übersteigt. Die Versicherungsfreiheit besteht von Beginn der Beschäftigung an, wenn das regelmäßige Jahresarbeitsentgelt aus der zu beurteilenden Beschäftigung bei vorausschauender Betrachtungsweise (vgl. Ausführungen unter Nummer 2.5) die Jahresarbeitsentgeltgrenze übersteigt. Besteht hingegen in dem Beschäftigungsverhältnis zunächst Versicherungspflicht, weil die Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht überschritten ist, gilt für den Eintritt der Versicherungsfreiheit § 6 Abs. 4 SGB V (vgl. Ausführungen unter Nummer 4.2).

Tritt zu einer (für sich betrachtet) versicherungspflichtigen Beschäftigung eine aufgrund des Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze krankenversicherungsfreie Beschäftigung hinzu, besteht vom Tag des Hinzutritts der weiteren (die Jahresarbeitsentgeltgrenze überschreitenden) Beschäftigung für den (dann) mehrfachbeschäftigten Arbeitnehmer auch in der bereits bestehenden Beschäftigung Versicherungsfreiheit. Dies gilt auch dann, wenn der Zeitraum, in dem sich die Beschäftigungen überschneiden, nur von kurzer Dauer ist.

4.2 Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze im Laufe der Beschäftigung

Besteht für den Arbeitnehmer zunächst Versicherungspflicht, weil die Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht überschritten wird, endet diese – im Falle der Entgelterhöhung – mit Ablauf des Kalenderjahres des Überschreitens, vorausgesetzt, dass das regelmäßige Jahresarbeitsentgelt auch die vom Beginn des nächsten Kalenderjahres an geltende Jahresarbeitsentgeltgrenze übersteigt (§ 6 Abs. 4 Satz 1 und 2 SGB V). Entsprechendes gilt im Falle des Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze aufgrund der Aufnahme einer weiteren (entweder mehr als geringfügigen oder zweiten oder weiteren geringfügigen) für sich betrachtet versicherungspflichtigen Beschäftigung. Für die Feststellung, ob das regelmäßige Jahresarbeitsentgelt auch die vom Beginn des nächsten Kalenderjahres an geltende Jahresarbeitsentgeltgrenze übersteigt, ist eine von den unter Nummer 2.5 beschriebenen Grundsätzen der vorausschauenden Betrachtung der Einkommensverhältnisse abweichende Verfahrensweise zu beachten. In diesen Fällen, in denen es um das Ausscheiden aus der Versicherungspflicht mit Ablauf des Kalenderjahres wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze geht, ist zum Ende/Ablauf des laufenden Kalenderjahres (Prognosezeitpunkt) das vereinbarte Arbeitsentgelt auf ein zu erwartendes Jahresarbeitsentgelt für das nächste Kalenderjahr (Prognosezeitraum) hochzurechnen. Prognosegrundlage sind dabei zunächst die zu diesem Zeitpunkt bestehenden Verhältnisse. Entsprechend dem Urteil des BSG vom 7. Juni 2018 – B 12 KR 8/16 R –, USK 2018-15, sind allerdings die zum Prognosezeitpunkt objektiv feststehenden (z. B. durch vertragliche Regelungen) oder mit hinreichender Sicherheit absehbaren Entgeltveränderungen (z. B. aus Anlass des Entgeltausfalls wegen Beginn der Schutzfristen und einer sich anschließenden Elternzeit) in die Prognose mit einzubeziehen und zu berücksichtigen. Entgeltveränderungen sind sowohl Entgeltminderungen als auch Entgelterhöhungen.

Bei einer Entgelterhöhung zum 1. Januar des Jahres, die erstmalig im Laufe der Beschäftigung zu einem Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze führt, kommt es frühestens zum 31. Dezember dieses Jahres zum Ausscheiden aus der Versicherungspflicht. Grund hierfür ist, dass der Anspruch auf das erhöhte Entgelt erst im Laufe des Kalenderjahres (wenngleich auch zum 1. Januar) entstanden ist. Im gleichen Sinne regelt auch § 6 Abs. 4 Satz 3 SGB V, dass bei rückwirkender Erhöhung des Arbeitsentgelts die Krankenversicherungspflicht erst mit Ablauf des Kalenderjahres endet, in dem der Anspruch auf das erhöhte Arbeitsentgelt entstanden ist. Im Unterschied hierzu

bleibt ein nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V versicherungsfreier Arbeitnehmer, dessen regelmäßiges Arbeitsentgelt die Jahresarbeitsentgeltgrenze des laufenden und – allein aufgrund einer Entgelterhöhung zu Beginn des nächsten Kalenderjahres – auch des nächsten Kalenderjahres übersteigt, von der Krankenversicherungspflicht ausgenommen und damit (weiterhin) versicherungsfrei. Dies gilt auch dann, wenn das Arbeitsentgelt erst im Laufe des Monats Januar des nächsten Kalenderjahres mit Wirkung vom Ersten dieses Monats an erhöht wird und der Anspruch hierauf (z. B. durch tarif- oder arbeitsvertragliche Vereinbarung) spätestens bis zum 15. Januar entstanden ist (vgl. Urteil des BSG vom 31. August 1976 – 12/3/12 RK 21/74 -, USK 76126 in Verb. mit Punkt 1 der Niederschrift über die Besprechung der Spitzenorganisationen der Sozialversicherung vom 28./29. September 1977).

Das Gesetz schiebt den Zeitpunkt, zu dem eine bestehende Versicherungspflicht als Arbeitnehmer wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze enden kann, damit generell auf das Kalenderjahresende hinaus. Die Anwendung der Überschreitensregelung des § 6 Abs. 4 SGB V unterscheidet nicht danach, aus welchem Grund die Jahresarbeitsentgeltgrenze überschritten wird. Es ist mithin unbedeutend, ob innerhalb eines Beschäftigungsverhältnisses das Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze auf eine reine Entgelterhöhung zurückgeht oder diese mit einem beruflichen Aufstieg oder der Übernahme neuer Aufgaben verbunden ist. Auch eine Umwandlung des Beschäftigungsverhältnisses von Teilzeit- in Vollzeitarbeit oder der mit einer Entgelterhöhung einhergehende Statuswechsel vom Auszubildenden oder Teilnehmer an einem dualen Studiengang zum Arbeitnehmer (beim gleichen Arbeitgeber) führt frühestens mit Ablauf des Kalenderjahres des Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze zum Ende der Versicherungspflicht.

Übt ein Arbeitnehmer hingegen im unmittelbaren Anschluss an eine während des Studiums ausgeübte Beschäftigung, für die Versicherungsfreiheit nach § 6 Abs. 1 Nr. 3 SGB V („Werkstudentenprivileg“) bestand, beim selben Arbeitgeber eine Beschäftigung mit einem regelmäßigen Jahresarbeitsentgelt oberhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze aus, kommt die Regelung des § 6 Abs. 4 SGB V nicht zur Anwendung. Grund hierfür ist, dass aufgrund der Beschäftigung (während des Studiums) keine Versicherungspflicht als Arbeitnehmer besteht, die bis zum Kalenderjahresende fortzuführen wäre. In diesen Fällen besteht Versicherungsfreiheit in der Krankenversicherung nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V mit Beginn der Beschäftigung, aus der heraus das regelmäßige Jahresarbeitsentgelt oberhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze erzielt wird.

4.3 Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze nach Unterbrechung der Beschäftigung

Für Arbeitnehmer, die vor Inanspruchnahme der Elternzeit aufgrund der Höhe ihres regelmäßigen Jahresarbeitsentgelts in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungsfrei waren, stellt sich der Versicherungsstatus nach Beendigung der Elternzeit bei (Wieder-) Aufnahme der Beschäfti-

gung bzw. Rückkehr zu den ursprünglichen Einkommensverhältnissen in Abhängigkeit von den Gegebenheiten während der Elternzeit differenziert dar. Hierbei sind im Wesentlichen 5 Fallgruppen (Buchstaben a bis e) zu unterscheiden:

a) Während der Elternzeit wird keine Teilzeitbeschäftigung ausgeübt.

Die (Wieder-)Aufnahme der Beschäftigung mit einem regelmäßigen Jahresarbeitsentgelt oberhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze nach Ende der Elternzeit führt von Beginn an zur Versicherungsfreiheit nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V.

b) Während der Elternzeit wird eine zulässige Teilzeitbeschäftigung beim gleichen Arbeitgeber, der die Elternzeit gewährt, ausgeübt. Von der Möglichkeit der Befreiung von der Versicherungspflicht nach § 8 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V wird kein Gebrauch gemacht.

Die (Wieder-)Aufnahme der Beschäftigung mit einem regelmäßigen Jahresarbeitsentgelt oberhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze nach Ende der Elternzeit führt von Beginn der Beschäftigung an nicht zur Versicherungsfreiheit nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V. Die aus Anlass der Ausübung der nicht vollen Erwerbstätigkeit während der Elternzeit bestehende Versicherungspflicht endet nach § 6 Abs. 4 Satz 1 SGB V frühestens zum Ablauf des Kalenderjahres, wenn die nicht volle Erwerbstätigkeit bis zum Ende der Elternzeit ausgeübt wird. Ein Ausscheiden aus der Versicherungspflicht kommt dementsprechend frühestens zum Ende des Kalenderjahres in Betracht, vorausgesetzt, dass die vom Beginn des nächsten Kalenderjahres an geltende Jahresarbeitsentgeltgrenze ebenfalls überschritten wird. Für die Feststellung, ob das regelmäßige Jahresarbeitsentgelt auch die vom Beginn des nächsten Kalenderjahres an geltende Jahresarbeitsentgeltgrenze übersteigt, ist die unter Nummer 4.2 beschriebene Verfahrensweise zu beachten.

Wird die nicht volle Erwerbstätigkeit während der Elternzeit nicht bis zum Ende der Elternzeit ausgeübt, zieht die (Wieder-)Aufnahme der Beschäftigung mit einem regelmäßigen Jahresarbeitsentgelt oberhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze nach Ende der Elternzeit von Beginn an Versicherungsfreiheit nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V nach sich; § 6 Abs. 4 Satz 1 SGB V ist nicht anzuwenden.

c) Während der Elternzeit wird eine zulässige Teilzeitbeschäftigung beim gleichen Arbeitgeber, der die Elternzeit gewährt, ausgeübt. Es wird von der Möglichkeit der Befreiung von der Versicherungspflicht nach § 8 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V Gebrauch gemacht.

Die (Wieder-)Aufnahme der Beschäftigung mit einem regelmäßigen Jahresarbeitsentgelt oberhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze nach Ende der Elternzeit führt von Beginn der Beschäftigung an

zur Versicherungsfreiheit nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V. Die Regelung des § 6 Abs. 4 Satz 1 SGB V findet keine Anwendung, da keine Versicherungspflicht, die zum Ablauf des Kalenderjahres enden würde, besteht. Die Rückkehr zu den ursprünglichen Einkommensverhältnissen nach Ende der Elternzeit führt in diesen Fällen somit direkt zur Versicherungsfreiheit, wenn bei vorausschauender Betrachtung das regelmäßige Jahresarbeitsentgelt die Jahresarbeitsentgeltgrenze überschreitet.

- d) Während der Elternzeit wird eine zulässige Teilzeitbeschäftigung bei einem anderen Arbeitgeber als der, der die Elternzeit gewährt hat, ausgeübt. Von der Möglichkeit der Befreiung von der Versicherungspflicht nach § 8 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V wird kein Gebrauch gemacht.

Die Ausführungen zur Fallgruppe b gelten gleichermaßen. Dies gilt ausdrücklich auch in den Fällen, in denen die nicht volle Erwerbstätigkeit bis zum Ende der Elternzeit ausgeübt wird und ein Ausscheiden aus der Versicherungspflicht nach § 6 Abs. 4 Satz 1 SGB V dementsprechend frühstens zum Ende des Kalenderjahres in Betracht kommt. Die bis zum Ende der Elternzeit ausgeübte nicht volle Erwerbstätigkeit und die sich unmittelbar anschließende wieder aufgenommene Beschäftigung gebieten eine einheitliche Betrachtung des Versicherungsverhältnisses. Von daher sind die Betroffenen denjenigen Arbeitnehmern gleichzustellen, die während der Elternzeit eine zulässige Teilzeitbeschäftigung beim gleichen Arbeitgeber ausüben (so auch Urteil des BSG vom 25. Februar 1997 – 12 RK 51/96 –, USK 9701 zum Ausscheiden aus der Krankenversicherungspflicht im Anschluss an eine Beschäftigung während des Grundwehrdienstes bei Wiederaufnahme der Beschäftigung nach Beendigung des Grundwehrdienstes).

- e) Während der Elternzeit wird eine zulässige Teilzeitbeschäftigung bei einem anderen Arbeitgeber als der, der die Elternzeit gewährt hat, ausgeübt. Es wird von der Möglichkeit der Befreiung von der Versicherungspflicht nach § 8 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V Gebrauch gemacht.

Die Ausführungen zur Fallgruppe c gelten gleichermaßen.

4.4 Ausscheiden aus der gesetzlichen Krankenversicherung

Die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Arbeitnehmer, deren Versicherungspflicht wegen Überschreitens der maßgebenden Jahresarbeitsentgeltgrenze mit Ablauf des Kalenderjahres erlischt, wird grundsätzlich als freiwillige Mitgliedschaft im Rahmen der sog. obligatorischen Anschlussversicherung nach § 188 Abs. 4 Satz 1 SGB V fortgeführt. Die freiwillige Mitgliedschaft ist für die aus der Versicherungspflicht ausscheidenden Arbeitnehmer nicht an die Erfüllung bestimmter Vorversicherungszeiten im System der gesetzlichen Krankenversicherung geknüpft. Die freiwillige Mitgliedschaft im Rahmen der sog. obligatorischen Anschlussversicherung kommt al-

lerdings nicht zustande, wenn das Mitglied innerhalb von zwei Wochen nach Hinweis der Krankenkasse über die Austrittsmöglichkeit seinen Austritt aus der gesetzlichen Krankenversicherung erklärt. Der Austritt wird nach § 188 Abs. 4 Satz 2 SGB V allerdings nur wirksam, wenn das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall nachgewiesen wird (z. B. durch eine Krankheitskostenvollversicherung eines Unternehmens der privaten Krankenversicherung) und diese Absicherung sich lückenlos an die vorangegangene Versicherung anschließt. Näheres zur Austrittserklärung enthalten die „Grundsätzliche Hinweise zur Umsetzung der obligatorischen Anschlussversicherung nach § 188 Abs. 4 SGB V“ in der jeweils aktuellen Fassung. Dem Ausscheiden aus der gesetzlichen Krankenversicherung steht im Übrigen nicht entgegen, dass die „allgemeine“ Mindestbindung nach § 175 Abs. 4 Satz 1 SGB V oder die Mindestbindung nach § 53 Abs. 8 SGB V bei Teilnahme an einem Wahltarif gegebenenfalls nicht erfüllt ist.

Sofern gegen Ende des Kalenderjahres bereits mit hinreichender Sicherheit angenommen werden kann, dass vom nächsten Kalenderjahr an Krankenversicherungsfreiheit wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze bestehen wird, sollten Austrittserklärungen bereits angenommen werden, ungeachtet dessen, dass sich die Wirksamkeit derartiger Willenserklärungen noch nicht entfalten kann. Die entsprechenden Mitgliedschaften wären dann, ggf. nach der Meldung durch den Arbeitgeber über die Änderung der Beitragsgruppe, mit Ablauf des Kalenderjahres zu beenden.

5. Ende der Versicherungsfreiheit bei Unterschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze¹

5.1 Minderung des Jahresarbeitsentgelts

Die Versicherungsfreiheit nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V endet, wenn das regelmäßige Jahresarbeitsentgelt die Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht mehr übersteigt. Dabei tritt das Ende der Versicherungsfreiheit unmittelbar ein, das heißt mit dem Tag, der dem Tag vorhergeht, von dem an die Jahresarbeitsentgeltgrenze unterschritten wird, und nicht erst mit dem Ende des Kalenderjahres; § 6 Abs. 4 Satz 1 SGB V ist im Falle des Unterschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht entsprechend anzuwenden. Eine Minderung des regelmäßigen Jahresarbeitsentgelts auf einen Betrag gleich oder unterhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze führt dementsprechend zur Versicherungspflicht des Arbeitnehmers, sofern nicht andere Regelungen (z. B. die Versicherungsfreiheit nach § 6 Abs. 3a SGB V für Arbeitnehmer, die bei Erfüllung des Versicherungspflichttatbestandes das 55. Lebensjahr bereits vollendet haben und ohne ausreichende GKV-Vorversicherung sind) den Eintritt der Versicherungspflicht verhindern.

¹ Im Kontext dieser Ausführungen ist mit dem Unterschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze gleichzeitig auch der Fall gemeint, dass das regelmäßige Jahresarbeitsentgelt exakt dem Betrag der Jahresarbeitsentgeltgrenze entspricht.

Die Versicherungsfreiheit endet grundsätzlich auch dann, wenn die Entgeltminderung ihrem Anschein nach nur vorübergehender Natur oder zeitlich befristet ist, es sei denn, die Entgeltminderung ist nur von kurzer Dauer. Eine zu Beginn der Minderung des laufenden Arbeitsentgelts gegebenenfalls bereits absehbare Rückkehr zu den oder annähernd den Verhältnissen vor der Entgeltminderung bleibt bei der versicherungsrechtlichen Beurteilung zunächst unberücksichtigt. Erst die mit dem Wegfall der vorübergehenden oder befristeten Entgeltminderung einhergehende Änderung der Einkommensverhältnisse bzw. die Rückkehr zu den ursprünglichen Einkommensverhältnissen löst – von diesem Zeitpunkt an – eine neue zukunftsbezogene Feststellung des regelmäßigen Jahresarbeitsentgelts und eine daran geknüpfte versicherungsrechtliche Bewertung aus (vgl. Ausführungen unter Nummer 2.5). Ergibt diese Beurteilung ein Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze, endet die Versicherungspflicht jedoch nicht sofort, sondern frühestens mit Ablauf des Kalenderjahres, wenn das Entgelt auch die vom Beginn des nächsten Kalenderjahres an geltende Jahresarbeitsentgeltgrenze übersteigt (§ 6 Abs. 4 Satz 1 und 2 SGB V).

Ein bei vorliegender Versicherungsfreiheit nur vorübergehendes Unterschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze, das ohne Auswirkungen auf den Versicherungsstatus bleibt, wird nur in engen Grenzen für zulässig und vertretbar erachtet und ist auf wenige Sachverhalte beschränkt. In Betracht kommen im Wesentlichen die Fälle der Kurzarbeit (mit Ausnahme des Bezugs von Transferkurzarbeitergeld) und der stufenweisen Wiedereingliederung in das Erwerbsleben. In diesen Fällen bleibt der Versicherungsstatus für die Dauer des jeweiligen Tatbestandes unverändert. Dies ist gerechtfertigt, da das aus Anlass der Kurzarbeit oder der Wiedereingliederung ausfallende regelmäßige Arbeitsentgelt durch eine Entgeltersatzleistung (Kurzarbeitergeld bzw. Krankengeld) ersetzt wird und der eigentliche Entgeltanspruch dem Grunde nach unberührt bleibt. Darüber hinaus lässt eine zeitlich befristete Minderung des laufenden Arbeitsentgelts bei absehbarer Rückkehr zu den oder annähernd den Verhältnissen vor der Entgeltminderung die Versicherungsfreiheit dann fortbestehen, wenn die Entgeltminderung nur von kurzer Dauer ist und insofern bei einer Gesamtschau nicht von einem regelmäßigen (geminderten) Arbeitsentgelt ausgegangen werden kann. Für eine Entgeltminderung von nur kurzer Dauer kann nicht auf starre Zeitgrenzen zurückgegriffen werden; sie ist in aller Regel jedoch anzunehmen, wenn die vorübergehende Minderung des Arbeitsentgelts nicht mehr als drei Monate ausmacht. Die Versicherungsfreiheit besteht bei einer zeitlich befristeten Minderung des Arbeitsentgelts infolge Ausübung einer Teilzeitbeschäftigung während der Elternzeit oder im Rahmen einer Freistellung nach § 3 des Pflegezeitgesetzes nicht fort, es sei denn, das regelmäßige Jahresarbeitsentgelt aus der Teilbeschäftigung übersteigt die Jahresarbeitsentgeltgrenze.

Eine vorübergehende Absenkung des Arbeitsentgelts aufgrund kollektivrechtlicher Beschäftigungssicherungsvereinbarungen lässt die Versicherungsfreiheit dagegen enden, wenn dadurch die Jahresarbeitsentgeltgrenze unterschritten wird. Derartige Vereinbarungen waren in der Ver-

gangenheit - entsprechend der damaligen Regelung in § 421t Abs. 2 Nr. 3 SGB III - aus beschäftigungspolitischen Erwägungen dem Bezug von Kurzarbeitergeld für eine befristete Zeit gleichzustellen und führten für die betroffenen Arbeitnehmer nicht zu einer Änderung im Versicherungsstatus. Diese Regelung hat jedoch seit dem 1. April 2012 keine Bedeutung mehr, ungeachtet dessen, dass die Sonderbemessungsregelung zu den kollektivrechtlichen Vereinbarungen zur Beschäftigungssicherung, die dem Kurzarbeitergeld vorgelagert sind, dauerhaft in die Regelungen zum Kurzarbeitergeld übernommen worden ist.

5.2 Anhebung der Jahresarbeitsentgeltgrenze

Die unter Nummer 5.1 beschriebene Rechtsfolge (Ende der Versicherungsfreiheit nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V) tritt auch ein, wenn das Unterschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze auf die Anhebung der Jahresarbeitsentgeltgrenze zurückzuführen ist. In diesem Fall haben betroffene Arbeitnehmer allerdings die Möglichkeit der Befreiung von der Versicherungspflicht nach § 8 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V (vgl. Ausführungen unter Nummer 7).

5.3 Unterbrechungen des entgeltlichen Beschäftigungsverhältnisses

Wird die Beschäftigung eines nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V versicherungsfreien Arbeitnehmers ohne Entgeltzahlung unterbrochen, gilt nach § 7 Abs. 3 Satz 1 SGB IV die Beschäftigung gegen Arbeitsentgelt als fortbestehend, längstens jedoch für einen Monat. Diese Fiktion des für eine begrenzte Zeit fortdauernden entgeltlichen Beschäftigungsverhältnisses erfasst auch die nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V versicherungsfreien Arbeitnehmer. Sie führt dazu, dass die Versicherungsfreiheit bei einem fortbestehenden Beschäftigungsverhältnis mit unterbrochener Arbeitsentgeltzahlung zunächst fortwirkt, spätestens jedoch nach Ablauf eines Monats endet.

Bei Unterbrechung des entgeltlichen Beschäftigungsverhältnisses aus Anlass der Inanspruchnahme von Elternzeit – unabhängig von der Dauer der beanspruchten Elternzeit – endet die Versicherungsfreiheit nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V mit Beginn der Elternzeit; der Monatszeitraum des § 7 Abs. 3 Satz 1 SGB V findet keine Anwendung (§ 7 Abs. 3 Satz 3 SGB IV). Gleiches gilt bei einer vollständigen Freistellung von der Arbeitsleistung nach § 3 des Pflegezeitgesetzes (§ 7 Abs. 3 Satz 4 SGB IV). Das Ende der Versicherungsfreiheit nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V lässt allerdings nicht den Rückschluss zu, dass im Anschluss daran Versicherungspflicht eintritt. Der Eintritt von Versicherungspflicht für Arbeitnehmer verlangt die Beschäftigung gegen Entgelt; genau hieran fehlt es in diesen Sachverhalten.

Wird im Anschluss an die Elternzeit unbezahlter Urlaub oder eine andere Art der Freistellung von der Arbeitsleistung ohne Entgeltzahlung vereinbart bzw. in Anspruch genommen, besteht ebenfalls keine Versicherungsfreiheit nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V, da bereits während der Elternzeit

der Tatbestand des Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze wegen des vollständigen Wegfalls des Arbeitsentgelts nicht mehr erfüllt ist. Zwar gilt in diesen Fällen das entgeltliche Beschäftigungsverhältnis nach § 7 Abs. 3 Satz 1 SGB IV für den ersten Monat des unbezahlten Urlaubs oder der anderen Art der Freistellung von der Arbeitsleistung ohne Entgeltzahlung als fortbestehend. In der Konsequenz führt die fehlende Entgeltzahlung mit Beginn des zweiten Monats zu einem Ende des Beschäftigungsverhältnisses. Damit verbunden ist die Pflicht des Arbeitgebers zur Abgabe einer Abmeldung zur Renten- und Arbeitslosenversicherung. Ein Fortbestehen der Versicherungsfreiheit nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V wird in diesen Fällen jedoch nicht angenommen.

Die gleichen versicherungsrechtlichen Folgen ergeben sich im Übrigen in den Fällen, in denen nach dem Ende des Krankengeldbezugs (insbesondere durch Erreichen der Höchstanspruchsdauer) die entgeltliche Beschäftigung bei Fortbestehen des Arbeitsverhältnisses nicht (wieder) aufgenommen wird. Dem steht nicht entgegen, dass die Frage des Fortbestehens der Versicherungsfreiheit nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V für die Dauer des Krankengeldbezugs anders bewertet wird als während der Elternzeit. Entscheidend ist, dass der vorübergehende Charakter des Entgeltwegfalls und die damit einhergehende Fortdauer der Versicherungsfreiheit nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V typischerweise nicht mehr unterstellt werden kann.

Zu den Zeiten der Unterbrechung eines entgeltlichen Beschäftigungsverhältnisses, die ohne Auswirkungen auf den krankenversicherungsrechtlichen Status bleiben, zählen insbesondere:

- ∅ Zeiten der Arbeitsunfähigkeit nach Ablauf der Entgeltfortzahlung (unabhängig davon, ob Krankengeld oder Krankentagegeld gezahlt wird),
- ∅ Zeiten des Bezugs von Verletztengeld, Übergangsgeld oder Versorgungskrankengeld,
- ∅ Zeiten des Bezugs von Mutterschaftsgeld,
- ∅ Zeiten des Bezugs von Kurzarbeitergeld mit Ausnahme des Transferkurzarbeitergeldes nach § 111 SGB III,
- ∅ Zeiten, in denen sich der Arbeitnehmer rechtmäßig im Arbeitskampf befand,
- ∅ Zeiten der Teilnahme an einer Eignungsübung.

5.4 Nachträglich festgestelltes Ende der Versicherungsfreiheit

Die Versicherungsfreiheit nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V endet mit dem Unterschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze, und zwar auch dann, wenn erst nachträglich festgestellt wird (z. B. im Rah-

men von Betriebsprüfungen), dass die Jahresarbeitsentgeltgrenze unterschritten ist. Sofern der Arbeitnehmer in der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig versichert ist, endet mit dem Eintritt der Versicherungspflicht auch die freiwillige Krankenversicherung (§ 191 Nr. 2 SGB V). Aus verwaltungspraktischen Erwägungen wird in diesen Fällen akzeptiert, dass das Versicherungsverhältnis in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht rückwirkend, sondern zukunftsorientiert berichtigt bzw. umgestellt wird. Bei entsprechenden Feststellungen im Rahmen von Betriebsprüfungen haben sich die Spitzenorganisationen der Sozialversicherung darauf verständigt, die Krankenversicherungspflicht mit Beginn des Monats, der dem Datum des Prüfbescheides folgt, eintreten zu lassen. Im Prüfbescheid wird der Arbeitgeber darauf hingewiesen, dass er von diesem Zeitpunkt an das Krankenversicherungsverhältnis umzustellen und die entsprechenden Änderungen (Anzeige des Beitragsgruppenwechsels) zu melden hat.

Die vorstehenden Ausführungen gelten nicht, wenn während der Versicherungsfreiheit eine private Krankenversicherung bestand. In diesen Fällen ist das Versicherungsverhältnis entsprechend der wahren Rechtslage abzuwickeln; dementsprechend ist das Bestehen von Krankenversicherungspflicht auch rückwirkend festzustellen. Dem steht nicht entgegen, dass sich dadurch unter Umständen eine Doppelversicherung in der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung ergeben kann, weil nur eingeschränkte Möglichkeiten der Rückabwicklung des privaten Versicherungsvertrages bestehen.

6. Folgewirkungen der Versicherungsfreiheit

6.1 Auswirkungen der Versicherungsfreiheit auf andere Versicherungstatbestände

Arbeitnehmer, die nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V versicherungsfrei sind, bleiben nach § 6 Abs. 3 Satz 1 SGB V auch dann versicherungsfrei, wenn sie die Voraussetzungen der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 oder Nr. 5 bis 13 SGB V erfüllen. Hierüber wirkt die Krankenversicherungsfreiheit nicht nur auf den jeweiligen zur Versicherungsfreiheit führenden Tatbestand, sondern absolut auch auf andere Versicherungstatbestände, die der Arbeitnehmer nebenher verwirklicht (z. B. nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 SGB V als Rentenbezieher oder nach § 189 SGB V als Rentenantragsteller).

Im Falle der Mehrfachbeschäftigung findet § 6 Abs. 3 Satz 1 SGB V allerdings insofern keine Anwendung, als bei einem Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze allein durch das regelmäßige Arbeitsentgelt aus einer Beschäftigung auch in allen weiteren Beschäftigungen von einem Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze auszugehen ist, sodass die Versicherungsfreiheit nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V auf alle Beschäftigungen ausstrahlt.

Solange die Versicherungsfreiheit nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V besteht, ist nach § 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V auch die Familienversicherung ausgeschlossen, wenngleich die Familienversicherung für die in Rede stehenden Arbeitnehmer auch wegen der Höhe des dem Gesamteinkommen im Sinne des § 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V in Verb. mit § 16 SGB IV zuzurechnenden regelmäßigen Arbeitsentgelts ausgeschlossen ist. Endet die Versicherungsfreiheit nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V, endet auch der Ausschlussstatbestand nach § 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V, sodass beispielsweise bei Inanspruchnahme der Elternzeit oder einer vollständigen Freistellung von der Arbeitsleistung nach § 3 des Pflegezeitgesetzes die Familienversicherung in Betracht kommen kann, sofern nicht andere Ausschlussgründe, insbesondere § 10 Abs. 1 Satz 3 SGB V, dem entgegenstehen.

6.2 Auswirkungen der Versicherungsfreiheit auf die landwirtschaftliche Krankenversicherung

Nach § 3a Nr. 1 KVLG 1989 sind unter anderem Personen wegen Versicherungsfreiheit aus der Pflichtversicherung in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung (LKV) ausgeschlossen, die die Voraussetzungen für die Versicherungsfreiheit als höherverdienender Arbeitnehmer im Sinne des § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V erfüllen; § 6 Abs. 4 SGB V gilt.

Übt ein landwirtschaftlicher Unternehmer, der aufgrund der Bewirtschaftung eines landwirtschaftlichen Unternehmens der Krankenversicherungspflicht nach § 2 Abs. 1 Nr. 1 KVLG 1989 unterliegt, daneben eine abhängige Beschäftigung gegen ein regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt aus, das die Jahresarbeitsentgeltgrenze übersteigt und deshalb aufgrund dieser Beschäftigung versicherungsfrei nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V ist, führt diese Versicherungsfreiheit nach § 3a Nr. 1 KVLG 1989 zugleich zur Versicherungsfreiheit in der Tätigkeit als landwirtschaftlicher Unternehmer.

Mitarbeitende Familienangehörige unterliegen der Versicherungspflicht in der LKV nach § 2 Abs. 1 Nr. 3 KVLG 1989 auch dann, wenn sie in dem landwirtschaftlichen Unternehmen als Arbeitnehmer beschäftigt sind und ihr regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt die Jahresarbeitsentgeltgrenze übersteigt (vgl. Urteil des BSG vom 5. Februar 1976 – 11 RK 2/75 –, USK 7601). In diesen Fällen ist die landwirtschaftliche Krankenkasse für die Durchführung der Pflichtmitgliedschaft in der LKV zuständig; § 3a Nr. 1 KVLG 1989 in Verb. mit § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V findet insoweit keine Anwendung. Steht jedoch der in der LKV aufgrund der Versicherungspflicht nach § 2 Abs. 1 Nr. 3 KVLG 1989 versicherte mitarbeitende Familienangehörige gleichzeitig in einem anderen nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V dem Grunde nach krankenversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis außerhalb der Landwirtschaft und überschreitet das regelmäßige Jahresarbeitsentgelt aus der weiteren Beschäftigung im Sinne des § 42 Abs. 2 KVLG 1989 die Jahresarbeitsentgeltgrenze, ist diese Beschäftigung krankenversicherungsfrei nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V mit der Folge, dass

diese Krankenversicherungsfreiheit nach § 3a Nr. 1 KVLG 1989 zugleich auf die Beschäftigung als mitarbeitender Familienangehöriger durchgreift.

7. Befreiung von der Versicherungspflicht

7.1 Voraussetzungen für die Befreiung

Arbeitnehmer, die wegen Änderung der Jahresarbeitsentgeltgrenze krankenversicherungspflichtig werden, können sich nach § 8 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V auf Antrag von der Versicherungspflicht befreien lassen. Die Befreiung von der Versicherungspflicht setzt voraus, dass ein bislang nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V versicherungsfreier Arbeitnehmer durch eine Änderung der Jahresarbeitsentgeltgrenze, die sich in aller Regel als Anhebung zum 1. Januar eines jeden Jahres darstellt, versicherungspflichtig wird. Zwischen der Anhebung der Jahresarbeitsentgeltgrenze und dem Eintritt der Krankenversicherungspflicht des Arbeitnehmers muss mithin ein Zusammenhang bestehen; tritt die Versicherungspflicht dagegen wegen Minderung des regelmäßigen Jahresarbeitsentgelts ein, wird das Befreiungsrecht nicht ausgelöst. Durch die Befreiungsregelung erhalten privat krankenversicherte Arbeitnehmer die Möglichkeit, ihren privaten Krankenversicherungsschutz fortzuführen. Eine Befreiung von der Krankenversicherungspflicht zugunsten einer freiwilligen Krankenversicherung, nachrangigen Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V oder Familienversicherung ist nicht möglich bzw. ausgeschlossen.

Die Befreiung von der Krankenversicherungspflicht ist antragsgebunden. Der Antrag ist nach § 8 Abs. 2 Satz 1 SGB V innerhalb von drei Monaten nach Beginn der Krankenversicherungspflicht zu stellen. Er ist an die bzw. eine Krankenkasse zu richten, die im Falle des Bestehens von Krankenversicherungspflicht nach § 173 Abs. 2 SGB V wählbar wäre, unabhängig davon, an welche Krankenkasse als zuständige Einzugsstelle nach § 28i Satz 2 SGB IV bislang die Beiträge zur Renten- und Arbeitslosenversicherung gezahlt worden sind. Die Wahl der Krankenkasse hinsichtlich der Befreiung von der Krankenversicherungspflicht gilt im Falle der Ablehnung der Befreiung gleichzeitig als Wahl der Krankenkasse für die Durchführung der Mitgliedschaft aufgrund der versicherungspflichtigen Beschäftigung. Wird die Befreiung erst zwei Wochen nach Eintritt der Versicherungspflicht beantragt, entscheidet die Krankenkasse über die Befreiung, bei der im Zeitpunkt der Antragstellung die Mitgliedschaft gemäß § 175 Abs. 3 Satz 1 und 2 SGB V geführt wird oder zu führen ist.

Seit 1. August 2013 ist eine Befreiung nur möglich, wenn der Betroffene einen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall hat und diesen nachweist (§ 8 Abs. 2 Satz 4 SGB V). Dabei muss das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall bereits für den Zeitpunkt nachgewiesen werden, an dem die Befreiung ihre Wirkung entfaltet. Das in diesem Zusam-

menhang (positiv) verwendete Tatbestandsmerkmal des anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall ist inhaltlich deckungsgleich mit dem in § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V (negativ) verwendeten Tatbestandsmerkmal des anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall. An eine anderweitige Absicherung im Sinne des § 8 Abs. 2 Satz 4 SGB V werden mithin keine anderen Anforderungen gestellt als im Anwendungsbereich der Regelung zum Ausschluss der nachrangigen Versicherungspflicht. Eine Absicherung auf dem Sicherungsniveau des § 193 Abs. 3 Satz 1 VVG genügt von daher auch den Anforderungen an eine Befreiung von der Versicherungspflicht.

7.2 Wirkungen der Befreiung

Die Befreiung wirkt vom Beginn der Versicherungspflicht an, wenn seit diesem Zeitpunkt noch keine Leistungen (einschließlich Leistungen für nach § 10 SGB V familienversicherte Angehörige) in Anspruch genommen wurden, sonst vom Beginn des Kalendermonats an, der auf die Antragstellung folgt (§ 8 Abs. 2 Satz 2 SGB V). Die Befreiung von der Krankenversicherungspflicht kann nicht widerrufen werden (§ 8 Abs. 2 Satz 3 SGB V).

Die Befreiung von der Krankenversicherungspflicht nach § 8 SGB V wirkt tatbestandsbezogen auf das jeweilige Versicherungspflichtverhältnis, das zur Befreiung geführt hat. Befreiungsentscheidungen sind danach nur auf das jeweilige Versicherungspflichtverhältnis, aus dessen Anlass sie ausgesprochen werden, bezogen. Die Befreiung von der Versicherungspflicht nach § 8 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V wegen Erhöhung der Jahresarbeitsentgeltgrenze wirkt dementsprechend nicht über das Ende des Versicherungspflichttatbestandes (hier: das entgeltliche Beschäftigungsverhältnis), für den die Befreiung ausgesprochen worden ist, hinaus, wenn hiernach Versicherungspflicht aufgrund eines anderen Versicherungspflichttatbestandes eintritt (Urteil des BSG vom 25. Mai 2011 – B 12 KR 9/09 R –, USK 2011-65). Über die Regelung des § 6 Abs. 3 SGB V wirkt die Befreiung auch auf andere Versicherungspflichttatbestände, sodass die von der Versicherungspflicht befreiten Personen für die Dauer der Befreiung auch dann nicht versicherungspflichtig werden, wenn sie eine der in § 5 Abs. 1 Nr. 1 oder Nr. 5 bis 13 SGB V genannten Voraussetzungen erfüllen. Die Befreiung von der Krankenversicherungspflicht nach § 8 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V entfaltet keine Regelungswirkung für eine im Anschluss an das Ende der Beschäftigung eintretende Versicherungspflicht wegen eines anderen Tatbestandes (z. B. aufgrund des Bezugs von Arbeitslosengeld nach § 5 Abs. 1 Nr. 2 SGB V). Das Vorliegen eines anderen Versicherungspflichttatbestandes führt vielmehr dazu, dass sich zu diesem Zeitpunkt die Befreiung und der sie feststellende Verwaltungsakt im Sinne des § 39 Abs. 2 SGB X auf andere Weise erledigen. Aufgrund dieser Erledigung zieht die erneute Aufnahme einer Beschäftigung unter den Voraussetzungen des § 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V Versicherungspflicht nach sich.

Ein Fortwirken der Befreiung über das einzelne (zur Befreiung führende) Beschäftigungsverhältnis ist jedoch dann anzunehmen, wenn im unmittelbaren Anschluss hieran oder auch nach einer kurzfristigen (sozialversicherungsrechtlich irrelevanten) Unterbrechung eine neue Beschäftigung aufgenommen wird, die grundsätzlich nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V versicherungspflichtig wäre. Dies gilt auch für weitere (noch folgende) Beschäftigungen. Als kurzfristige Unterbrechungen im vorstehenden Sinne werden Zeiträume von bis zu einem Monat angesehen, in denen kein anderer Versicherungspflichttatbestand vorliegt.

Die Befreiung von der Krankenversicherungspflicht bewirkt, dass auch keine Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung eintritt.

Top 3

Überarbeitung der Grundsätzlichen Hinweise zum Begriff der hauptberuflich selbstständigen Erwerbstätigkeit

Sachverhalt:

Zum 31. Dezember 2018 ist die befristete Sonderregelung zur Beurteilung der Hauptberuflichkeit von Tagespflegepersonen ausgelaufen. Für Tagespflegepersonen, die bis zu fünf gleichzeitig anwesende, fremde Kinder in der Tagespflege betreuen, kann vom 1. Januar 2019 nicht mehr pauschalierend angenommen werden, dass sie nicht hauptberuflich selbstständig tätig sind. Somit sind für diese Personengruppe die allgemeinen Kriterien zur Feststellung einer hauptberuflich selbstständigen Tätigkeit anzuwenden.

Die vorgenannte Änderung hat den GKV-Spitzenverband dazu veranlasst, die Grundsätzlichen Hinweise vom 23. Juli 2015 zum Begriff der hauptberuflich selbstständigen Erwerbstätigkeit entsprechend anzupassen.

Ergebnis:

Die Fachkonferenzteilnehmer kommen überein, die Grundsätzlichen Hinweise zum Begriff der hauptberuflich selbstständigen Erwerbstätigkeit in der vorliegenden überarbeiteten Fassung (vgl. Anlage) unter dem Datum vom 20. März 2019 zu verabschieden.

Anlage



Ergebnisniederschrift
Fachkonferenz Beiträge
20. März 2019



Grundsätzliche Hinweise
Begriff der hauptberuflich
selbstständigen Erwerbstätigkeit
vom 20. März 2019



Einleitung

Die Ausübung einer hauptberuflich selbstständigen Erwerbstätigkeit ist im Versicherungs- und Beitragsrecht in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung mit bestimmten Rechtsfolgen belegt. Nach welchen Maßstäben das Vorliegen einer hauptberuflich selbstständigen Erwerbstätigkeit festzustellen bzw. abzugrenzen ist, ist allerdings nicht näher von Gesetzes wegen geregelt oder von der Rechtsprechung für alle Fallgruppen abschließend beantwortet und bereitet in Einzelfällen immer wieder Schwierigkeiten.

Der GKV-Spitzenverband stellt mit den vorliegenden Grundsätzlichen Hinweisen eine Entscheidungshilfe mit empfehlendem Charakter zur Verfügung, die den Begriff der hauptberuflich selbstständigen Tätigkeit näher definiert und insbesondere von der selbstständigen Tätigkeit, die nicht hauptberuflich ausgeübt wird, abgrenzt. Dabei wird in den hier beschriebenen Anwendungsbereichen von einem systematischen Zusammenhang der Vorschriften, die den Begriff der hauptberuflich selbstständigen Erwerbstätigkeit verwenden, ausgegangen, die mithin eine Auslegung des Begriffs nach einheitlichen Regeln erfordern.

Die in den Grundsätzlichen Hinweisen enthaltenen Aussagen dienen der Sicherung einer einheitlichen Rechtsanwendung durch die Krankenkassen. Sie sollen sicherstellen, dass bei gleichgelagerten Sachverhalten unabhängig von der Krankenkassenzugehörigkeit gleiche Beurteilungen getroffen werden, ohne dass den Krankenkassen für besonders gelagerte Einzelfälle jeglicher Handlungs- und Bewertungsspielraum, der sachlich vertreten werden kann, genommen wird.

Die erste Fassung der Grundsätzlichen Hinweise vom 3. Dezember 2010 hat der Beschäftigung von Arbeitnehmern im Zusammenhang mit der selbstständigen Tätigkeit entscheidungsrelevante Bedeutung beigemessen. Danach war bei Selbstständigen, die mindestens einen Arbeitnehmer mehr als geringfügig beschäftigen, generalisierend anzunehmen, dass sie aufgrund ihrer Arbeitgeberfunktion hauptberuflich erwerbstätig sind, ohne dass die wirtschaftliche Bedeutung und der zeitliche Umfang der selbstständigen Tätigkeit regelmäßig näher zu prüfen gewesen wäre. Die Rechtsprechung ist dieser Betrachtungsweise allerdings überwiegend nicht gefolgt. Im Jahr 2012 hat auch das Bundessozialgericht zum Ausdruck gebracht, dass die Beschäftigung von Arbeitnehmern für sich allein betrachtet keinen ausreichenden Beweis für eine hauptberuflich selbstständige Tätigkeit darstellt und auch der Wortlaut der gesetzlichen Regelungen zur Hauptberuflichkeit ein solches Merkmal der Arbeitnehmerbeschäftigung nicht enthält.

Vor diesem Hintergrund hat der GKV-Spitzenverband die Grundsätzlichen Hinweise vom 3. Dezember 2010 überarbeitet und eine zweite Fassung mit Datum vom 11. Juni 2013 vorgelegt. Im Zuge der Überarbeitung wurde die generalisierende Regelung, wonach allein die Beschäftigung

mindestens eines Arbeitnehmers im Zusammenhang mit der selbstständigen Tätigkeit stets als entscheidungserhebliches Merkmal der Hauptberuflichkeit zu werten ist, aufgegeben. Darüber hinaus wurden weitere Anpassungen vorgenommen. Diese betrafen unter anderem die Regelung für Selbstständige ohne andere Erwerbstätigkeit mit einem Zeitaufwand von mehr als 30 Stunden wöchentlich. In diesen Fällen wurde – trotz starker Indizwirkung aufgrund des Umfangs der Tätigkeit – für die Annahme der Hauptberuflichkeit ein Arbeitseinkommenserfordernis eingefügt. Im Übrigen wurde im Kontext der schematischen Prüfung der Hauptberuflichkeit der Begriff der widerlegbaren Vermutung nicht weiter verwendet. Die den praktischen Erfordernissen gerecht werdende Prüfung anhand von Grundannahmen blieb jedoch bestehen. Die Grundannahmen stellen auch weiterhin auf einen typischen Lebens- und Geschehenssachverhalt ab, bei dem (je nach starker oder schwacher Indizwirkung) der Rückschluss auf das Vorliegen oder Nichtvorliegen von Hauptberuflichkeit sachlich gerechtfertigt ist.

Die dritte Fassung der Grundsätzlichen Hinweise vom 23. Juli 2015 hat im Wesentlichen die von Seiten des GKV-Spitzenverbandes geforderte und mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz geschaffene gesetzliche Vermutungsregelung aufgegriffen, wonach die regelmäßige Beschäftigung mindestens eines Arbeitnehmers in mehr als geringfügigem Umfang zur Annahme der Hauptberuflichkeit führt. Darüber hinaus ist auch die ebenfalls im GKV-Versorgungsstärkungsgesetz enthaltene Verlängerung der befristeten Sonderregelung zum Status von Tagespflegepersonen um weitere drei Jahre berücksichtigt worden.

Mit der vorliegenden vierten Fassung wird das Auslaufen der bis zum 31. Dezember 2018 befristeten Sonderregelung zur Beurteilung der Hauptberuflichkeit von Tagespflegepersonen berücksichtigt. Für Tagespflegepersonen, die bis zu fünf gleichzeitig anwesende, fremde Kinder in der Tagespflege betreuen, kann vom 1. Januar 2019 nicht mehr pauschalierend angenommen werden, dass sie nicht hauptberuflich selbstständig tätig sind; somit finden für diese Personengruppe die allgemeinen Kriterien zur Feststellung einer hauptberuflich selbstständigen Tätigkeit Anwendung.

Hinweis:

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf geschlechterspezifische Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen in den Grundsätzlichen Hinweisen gelten daher gleichermaßen für alle Geschlechter.

Inhaltsverzeichnis

1. Anwendungsbereich	5
2. Begriff der hauptberuflich selbstständigen Erwerbstätigkeit.....	6
2.1 Allgemeines	6
2.2 Selbstständige Erwerbstätigkeit.....	7
2.3 Hauptberuflichkeit	9
2.4 Vermutung der Hauptberuflichkeit	12
3. Abgrenzung der hauptberuflich selbstständigen Tätigkeit	13
3.1 Selbstständige Tätigkeit neben anderer Erwerbstätigkeit	13
3.2 Selbstständige Tätigkeit ohne andere Erwerbstätigkeit	15
4. Besondere Gruppen von Selbstständigen	16
4.1 Gründungszuschussbezieher	16
4.2 Tagespflegepersonen	17
5. Feststellung der hauptberuflich selbstständigen Erwerbstätigkeit	17
6. Anwendungszeitpunkt.....	18

1. Anwendungsbereich

Nach § 5 Abs. 5 SGB V ist derjenige, der hauptberuflich selbstständig erwerbstätig ist, von der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 oder 5 bis 12 SGB V ausgeschlossen. Entsprechendes gilt für den Ausschluss der Mitgliedschaft von Rentenantragstellern nach § 189 SGB V. Die Ausschlussregelung des § 5 Abs. 5 SGB V soll ihrem Zweck nach verhindern, dass nicht versicherungspflichtige Selbstständige durch Aufnahme einer niedrig vergüteten versicherungspflichtigen Nebenbeschäftigung oder durch Erfüllung eines anderen Versicherungspflichttatbestandes den umfassenden Schutz der gesetzlichen Krankenversicherung erhalten, obwohl sie weder zu dem des Solidarschutzes bedürftigen Personenkreis gehören noch mit ihrem Arbeitseinkommen bzw. ihrer wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit zur Finanzierung der Solidargemeinschaft beitragen. Darüber hinaus verhindert die Regelung im Sinne einer Systemgrenze zwischen dem besonderen Zweig der landwirtschaftlichen Krankenversicherung und der allgemeinen Krankenversicherung, dass Haupterwerbslandwirte, die in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig sind, wegen einer abhängigen Nebenbeschäftigung in die allgemeine Krankenversicherung abwandern.

Eine mit § 5 Abs. 5 SGB V vergleichbare Vorschrift existiert in der Krankenversicherung der Landwirte. Nach § 2 Abs. 4a KVLG 1989 schließt eine außerhalb der Land- und Forstwirtschaft hauptberuflich ausgeübte selbstständige Erwerbstätigkeit die Versicherungspflicht in der Krankenversicherung der Landwirte nach § 2 Abs. 1 Nr. 1 bis 6 KVLG 1989 aus. Die Regelung führt mit der gleichen Zielrichtung wie in der allgemeinen Krankenversicherung dazu, dass ein selbstständig Erwerbstätiger durch eine geringfügige Betätigung als Nebenerwerbslandwirt nicht in den Genuss eines preiswerten gesetzlichen Krankenversicherungsschutzes gelangen soll. Denn die Beiträge zur Krankenversicherung der Landwirte sollen systemgerecht nur dann allein aus dem landwirtschaftlichen Betrieb ermittelt werden, wenn der Schwerpunkt der Erwerbstätigkeit in der Land- und Forstwirtschaft liegt.

Im Recht der Familienversicherung existiert in § 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V eine vergleichbare Regelung über den Versicherungsausschluss von Ehegatten, Lebenspartnern und Kindern, die hauptberuflich selbstständig erwerbstätig sind. Nach Sinn und Zweck der Vorschrift werden diese Familienangehörigen typisierend und generalisierend ohne Rücksicht auf die Höhe ihres Einkommens von der beitragsfreien Familienversicherung ausgeschlossen, weil sie generell nicht zu dem von der gesetzlichen Krankenversicherung geschützten Personenkreis gehören und auch nicht als Familienversicherte einbezogen, sondern auf die eigene Vorsorge verwiesen werden sollen.

Für hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige, die freiwilliges Mitglied oder nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V versicherungspflichtig sind, galten bis zum 31. Dezember 2018 bei der Beitragsbe-

messung nach § 240 SGB V besondere Regelungen. Danach waren grundsätzlich monatliche beitragspflichtige Einnahmen in Höhe der monatlichen Beitragsbemessungsgrenze anzusetzen. Eine von der Beitragsbemessungsgrenze abweichende Beitragsfestsetzung war lediglich bei Nachweis niedrigerer Einnahmen möglich; dabei durfte die Bemessungsgrundlage jedoch für den Kalendertag mindestens den 40. Teil der monatlichen Bezugsgröße, bei Vorliegen einer sozialen Härte oder bei Existenzgründern mindestens den 60. Teil der monatlichen Bezugsgröße nicht unterschreiten. Mit dem GKV-Versichertenentlastungsgesetz hat der Gesetzgeber mit Wirkung vom 1. Januar 2019 an den Grundsatz der regelhaften Beitragsbemessung auf der Grundlage der Beitragsbemessungsgrenze aufgegeben. Des Weiteren sind die besonderen Mindestbeitragsbemessungsgrundlagen für hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige entfallen, sodass in dieser Hinsicht eine Differenzierung zwischen hauptberuflich selbstständig Erwerbstätigen einerseits und sonstigen freiwilligen Mitgliedern andererseits nicht mehr erforderlich ist. Die Notwendigkeit einer Differenzierung zwischen haupt- und nebenberuflicher selbstständiger Erwerbstätigkeit besteht gleichwohl fort, da das Arbeitseinkommen aus einer nebenberuflichen selbstständigen Tätigkeit grundsätzlich mit dem ermäßigten Beitragssatz zur Beitragsbemessung herangezogen wird, es sei denn, dass es neben einer Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder Versorgungsbezügen erzielt wird, während das Arbeitseinkommen aus einer hauptberuflichen selbstständigen Tätigkeit in Abhängigkeit von der Wahl eines Krankengeldanspruchs entweder mit dem ermäßigten oder allgemeinen Beitragssatz der Beitragsbemessung im ersten Rang vor etwaigen weiteren beitragspflichtigen Einnahmen zugrunde gelegt wird. Darüber hinaus haben ausschließlich hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige die Möglichkeit, gegenüber der Krankenkasse zu erklären, dass die Mitgliedschaft den Anspruch auf Krankengeld umfassen soll (Wahlerklärung).

Die folgenden Ausführungen gelten für alle der vorstehend aufgezeigten Anwendungsbereiche.

2. Begriff der hauptberuflich selbstständigen Erwerbstätigkeit

2.1 Allgemeines

Der Begriff der hauptberuflich selbstständigen Erwerbstätigkeit ist weder gesetzlich noch untergesetzlich im Krankenversicherungs- oder Sozialversicherungsrecht definiert. Seine inhaltliche Bedeutung ergibt sich aus der jeweiligen Regelungsabsicht des Gesetzgebers. Dabei wird in den beschriebenen Anwendungsbereichen dieser Grundsätzlichen Hinweise von einem systematischen Zusammenhang der jeweiligen Vorschriften, die den Begriff der hauptberuflich selbstständigen Erwerbstätigkeit verwenden, und der mit den Vorschriften verfolgten Regelungsabsichten ausgegangen. Darüber hinaus hat die Rechtsprechung den Begriff mittlerweile für bestimmte Anwendungsfälle konkretisiert. Eine weitere Ausprägung haben die Spitzenorganisationen der Sozialver-

sicherung im Rahmen von Besprechungsergebnissen vorgenommen. Ferner besteht seit dem 23. Juli 2015 eine gesetzliche Vermutungsregelung, mit der Hauptberuflichkeit angenommen wird.

Diese Grundsätzlichen Hinweise greifen die Entscheidungen und Besprechungsergebnisse von wesentlicher Bedeutung sowie die gesetzliche Vermutungsregelung auf und führen sie im Sinne einer für die Praxis der Krankenkassen relevanten Entscheidungshilfe zusammen. Dabei hängt die konkrete Beurteilung von den jeweiligen Umständen des Einzelfalles ab.

Der Begriff der hauptberuflich selbstständigen Erwerbstätigkeit wird durch zwei Elemente geprägt:

- Ø die selbstständige Erwerbstätigkeit (vgl. Ausführungen unter Nummer 2.2) und
- Ø die Hauptberuflichkeit (vgl. Ausführungen unter Nummer 2.3); Hauptberuflichkeit wird bei Vorliegen bestimmter Voraussetzungen allerdings gesetzlich vermutet (vgl. Ausführungen unter Nummer 2.4).

Damit wird bereits deutlich, dass in diesem Kontext nicht jede selbstständige Erwerbstätigkeit erfasst bzw. mit den entsprechenden Rechtsfolgen belegt ist, sondern nur solche, die in einer besonderen Ausprägung ausgeübt werden. Die Abgrenzung einer hauptberuflich selbstständigen Tätigkeit von einer nicht hauptberuflich ausgeübten selbstständigen Tätigkeit ist – außerhalb der gesetzlichen Vermutungsregelung oder wenn die gesetzliche Vermutung widerlegt werden soll – nach den unter Nummer 3 aufgeführten Grundsätzen vorzunehmen.

2.2 Selbstständige Erwerbstätigkeit

Selbstständig erwerbstätig ist, wer als natürliche Person selbst mit Gewinnerzielungsabsicht eine Tätigkeit in der Land- und Forstwirtschaft, in einem Gewerbebetrieb oder einer sonstigen insbesondere freiberuflichen Arbeit in persönlicher Unabhängigkeit und auf eigene Rechnung und Gefahr ausübt. Die Gewinnerzielungsabsicht, auf die die selbstständige Tätigkeit gerichtet sein muss, stellt dabei auf das sozialrechtlich relevante Arbeitseinkommen ab. Dieses ist nach § 15 Abs. 1 Satz 1 SGB IV der nach den allgemeinen Gewinnermittlungsvorschriften des Einkommensteuerrechts ermittelte Gewinn aus der selbstständigen Tätigkeit; es umfasst neben den steuerrechtlich maßgeblichen Einkünften aus selbstständiger Arbeit (§ 2 Abs. 1 Nr. 3, § 18 EStG) auch Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft (§ 2 Abs. 1 Nr. 1, §§ 13 ff. EStG) und aus Gewerbebetrieb (§ 2 Abs. 1 Nr. 2, §§ 15 ff. EStG). Die selbstständige Erwerbstätigkeit umfasst daher alle durch den Arbeitseinkommenbegriff in Bezug genommenen und auf die Erzielung von Einnahmen gerichteten Handlungen. Das bedeutet, dass die Tätigkeit lediglich (subjektiv) darauf gerichtet sein muss, positive Einnahmen zu erzielen. Dagegen wird nicht verlangt, dass Einnahmen tatsächlich erzielt werden.

Tätigkeiten, die nur aus Liebhaberei oder zum Zeitvertreib verrichtet werden, werden hingegen nicht zu Erwerbszwecken ausgeübt. Gleiches gilt für reine Vorbereitungshandlungen, die dazu dienen, eine selbstständige Tätigkeit aufzunehmen, es sei denn, diese entfalten im Geschäftsverkehr bereits Außenwirkung und sind nach dem zugrunde liegenden Gesamtkonzept ernsthaft und unmittelbar auf die spätere Geschäftstätigkeit ausgerichtet.

Tätigkeiten in Ausübung von Gesellschafterrechten (z. B. als Gesellschafter einer GmbH) sind keine selbstständigen Erwerbstätigkeiten, wenn diese sich allein dem gesellschaftsrechtlichen Bereich zuordnen lassen (vgl. Urteil des BSG vom 4. Juni 2009 – B 12 KR 3/08 R –, USK 2009-62). Gleiches gilt, wenn allein die mit der gesellschaftsrechtlichen Stellung als Kommanditist einer GmbH & Co. KG und als (Allein-)Gesellschafter der Komplementär-GmbH verbundenen Pflichten wahrgenommen werden, ohne dass eine aktive Mitarbeit im Unternehmen stattfindet (vgl. Urteil des BSG vom 29. Februar 2012 – B 12 KR 4/10 R –, USK 2012-23). Insofern stellt sich auch der mit dem Halten von Anteilen an Gesellschaften erzielte Gewinn nicht als typischerweise mit persönlichem Einsatz verbundene Einkunftsart dar. Werden daneben jedoch auf der Grundlage zusätzlich bestehender Rechtsbeziehungen Tätigkeiten erbracht – schon die Vereinbarung einer Vergütung macht grundsätzlich einen zusätzlichen Vertragsschluss erforderlich –, kommt dagegen eine selbstständige Tätigkeit, insbesondere im Rahmen eines freien Dienstverhältnisses, oder bei persönlicher Abhängigkeit die Annahme einer abhängigen Beschäftigung in Betracht.

Die Stellung als Gesellschafter einer Personengesellschaft (z. B. Gesellschaft des bürgerlichen Rechts, Partnerschaftsgesellschaft) lässt den Schluss zu, dass die Tätigkeit für den „eigenen Betrieb“ grundsätzlich als selbstständige Tätigkeit erbracht wird. In Einzelfällen ist ein versicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis möglich, wenn der Gesellschafter außerhalb seines Gesellschaftsverhältnisses tätig ist und in persönlicher Abhängigkeit zu dem Unternehmen steht (vgl. Urteil des BSG vom 20. Juli 1988 – 12 RK 23/87 –, USK 88176).

Organwahrer juristischer Personen (z. B. der Vorstand eines Vereins oder der Geschäftsführer einer GmbH), die neben der gesellschaftsrechtlichen Verbindung in einer weiteren Beziehung zur juristischen Person stehen und dabei Tätigkeiten ausüben, die nicht allein dem körperschaftlichen oder gesellschaftsrechtlichen Bereich zuzuordnen sind oder Aufgaben wahrnehmen, die hinsichtlich ihres Umfangs oder ihrer Art nach über das hinausgehen, was Satzung, Vertrag, Beschlüsse der Organe und allgemeine Übung an Arbeitsverpflichtungen festlegen, oder eine Vergütungsvereinbarung getroffen haben, üben grundsätzlich eine selbstständige Erwerbstätigkeit aus; bei persönlicher Abhängigkeit dürfte eine abhängige Beschäftigung in Betracht kommen (vgl. Urteil des BSG vom 4. Juni 2009 – B 12 KR 3/08 R –, USK 2009-62). Die Beurteilung ist nach sozialversicherungsrechtlichen Grundsätzen vorzunehmen.

Die Vermietung von eigenen Wohnungen und das Erzielen von Einkünften hieraus stellt sich grundsätzlich nicht als selbstständige Erwerbstätigkeit dar (vgl. Urteil des BSG vom 30. März 2006 – B 10 KR 2/04 R –, USK 2006-49). Etwas anderes gilt allerdings dann, wenn die erzielten Einkünfte aus der Vermietung steuerrechtlich solchen aus einem Gewerbebetrieb zugeordnet werden.

Eine selbstständige Tätigkeit endet, wenn die Erwerbstätigkeit nachweislich eingestellt oder der Betrieb aufgegeben oder veräußert wird. Merkmale für die Beendigung einer selbstständigen Tätigkeit können sein: Abmeldung des Gewerbebetriebs, Auflösung, Liquidation oder Löschung des Betriebs im Handelsregister oder in der Handwerksrolle. Wird im Falle der Gewerbeabmeldung der Betrieb aufgrund einer nicht abgegebenen Betriebsaufgabeerklärung im steuerrechtlichen Sinne fortgeführt und werden dementsprechend weiterhin Einkünfte aus Gewerbebetrieb erzielt, ist für diese Zeit weiterhin eine selbstständige Tätigkeit anzunehmen. Die steuerrechtliche Betriebsfortführung und die damit einhergehende Annahme einer selbstständigen Tätigkeit bedeuten allerdings nicht, dass die selbstständige Tätigkeit generell auch als hauptberuflich anzusehen ist. Ob in diesen Fällen (weiterhin) Hauptberuflichkeit vorliegt, ist im Einzelfall nach Maßgabe der Ausführungen unter Nummer 2.3 zu prüfen. Dabei ist die mit der Gewerbeabmeldung verbundene Anzeige der Aufgabe oder Übergabe des Betriebs als Indiz gegen die Hauptberuflichkeit zu werten. Die Eröffnung eines Insolvenzverfahrens über das Vermögen des Schuldners stellt ein Indiz für die Beendigung der selbstständigen Tätigkeit dar, und zwar unabhängig von der Rechtsform des Schuldners; die Abweisung eines Antrags auf Eröffnung eines Insolvenzverfahrens mangels Masse bei einer natürlichen Person stellt hingegen für sich alleine betrachtet kein Merkmal für die Beendigung einer selbstständigen Tätigkeit dar.

Sofern eine selbstständig tätige Person über einen längeren Zeitraum Arbeitslosengeld II oder laufende Hilfe zum Lebensunterhalt bezieht und die Hilfeleistungen das Arbeitseinkommen und die übrigen beitragspflichtigen Einnahmen übersteigen, kann die Annahme einer Erwerbstätigkeit mangels Gewinnerzielungsabsicht ausscheiden (vgl. Urteil des BSG vom 26. September 1996 – 12 RK 46/95 –, USK 9692).

Für die Beurteilung einer selbstständigen Erwerbstätigkeit als landwirtschaftlicher Unternehmer in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung gelten die Vorschriften des KVLG 1989.

2.3 Hauptberuflichkeit

Hauptberuflich ist eine selbstständige Erwerbstätigkeit dann, wenn sie von der wirtschaftlichen Bedeutung und dem zeitlichen Aufwand her die übrigen Erwerbstätigkeiten zusammen deutlich übersteigt und den Mittelpunkt der Erwerbstätigkeit darstellt (vgl. Gesetzesbegründung zu § 5

Abs. 5 SGB V, Bundestags-Drucksache 11/2237 S. 159); in diese Beurteilung sind selbstständige Tätigkeiten als land- oder forstwirtschaftlicher Unternehmer oder als Künstler oder Publizist mit einzubeziehen. Die Rechtsprechung hat diese Erwägungen im Gesetzgebungsverfahren zur Auslegung des Begriffs der hauptberuflich selbstständigen Erwerbstätigkeit übernommen und sich dem angeschlossen. Dem Kriterium „Mittelpunkt der Erwerbstätigkeit“ kommt allerdings keine eigenständige Bedeutung zu (vgl. Urteil des BSG vom 29. September 1997 – 10 RK 2/97 –, USK 9766); es stellt insbesondere kein eigenständiges Tatbestandsmerkmal dar, sondern dient lediglich der Verdeutlichung des Begriffs „hauptberuflich“.

Hauptberuflichkeit ist allerdings ohne nähere Prüfung der wirtschaftlichen Bedeutung und des zeitlichen Aufwands der selbstständigen Tätigkeit im ersten Schritt immer dann anzunehmen, wenn der Selbstständige Arbeitgeberstellung hat, das heißt, wenn er im Zusammenhang mit seiner selbstständigen Erwerbstätigkeit regelmäßig mindestens einen Arbeitnehmer mehr als geringfügig beschäftigt (vgl. Ausführungen unter Nummer 2.4). Liegt keine Arbeitgebereigenschaft vor, ist das Merkmal der Hauptberuflichkeit anhand der vorgenannten Kriterien, wirtschaftliche Bedeutung und zeitlicher Aufwand der selbstständigen Tätigkeit, zu beurteilen und nach den unter Nummer 3 aufgeführten Grundsätzen abzugrenzen.

Die Entgeltgrenze des § 8 Abs. 1 Nr. 1 SGB IV (Geringfügigkeitsgrenze) hat für die Beurteilung der Hauptberuflichkeit einer selbstständigen Tätigkeit keine Bedeutung. Zwar gilt die Geringfügigkeitsgrenze entsprechend, soweit anstelle einer Beschäftigung eine selbstständige Tätigkeit ausgeübt wird (§ 8 Abs. 3 SGB IV). Die Regelung definiert allerdings lediglich den Begriff der geringfügigen selbstständigen Tätigkeit, nicht dagegen den einer hauptberuflich selbstständigen Tätigkeit. Eine Übertragung der Geringfügigkeitsgrenze auf die Grundsätze zur Hauptberuflichkeit ist daher nicht zulässig, zumal die Regelung des § 8 Abs. 3 SGB IV ihren Anwendungsbereich vordergründig in der Rentenversicherung hat, da dort bestimmte selbstständig Tätige bei Ausübung einer nur geringfügigen selbstständigen Tätigkeit von der ansonsten bestehenden Versicherungspflicht (vgl. § 2 SGB VI) ausgenommen sind.

Während im Rahmen des § 5 Abs. 5 SGB V und des § 2 Abs. 4a KVLG 1989 in aller Regel eine gewichtige Abgrenzung zwischen der die Versicherungspflicht ausschließenden selbstständigen Erwerbstätigkeit und den übrigen Erwerbstätigkeiten vorzunehmen ist (vgl. Ausführungen unter Nummer 3.1), lässt sich bei selbstständig Tätigen, die keine weitere Erwerbstätigkeit ausüben, das Merkmal der Hauptberuflichkeit daran ableiten, ob die selbstständige Erwerbstätigkeit der Lebensführung des Betroffenen von ihrer wirtschaftlichen Bedeutung und ihrem zeitlichen Aufwand her das Gepräge gibt (vgl. Ausführungen unter Nummer 3.2). Dies ist nicht immer schon dann der Fall, wenn neben der selbstständigen Tätigkeit keine andere Erwerbstätigkeit ausgeübt wird. Dementsprechend führt bei der Versichertengruppe der Rentner nur eine hauptberuflich

ausgeübte selbstständige Erwerbstätigkeit zum Ausschluss der Krankenversicherungspflicht, nicht dagegen die bloße Ausübung einer selbstständigen Erwerbstätigkeit (vgl. Urteil des BSG vom 29. Juli 2015 – B 12 KR 4/13 R –, USK 2015-72). Insofern stellt – auch bei anderen Versicherten-
gruppen – das Merkmal der Hauptberuflichkeit nicht auf die (alleinige) Ausübung einer selbst-
ständigen Erwerbstätigkeit ab oder erschöpft sich in der gewichtenden Abgrenzung gegenüber
den parallel ausgeübten Erwerbstätigkeiten, sondern verlangt eine bestimmte Qualität und/oder
deren Umfang.

Die wirtschaftliche Bedeutung der selbstständigen Tätigkeit ist durch Heranziehung des Arbeits-
einkommens im Sinne des § 15 SGB IV zu bestimmen (vgl. u. a. Urteil des BSG vom 29. April 1997
– 10/4 RK 3/96 –, USK 9760). Maßgeblich ist danach der nach den Gewinnermittlungsvorschriften
des Einkommensteuerrechts ermittelte Gewinn aus der selbstständigen Tätigkeit (§ 15 Abs. 1
SGB IV). Dies gilt grundsätzlich auch für die Gewinnermittlung aus Einkünften aus Land- und
Forstwirtschaft (vgl. Urteil des BSG vom 23. Juli 2014 – B 12 KR 16/12 R –, USK 2014-49). Bei
Landwirten, deren Gewinn aus Land- und Forstwirtschaft nach § 13a EStG ermittelt wird (betrifft
Kleinbetriebe, der in dieser Vorschrift näher beschriebenen Größenordnung), ist als Arbeitsein-
kommen jedoch der sich aus § 32 Abs. 6 ALG ergebende sog. korrigierte Wirtschaftswert heran-
zuziehen (§ 15 Abs. 2 EStG).

Vom zeitlichen Umfang her ist eine selbstständige Tätigkeit dann als hauptberuflich anzusehen,
wenn sie mehr als halbtags ausgeübt wird (vgl. Urteile des BSG vom 10. März 1994 – 12 RK 1/94
und 12 RK 3/94 –, USK 9428). Dabei ist neben dem reinen Zeitaufwand für die eigentliche Aus-
übung der selbstständigen Tätigkeit auch der zeitliche Umfang für eventuell erforderliche Vor-
und Nacharbeiten zu berücksichtigen. Zu berücksichtigen ist ferner die für die kaufmännische
und organisatorische Führung des Betriebes erforderliche Zeit, insbesondere zur Erledigung der
laufenden Verwaltung und Buchhaltung, Behördengänge, Geschäftsbesorgungen und ähnlicher
Aufgaben. In den Fällen, in denen Arbeitnehmer beschäftigt werden, aber die gesetzliche Vermu-
tungsregelung (vgl. Ausführungen unter Nummer 2.4) nicht zur Anwendung kommt oder wider-
legt werden soll, ist der mit der Leitungsfunktion (Personalführung) notwendig verbundene Zeit-
aufwand dem Selbstständigen ebenso zuzurechnen. Nicht zurechenbar ist dagegen der Zeitauf-
wand von mitarbeitenden Familienangehörigen oder von fremden Personen (vgl. Urteile des BSG
vom 29. April 1997 – 10/4 RK 3/96 –, USK 9760 und vom 29. September 1997 – 10 RK 2/97 –,
USK 9766). Zur Bestimmung des Zeitaufwands können auch Öffnungszeiten des Betriebs des
Selbstständigen eine Orientierungshilfe sein. Eine mehr als halbtags ausgeübte selbstständige
Tätigkeit ist anzunehmen, wenn der Zeitaufwand mehr als 20 Stunden wöchentlich beträgt. Bei
einem Zeitaufwand von nicht mehr als 20 Stunden wöchentlich ist die Annahme einer hauptberuf-
lichen selbstständigen Tätigkeit dann nicht ausgeschlossen, wenn die daraus erzielten Einnahmen
die Hauptquelle zur Bestreitung des Lebensunterhalts bilden.

2.4 Vermutung der Hauptberuflichkeit

Bei Personen, die im Zusammenhang mit ihrer selbstständigen Erwerbstätigkeit regelmäßig mindestens einen Arbeitnehmer mehr als geringfügig beschäftigen, wird nach § 5 Abs. 5 Satz 2 SGB V vermutet, dass sie hauptberuflich selbstständig erwerbstätig sind; als Arbeitnehmer gelten für Gesellschafter auch die Arbeitnehmer der Gesellschaft. Mit dieser durch das Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz) vom 16. Juli 2015 (BGBl I S. 1211) zum 23. Juli 2015 eingeführten Regelung ist eine rechtlich stabile Grundlage für eine Berücksichtigung der Arbeitgebereigenschaft bei der Feststellung einer hauptberuflich selbstständigen Tätigkeit geschaffen worden. Damit wird die frühere Verfahrenspraxis der Krankenkassen zur Annahme von Hauptberuflichkeit bei der Beschäftigung von Arbeitnehmern auf eine rechtliche Grundlage gestellt und gleichzeitig der sozialgerichtlichen Rechtsprechung, insbesondere dem Urteil des BSG vom 29. Februar 2012 – B 12 KR 4/10 R –, USK 2012-23, das die entsprechende Verfahrenspraxis der Krankenkassen wegen fehlender gesetzlicher Legitimation für unzulässig erklärte, der Boden entzogen.

Die regelmäßige Beschäftigung von Arbeitnehmern in mehr als geringfügigem Umfang (§ 8 SGB IV) im Zusammenhang mit der selbstständigen Tätigkeit stellt mithin für sich allein betrachtet zunächst ein entscheidendes Merkmal für eine hauptberuflich ausgeübte selbstständige Tätigkeit dar, ohne dass die wirtschaftliche Bedeutung und der zeitliche Umfang der selbstständigen Tätigkeit regelmäßig näher zu prüfen sind. Bei selbstständig Tätigen, die mindestens einen Arbeitnehmer regelmäßig mehr als geringfügig beschäftigen, kann daher im Wege der gesetzlichen Vermutung generalisierend angenommen werden, dass sie aufgrund ihrer tatsächlichen oder potentiellen Arbeitgebereigenschaft – unabhängig vom Umfang des persönlichen Arbeitseinsatzes – hauptberuflich erwerbstätig sind. Werden mehrere Arbeitnehmer geringfügig beschäftigt, deren Arbeitsentgelte bei Zusammenrechnung die Geringfügigkeitsgrenze des § 8 Abs. 1 Nr. 1 SGB IV überschreiten, ist Hauptberuflichkeit ebenfalls zu vermuten. Als regelmäßig sind solche Beschäftigungen anzusehen, die grundsätzlich auf Dauer angelegt sind, also nicht nur gelegentlich ausgeübt werden oder nur von kurzer Zeitdauer sind.

Die Vermutung kann jedoch widerlegt werden, indem der Selbstständige nachweist, dass trotz der Arbeitgeberstellung die selbstständige Tätigkeit seiner Lebensführung von ihrer wirtschaftlichen Bedeutung und ihrem zeitlichen Aufwand her nicht das Gepräge gibt und somit nicht hauptberuflich ausgeübt wird. Die Abgrenzung einer hauptberuflich selbstständigen Tätigkeit von einer nicht hauptberuflich ausgeübten selbstständigen Tätigkeit ist dann nach den unter Nummer 3 aufgeführten Grundsätzen vorzunehmen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass der mit der einem Arbeitgeber üblicherweise obliegenden Leitungsfunktion notwendig verbundene Zeitaufwand dem

Selbstständigen ebenso zuzurechnen ist wie das wirtschaftliche Ergebnis der von ihm beschäftigten Arbeitnehmer.

Die Vermutungsregelung ist nicht nur auf die Beschäftigung von Arbeitnehmern durch Selbstständige als natürliche Personen (Einzelunternehmer) beschränkt. Für Selbstständige, die ihre selbstständige Tätigkeit als Gesellschafter einer Gesellschaft ausüben, wird eine Arbeitgebergemeinschaft auch dann angenommen, wenn der oder die Arbeitnehmer von der Gesellschaft, beispielsweise einer GmbH, mehr als geringfügig beschäftigt wird bzw. werden. Verfügt die Gesellschaft über mehrere Gesellschafter, kann ein von der Gesellschaft beschäftigter Arbeitnehmer dem einzelnen Gesellschafter jedoch nur dann als Arbeitnehmer zugerechnet werden, wenn sich bei einer Aufteilung des Arbeitsentgelts des Arbeitnehmers gemäß der Kapitalbeteiligung der Gesellschafter auf die einzelnen Gesellschafter ergibt, dass der selbstständig Tätige (als einer der Gesellschafter der Gesellschaft) den Arbeitnehmer in einem Umfang „beschäftigt“, der die Grenze des § 8 Abs. 1 Nr. 1 SGB IV überschreitet. Entsprechendes gilt, wenn die Gesellschaft mehrere Arbeitnehmer beschäftigt. Die anteilige Zurechnung eines Arbeitnehmers oder mehrerer Arbeitnehmer in Form der Aufteilung des Arbeitsentgelts oder der Arbeitsentgelte auf mehrere Gesellschafter entsprechend der jeweiligen Kapitalbeteiligung an der Gesellschaft (und nicht nach der Anzahl der Gesellschafter) ist der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zur Rentenversicherungspflicht selbstständiger Lehrer und Erzieher, die im Zusammenhang mit ihrer selbstständigen Tätigkeit keinen versicherungspflichtigen Arbeitnehmer beschäftigen, entnommen (vgl. Urteil des BSG vom 29. August 2012 – B 12 R 7/10 R).

3. Abgrenzung der hauptberuflich selbstständigen Tätigkeit

3.1 Selbstständige Tätigkeit neben anderer Erwerbstätigkeit

Wenn es gilt, die selbstständige Erwerbstätigkeit gegen eine oder mehrere abhängige Beschäftigungen gewichtend abzugrenzen, ist darauf abzustellen, ob die selbstständige Erwerbstätigkeit von der wirtschaftlichen Bedeutung und dem zeitlichen Umfang her die übrigen Erwerbstätigkeiten deutlich übersteigt. Liegen diese Voraussetzungen nicht vor, wird die selbstständige Tätigkeit nicht hauptberuflich ausgeübt. Die dazu erforderliche Prüfung ist im Zweifelsfall nicht schematisch, sondern im Rahmen einer Gesamtschau vorzunehmen. Eine solche Gesamtschau verhindert einerseits Zufallsergebnisse in den Fällen, in denen ein geringes Zurückbleiben bei einem Kriterium mit einem deutlichen Übersteigen beim anderen Kriterium zusammentrifft, und erlaubt andererseits, dass Besonderheiten wie z. B. im Falle eines Ausbildungsverhältnisses mit entsprechend geringer Vergütung berücksichtigt werden können, indem eine höhere Bewertung der wirtschaftlichen Bedeutung dieses Entgelts im Hinblick auf die angestrebte abhängige Beschäftigung im

späteren Beruf vorgenommen wird. Werden mehrere selbstständige Tätigkeiten ausgeübt, sind sie hinsichtlich ihrer wirtschaftlichen Bedeutung und des zeitlichen Umfangs zusammenzurechnen.

Im Sinne einer den Belangen aller Beteiligten Rechnung tragenden Abgrenzung, die vor allem verfahrenspraktisch relativ einfach durchzuführen ist, kann von folgenden Grundannahmen ausgegangen werden:

- Ø Bei Arbeitnehmern, die aufgrund tariflicher, betriebsbedingter oder arbeitsvertraglicher Regelungen vollschichtig arbeiten oder deren Arbeitszeit der regelmäßigen Wochenarbeitszeit vergleichbarer Vollbeschäftigter des Betriebs entspricht, ist anzunehmen, dass – unabhängig von der Höhe des Arbeitsentgelts – daneben für eine hauptberuflich selbstständige Erwerbstätigkeit kein Raum mehr bleibt.
- Ø Bei Arbeitnehmern, die mehr als 20 Stunden wöchentlich arbeiten und deren monatliches Arbeitsentgelt mehr als die Hälfte der monatlichen Bezugsgröße beträgt, ist anzunehmen, dass daneben für eine hauptberuflich selbstständige Erwerbstätigkeit kein Raum mehr bleibt.
- Ø Bei Arbeitnehmern, die an nicht mehr als 20 Stunden wöchentlich arbeiten und deren Arbeitsentgelt nicht mehr als die Hälfte der monatlichen Bezugsgröße beträgt, ist anzunehmen, dass die selbstständige Erwerbstätigkeit hauptberuflich ausgeübt wird.

Lässt sich nach diesen Grundannahmen das Vorliegen einer hauptberuflich selbstständigen Erwerbstätigkeit nicht eindeutig bestimmen oder liegen Anhaltspunkte für andere Gegebenheiten vor oder gilt es, Einwände gegen Grundannahmen zu prüfen, ist im Rahmen einer Gesamtschau bei Vergleich der Kriterien wirtschaftliche Bedeutung und zeitlicher Aufwand der jeweiligen Erwerbstätigkeiten festzustellen, ob die selbstständige Erwerbstätigkeit deutlich überwiegt. Für die Prüfung der wirtschaftlichen Bedeutung der selbstständigen Tätigkeit einerseits und der Beschäftigung andererseits sind das Arbeitseinkommen (§ 15 SGB IV) und das Arbeitsentgelt (§ 14 SGB IV) miteinander zu vergleichen.

Wann von einem „deutlichen Überwiegen“ auszugehen ist, hat die Rechtsprechung bislang nicht konkret beantwortet. Übersteigt die selbstständige Tätigkeit sowohl von der wirtschaftlichen Bedeutung als auch vom zeitlichen Aufwand her die übrigen Erwerbstätigkeiten um jeweils mindestens 20 %, kann von einem deutlichen Überwiegen ausgegangen werden; der vorgenannte Prozentsatz ist allerdings kein starrer Wert, sondern dient der Orientierung.

Eine neben einer Beschäftigung nicht hauptberuflich ausgeübte selbstständige Tätigkeit wird nicht dadurch „hauptberuflich“, dass in Fällen der kurzfristigen Unterbrechung des fortdauernden

Arbeitsverhältnisses oder im Fall der Elternzeit kein Arbeitsentgelt gezahlt wird, wenn die selbstständige Tätigkeit in dieser Zeit nicht ausgeweitet wird.

Wird bei Inanspruchnahme der Elternzeit eine im Sinne des § 15 Abs. 4 BEEG zulässige selbstständige Tätigkeit aufgenommen, ist die Hauptberuflichkeit nach den unter Nummer 3.2 beschriebenen Grundsätzen zu beurteilen.

3.2 Selbstständige Tätigkeit ohne andere Erwerbstätigkeit

Wird neben der selbstständigen Tätigkeit keine andere Erwerbstätigkeit ausgeübt, lässt sich ein Vergleich der Kriterien wirtschaftliche Bedeutung und zeitlicher Aufwand nicht anstellen; eine fiktive Ermittlung von Vergleichsgrößen scheidet aus. In diesen Fällen ist das Merkmal der Hauptberuflichkeit daran abzuleiten, ob die selbstständige Erwerbstätigkeit der Lebensführung des Betroffenen von ihrer wirtschaftlichen Bedeutung und ihrem zeitlichen Aufwand her das Gepräge gibt. Insofern kann von Hauptberuflichkeit nicht generell dann ausgegangen werden, wenn neben der selbstständigen Tätigkeit keine andere Erwerbstätigkeit ausgeübt wird.

Im Wege einer den praktischen Erfordernissen gerecht werdenden Prüfung der Hauptberuflichkeit kann von folgenden Grundannahmen ausgegangen werden:

- Ø Nimmt der zeitliche Aufwand für die selbstständige Tätigkeit den Selbstständigen mehr als 30 Stunden wöchentlich in Anspruch, ist anzunehmen, dass die selbstständige Tätigkeit hauptberuflich ausgeübt wird. Dies gilt dann, wenn das Arbeitseinkommen aus der selbstständigen Tätigkeit die Hauptquelle zur Bestreitung des Lebensunterhalts darstellt. Hiervon ist in der Regel auszugehen, wenn das Arbeitseinkommen 25 % der monatlichen Bezugsgröße übersteigt.
- Ø Nimmt der zeitliche Aufwand für die selbstständige Tätigkeit den Selbstständigen mehr als 20 Stunden, aber nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich in Anspruch, ist anzunehmen, dass die selbstständige Tätigkeit hauptberuflich ausgeübt wird. Dies gilt dann, wenn das Arbeitseinkommen aus der selbstständigen Tätigkeit die Hauptquelle zur Bestreitung des Lebensunterhalts darstellt. Hiervon ist in der Regel auszugehen, wenn das Arbeitseinkommen 50 % der monatlichen Bezugsgröße übersteigt.
- Ø Nimmt der zeitliche Aufwand für die selbstständige Tätigkeit den Selbstständigen nicht mehr als 20 Stunden wöchentlich in Anspruch, ist anzunehmen, dass die selbstständige Tätigkeit nicht hauptberuflich ausgeübt wird. Dies gilt nicht, wenn das Arbeitseinkommen 75 % der monatlichen Bezugsgröße übersteigt und (insofern) anzunehmen ist, dass es die Hauptquelle zur Bestreitung des Lebensunterhalts darstellt.

Lässt sich nach diesen Grundannahmen das Vorliegen einer hauptberuflich selbstständigen Erwerbstätigkeit nicht eindeutig bestimmen oder liegen Anhaltspunkte für andere Gegebenheiten hinsichtlich der Hauptquelle zur Bestreitung des Lebensunterhalts vor oder gilt es, Einwände gegen Grundannahmen zu prüfen, ist die Beurteilung im Rahmen einer Gesamtschau vorzunehmen. Für die Feststellung, ob das Arbeitseinkommen aus der selbstständigen Tätigkeit die Hauptquelle zur Bestreitung des Lebensunterhalts darstellt, sind alle weiteren Einnahmen, die zum Lebensunterhalt verbraucht werden können, heranzuziehen. Diese hat der Selbstständige auf Verlangen nachzuweisen. Darüber hinaus sind auch Unterhaltsansprüche zwischen nicht getrennt lebenden Ehegatten zu berücksichtigen, wenn sie innerhalb der eherechtlichen Beziehung einen entscheidenden Faktor für die Bestreitung des Lebensunterhalts des Selbstständigen darstellen. Auf der Grundlage aller Angaben ist anschließend zu ermitteln, ob der Lebensunterhalt deutlich überwiegend aus dem Arbeitseinkommen bestritten wird, dieses mithin die Hauptquelle zur Bestreitung des Lebensunterhalts darstellt. Von einem deutlichen Überwiegen kann ausgegangen werden, wenn das Arbeitseinkommen um mindestens 20 % über den weiteren Einnahmen zum Lebensunterhalt im vorstehenden Sinne liegt. Der vorgenannte Prozentsatz ist allerdings kein starrer Wert, sondern dient der Orientierung.

Werden mehrere selbstständige Tätigkeiten ausgeübt, sind sie hinsichtlich ihrer wirtschaftlichen Bedeutung und des zeitlichen Umfangs zusammenzurechnen.

4. Besondere Gruppen von Selbstständigen

4.1 Gründungszuschussbezieher

Bei Personen, die zur Förderung der Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit einen Gründungszuschuss nach § 93 SGB III erhalten, ist ohne weitere Prüfung davon auszugehen, dass aufgrund ihrer Zugehörigkeit zum anspruchsberechtigten Personenkreis nach dem Recht der Arbeitsförderung eine hauptberuflich selbstständige Tätigkeit vorliegt. Denn der Gründungszuschuss wird zur Sicherung des Lebensunterhalts und zur sozialen Sicherung in der Zeit nach der Existenzgründung unter weiteren Voraussetzungen den Personen gewährt, die durch Aufnahme einer selbstständigen, hauptberuflichen Tätigkeit die Arbeitslosigkeit beenden.

Die Differenzierung bei der Dauer und Höhe der Förderung (§ 94 SGB III) ist für die Annahme der Hauptberuflichkeit unerheblich.

Personen, deren Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit zur Überwindung von Hilfebedürftigkeit nach dem SGB II durch das Einstiegsgeld nach § 16b SGB II gefördert wird, sind ohne weitere Prüfung ebenfalls als hauptberuflich selbstständig erwerbstätig anzusehen, da davon auszugehen

ist, dass eine Förderung nur stattfindet, wenn die selbstständige Tätigkeit hauptberuflichen Charakter hat.

4.2 Tagespflegepersonen

Für die Beurteilung der Hauptberuflichkeit von Tagespflegepersonen waren in der Zeit vom 1. Januar 2009 bis zum 31. Dezember 2018 im Recht der Kranken- und Pflegeversicherung besondere Regelungen vorgesehen, die eine vereinfachte Prüfung ermöglicht haben. Danach war bei einer Tagespflegeperson, die bis zu fünf gleichzeitig anwesende, fremde Kinder in Tagespflege betreut, verallgemeinernd anzunehmen, dass keine hauptberuflich selbstständige Erwerbstätigkeit ausgeübt wird.

Die vorgenannten Sonderregelungen waren zeitlich befristet und sind über den 31. Dezember 2018 hinaus nicht verlängert worden. Sie sind mit dem GKV-Versichertenentlastungsgesetz aufgehoben worden. Vom 1. Januar 2019 an sind für Tagespflegepersonen die allgemeinen Kriterien zur Feststellung der Hauptberuflichkeit maßgebend, wie sie für alle anderen selbstständig Erwerbstätigen gelten. Dementsprechend sind Tagespflegepersonen unabhängig von der Anzahl der zu betreuenden Kinder im Einzelfall als hauptberuflich selbstständig anzusehen, wenn die selbstständige Erwerbstätigkeit der Lebensführung des Einzelnen von ihrer wirtschaftlichen Bedeutung und ihrem zeitlichen Aufwand her das Gepräge gibt (vgl. Ausführungen unter Nummer 3.1 und 3.2). Sollte das nicht der Fall sein, wird im Ergebnis Hauptberuflichkeit zu verneinen sein.

5. Feststellung der hauptberuflich selbstständigen Erwerbstätigkeit

Als bloßes Tatbestandselement ist das (Nicht-)Vorliegen einer hauptberuflich selbstständigen Erwerbstätigkeit im Verwaltungsverfahren nicht isoliert feststellungsfähig. Die Entscheidung der Krankenkasse muss vielmehr auf das Bestehen oder Nichtbestehen eines Versicherungsverhältnisses gerichtet sein oder im Rahmen der Bestimmung der Rangfolge der Einnahmen oder der Feststellung des maßgebenden Beitragssatzes die Beitragshöhe konkret bestimmen.

Für die Feststellung, ob eine hauptberuflich selbstständige Erwerbstätigkeit gegeben ist, sind die tatsächlichen Verhältnisse, wie sie zum Zeitpunkt der Ausübung der selbstständigen Tätigkeit oder beim Zusammentreffen der selbstständigen Tätigkeit mit einer weiteren Erwerbstätigkeit vorliegen, in einer vorausschauenden Betrachtungsweise zu beurteilen (vgl. u. a. Urteil des BSG vom 19. Februar 1987 – 12 RK 9/85 –, USK 8708). Entscheidungen über die Versicherungspflicht und die Beitragshöhe sind ihrer Natur nach gegenwartsorientiert und zugleich – durch ihre Dauerwirkung – zukunftsbezogen. In der Folgezeit eintretende tatsächliche Änderungen, die nicht nur

von vorübergehender Dauer sind, sind vom Zeitpunkt der Änderung der Verhältnisse an zu berücksichtigen.

Bei dieser statusrechtlichen Bewertung ist das Arbeitseinkommen aus der ausgeübten selbstständigen Tätigkeit nach den tatsächlichen aktuellen bzw. den zu erwartenden Verhältnissen zu bestimmen. Das heißt, dass hierbei – anders als beim Nachweis des Arbeitseinkommens für Zwecke der Beitragsbemessung – nicht grundsätzlich auf den letzten vorliegenden Einkommensteuerbescheid zurückzugreifen ist, sondern andere qualifizierte Nachweise (z. B. Erklärungen von Steuerberatern, finanz- und betriebswirtschaftliche Auswertungen, im Einzelfall auch die sorgfältige und gewissenhafte Schätzung der zu erwartenden Einnahmen durch den Selbstständigen) zu akzeptieren sind.

Ist über die Frage, ob eine hauptberuflich selbstständige Erwerbstätigkeit vorliegt, nicht zeitnah bei Aufnahme der selbstständigen Tätigkeit oder beim Zusammentreffen der selbstständigen Tätigkeit mit einer weiteren Erwerbstätigkeit oder bei einer Änderung der Verhältnisse, sondern erst zu einem späteren Zeitpunkt zu entscheiden, gilt das vorstehende Gebot der vorausschauenden Betrachtungsweise für die Beurteilung entsprechend. Die seither eingetretenen tatsächlichen Entwicklungen eignen sich zwar nicht als Beurteilungsgrundlage einer Prognose; allerdings ist es auch nicht unzulässig, später eingetretene Entwicklungen als Bestätigung dafür zu finden, dass dies von vorneherein so beabsichtigt war, falls sich keine Anhaltspunkte für das Gegenteil finden.

Sofern es bei der Frage der Feststellung der hauptberuflich selbstständigen Erwerbstätigkeit um die Systemabgrenzung zwischen der landwirtschaftlichen Krankenversicherung und der allgemeinen Krankenversicherung geht, sollen die Versicherungsverhältnisse grundsätzlich mit Wirkung für die Zukunft, das heißt zum Beginn des auf die Feststellung folgenden Kalendermonats, abgewickelt werden. Erfolgt die Feststellung zeitnah, das heißt innerhalb von drei Monaten, gerechnet vom Tag des Zusammentreffens der Beschäftigung und der selbstständigen Tätigkeit an, sollen die Änderungen der Versicherungsverhältnisse nach der wahren Sach- und Rechtslage – auch rückwirkend – vorgenommen werden.

6. Anwendungszeitpunkt

Nach den Grundsätzlichen Hinweisen in der vorliegenden Fassung vom 20. März 2019 ist ab 1. Januar 2019 zu verfahren. Für Zeiten vor dem 1. Januar 2019 gelten die Grundsätzlichen Hinweise vom 23. Juli 2015.

Eine statusrechtliche Überprüfung von Tagespflegepersonen zum 1. Januar 2019 ist nur auf Verlangen der betroffenen Person vorzunehmen.

Top 4

Ausschluss der Versicherungspflicht für Personen, die das 55. Lebensjahr vollendet haben;
hier: Erfüllung eines Versicherungspflichttatbestandes nach dem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben

Sachverhalt:

Nach § 6 Abs. 3a SGB V sind Personen, die nach Vollendung des 55. Lebensjahres versicherungspflichtig werden, von der Versicherungspflicht ausgenommen (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 SGB V nicht versicherungspflichtig waren; diese weitere Voraussetzung ist auch erfüllt, wenn der Ehegatte oder Lebenspartner sie erfüllt.

Die Regelung ist mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 geschaffen worden und zum 1. Juli 2000 in Kraft getreten. Sie dient nach dem Willen des Gesetzgebers einer klareren Abgrenzung zwischen der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung und dem Schutz der Solidargemeinschaft der gesetzlich Versicherten. Die Regelung folgt dem Grundsatz, dass versicherungsfreie Personen, die sich frühzeitig für eine Absicherung in der privaten Krankenversicherung entschieden haben, diesem System auch im Alter angehören sollen (vgl. Gesetzesbegründung in Bundestags-Drucksache 14/1245, Besonderer Teil, zu Artikel 1 Nummer 2 (§ 6 Abs. 3a)).

Der Ausschluss der Versicherungspflicht stellt nicht allein darauf ab, dass in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Versicherungspflicht keine Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung bestanden hat, sondern setzt ferner voraus, dass Betroffene in dem Fünf-Jahres-Zeitraum überwiegend versicherungsfrei, von der Versicherungspflicht befreit oder hauptberuflich selbstständig tätig waren.

Bei Personen, die noch im Erwerbsleben stehen, ist diese weitere Voraussetzung regelmäßig erfüllt, wenn beispielsweise im Rahmen einer zur Versicherungsfreiheit nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V führenden Beschäftigung das regelmäßige Arbeitsentgelt auf einen Betrag unterhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze abgesenkt oder im Anschluss an eine zur Versicherungsfreiheit nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V führende Beschäftigung eine neue Beschäftigung mit einem

regelmäßigen Arbeitsentgelt unterhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze aufgenommen oder im Anschluss an eine hauptberuflich selbstständige Erwerbstätigkeit eine dem Grunde nach versicherungspflichtige Beschäftigung ausgeübt wird. Dagegen stößt die Prüfung der weiteren Voraussetzung des § 6 Abs. 3a Satz 2 SGB V bei wortgetreuer Auslegung dann an Grenzen, wenn die betroffene Person bereits aus dem Erwerbsleben ausgeschieden ist. Der Grund hierfür ist, dass sowohl die Versicherungsfreiheit nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V als auch die Befreiung von der Versicherungspflicht (z. B. nach § 8 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V) mit dem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zum Ende der Beschäftigung enden und insoweit nicht fortgeführt werden. Gleiches gilt bei Aufgabe der selbstständigen Tätigkeit zwecks Ausscheiden aus dem Erwerbsleben.

Das bedeutet, dass ein wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze versicherungsfreier und seit Jahrzehnten privat krankenversicherter Arbeitnehmer, der seine Beschäftigung mit Vollendung des 63. Lebensjahres beendet und anschließend eine Altersrente vorzeitig in Anspruch nimmt, bei einer rein am Wortlaut des § 6 Abs. 3a Satz 2 SGB V orientierten Auslegung mit Aufnahme einer mehr als geringfügigen Beschäftigung in der gesetzlichen Krankenversicherung als Arbeitnehmer versicherungspflichtig würde, sofern die Beschäftigung frühestens 2 ½ Jahre (Hälfte des Fünf-Jahres-Zeitraums) nach dem durch das Ausscheiden aus dem Erwerbsleben bedingten Ende der Versicherungsfreiheit aufgenommen wird. Im Anschluss an das Ende dieser vermeintlich versicherungspflichtigen Beschäftigung würde die gesetzliche Krankenversicherung als freiwillige Versicherung fortgeführt werden (§ 188 Abs. 4 SGB V); damit wäre ein dauerhafter Zugang in die gesetzliche Krankenversicherung eröffnet.

Ergebnis:

Mit Blick auf die gesetzgeberische Intention kann kein Zweifel daran bestehen, dass die durch § 6 Abs. 3a SGB V angeordnete Versicherungsfreiheit von Personen, die nach Vollendung des 55. Lebensjahres einen Versicherungspflichttatbestand erfüllen, nicht nur gilt, solange betroffene Personen im Erwerbsleben stehen, sondern (und erst recht) auch dann, wenn diese Personen aus dem Erwerbsleben ausgeschieden sind. Nur ein solches Ergebnis entspricht dem Sinn und Zweck der Regelung des § 6 Abs. 3a SGB V.

§ 6 Abs. 3a SGB V ist im Interesse einer klaren Abgrenzung zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung so auszulegen, dass bei Personen, die wegen Erreichens der für



einen Rentenbezug vorgesehenen Altersgrenzen oder einer dauerhaften vollen Erwerbsminderung oder dauerhafter Aufgabe der selbstständigen Tätigkeit bereits aus dem Erwerbsleben ausgeschieden sind, die weitere Voraussetzung des Satzes 2 (mindestens die Hälfte des 5-Jahres-Zeitraums versicherungsfrei, von der Versicherungspflicht befreit oder hauptberuflich selbstständig erwerbstätig) erfüllt ist, wenn die betroffene Person diese Voraussetzung zum Zeitpunkt ihres Ausscheidens aus dem Erwerbsleben erfüllt hat. Sofern dies der Fall ist, führt die Erfüllung eines Versicherungspflichttatbestandes (z. B. die Aufnahme einer mehr als geringfügigen Beschäftigung oder der Antrag auf Hinterbliebenenrente bei Erfüllung der Voraussetzungen für die KVdR in der Person des Verstorbenen) nicht zur Versicherungspflicht.



Ergebnisniederschrift
Fachkonferenz Beiträge
20. März 2019



Top 5

Krankenkassenwahlrecht;

hier: Umsetzung der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts vom 11. September 2018

– B 1 KR 10/18 R –, USK 2018-66

Sachverhalt:

Das Bundessozialgericht (BSG) hat mit Urteil vom 11. September 2018 – B 1 KR 10/18 R –, USK 2018-66, dargelegt, dass es zur Ausübung des Krankenkassenwahlrechts einer Kündigung durch den Versicherten jedenfalls in den Fällen nicht bedarf, in denen eine erneute Versicherungspflicht eintritt und die Mindestbindungsfrist von 18 Monaten erfüllt ist; dabei spielt es nach Auffassung des BSG keine Rolle, ob sich die erneute Versicherungspflicht nahtlos an eine vorangegangene Mitgliedschaft anschließt. Vielmehr entsteht in den angesprochenen Sachverhaltskonstellationen vor dem Hintergrund der kraft Gesetzes beendeten Mitgliedschaft mit Beginn der erneuten Versicherungspflicht ein sofortiges Krankenkassenwahlrecht.

Die Ausführungen des BSG stehen im Widerspruch zu den Aussagen in den „Grundsätzlichen Hinweisen zum Krankenkassenwahlrecht“ des GKV-Spitzenverbandes vom 22. November 2016. Vor dem Hintergrund der Rechtsprechung des BSG aus dem Jahr 2007 wird ein sofortiges Krankenkassenwahlrecht danach bei Eintritt einer erneuten Versicherungspflicht bislang nur dann eingeräumt, wenn die vorangegangene Mitgliedschaft kraft Gesetzes endete und zwischen den beiden Mitgliedschaften eine Unterbrechung (beispielsweise in Form einer Familienversicherung oder einer Zeit des nachgehenden Leistungsanspruchs) von mindestens einem Kalendertag liegt; ob dabei die 18-monatige Mindestbindungsfrist erfüllt ist, spielt keine Rolle. Schließen sich hingegen die aufeinanderfolgenden Mitgliedschaften nahtlos aneinander an, kann das Krankenkassenwahlrecht nach bisheriger Auffassung ausschließlich im Kündigungsverfahren ausgeübt werden.

Angesichts der jüngsten BSG-Rechtsprechung bedürfen die „Grundsätzlichen Hinweise zum Krankenkassenwahlrecht“ des GKV-Spitzenverbandes vom 22. November 2016 einer Überarbeitung und Anpassung. Im Vorfeld hierzu ist jedoch die Frage zu erörtern, in welcher Weise und mit welcher inhaltlichen Ausrichtung die erforderliche Weiterentwicklung der an die Krankenkassen gerichteten Handlungsempfehlung zur Umsetzung des Krankenkassenwahlrechts erfolgen soll.

Ergebnis:

Die Fachkonferenzteilnehmer bekräftigen zunächst den bereits bislang in den „Grundsätzlichen Hinweisen zum Krankenkassenwahlrecht“ des GKV-Spitzenverbandes vom 22. November 2016 vorgehaltenen Grundsatz, nach dem ein sofortiges Krankenkassenwahlrecht bei Eintritt einer erneuten Versicherungspflicht u. a. dann einzuräumen ist, wenn die vorangegangene Mitgliedschaft kraft Gesetzes endet und zwischen den beiden Mitgliedschaften eine Unterbrechung von mindestens einem Kalendertag liegt; ob in diesen Fällen die 18-monatige Mindestbindungsfrist erfüllt ist, ist auch weiterhin irrelevant.

Darüber hinaus ist vor dem Hintergrund der jüngsten BSG-Rechtsprechung ein sofortiges Krankenkassenwahlrecht künftig auch in den Fällen einzuräumen, in denen sich die aufeinanderfolgenden Mitgliedschaften nahtlos aneinander anschließen; einer Kündigung der bisherigen (kraft Gesetzes geendeten) Mitgliedschaft bedarf es mithin nicht. Voraussetzung ist in derartigen Fällen jedoch u. a., dass die 18-monatige Bindungsfrist erfüllt ist.

In Fortsetzung dieser Grundsätze zur künftigen Ausgestaltung des Krankenkassenwahlrechts ergeben sich in der Folge nachstehende Konsequenzen zu angrenzenden Fragestellungen:

- Krankenkassenwahlrecht unabhängig vom Status der Mitgliedschaft

Die skizzierten Grundsätze zur Ausübung des Krankenkassenwahlrechts gelten für Versicherungspflichtige und für Versicherungsberechtigte gleichermaßen. Hinsichtlich der Frage, ob bei Beginn einer Mitgliedschaft ein Krankenkassenwahlrecht einzuräumen ist, kommt es also nicht auf den Status dieser Mitgliedschaft an; gleichermaßen ist der Status der vorangegangenen Mitgliedschaft irrelevant. Entscheidend in diesem Kontext ist ausschließlich der Umstand, dass eine unmittelbar vorangegangene Mitgliedschaft kraft Gesetzes endet.

In der Folge ist also ein Krankenkassenwahlrecht nicht nur dann einzuräumen, wenn Zeiten der Versicherungspflicht unmittelbar aneinander anschließen; ein Krankenkassenwahlrecht ist vielmehr auch dann einzuräumen, wenn eine Zeit der Versicherungspflicht sich unmittelbar an eine zuvor kraft Gesetzes beendete freiwillige Mitgliedschaft anschließt. Schließt sich hingegen eine freiwillige Mitgliedschaft im Rahmen der obligatorischen Anschlussversicherung unmittelbar an eine zuvor kraft Gesetzes beendete Zeit der Versicherungspflicht an, bleibt der bereits bislang vorgehaltene Grundsatz unberührt, dass Mitglieder, deren Mit-



gliedschaft sich im Rahmen der sog. obligatorischen Anschlussversicherung nach § 188 Abs. 4 SGB V fortsetzt, zunächst Mitglied der Krankenkasse bleiben, bei der zuvor eine Mitgliedschaft bestanden hat. Da insoweit ein Krankenkassenwahlrecht nicht eingeräumt wird, beginnt mit Beginn der freiwilligen Mitgliedschaft im Rahmen der obligatorischen Anschlussversicherung auch keine erneute 18-monatige Bindungsfrist. Ein Krankenkassenwahlrecht kann in diesen Fällen nur dann eingeräumt werden, wenn die sich an die Versicherungspflicht anschließende freiwillige Mitgliedschaft nicht im Rahmen der obligatorischen Anschlussversicherung, sondern im Zuge eines Beitritts nach § 9 SGB V bei einer anderen Krankenkasse begründet werden soll; in diesen Fällen beginnt in Konsequenz des ausgeübten Krankenkassenwahlrechts eine erneute 18-monatige Bindungsfrist.

- Bindung an die Krankenkassenwahl

Die in § 175 Abs. 4 Satz 1 SGB V vorgesehene Mindestbindung von 18 Monaten an die Wahl der Krankenkasse knüpft regelmäßig an das grundsätzlich entstandene sofortige Krankenkassenwahlrecht an, und zwar ohne dass ein Wechsel der Krankenkasse damit zwingend einhergehen muss. In der Folge wird bislang u. a. in den Fällen, in denen nach einer Unterbrechung der Mitgliedschaft eine sich anschließende Versicherungspflicht oder Versicherungsberechtigung ein sofortiges Wahlrecht begründet, der Beginn einer erneuten 18-monatigen Bindungsfrist auch dann angenommen, wenn der Versicherte Mitglied der bisherigen Krankenkasse wird bzw. bleibt. Der insoweit bestehende Grundsatz einer sich begründenden Bindungsfrist im Zuge eines sog. „passiven Krankenkassenwahlrechts“ gilt unverändert fort und entfaltet künftig Wirkung gleichermaßen auch in den Sachverhaltskonstellationen, in denen bei unmittelbar aufeinanderfolgenden Mitgliedschaften zu Beginn der erneuten Mitgliedschaft – die Erfüllung der 18-monatigen Bindungsfrist vorausgesetzt – ein Krankenkassenwahlrecht zwar einzuräumen ist, der Versicherte hiervon jedoch keinen Gebrauch macht.

- Krankenkassenwahlrecht bei vorliegender Versicherungskonkurrenz

Das künftig einzuräumende Krankenkassenwahlrecht bei unmittelbar aufeinanderfolgenden Mitgliedschaften steht insbesondere in Abhängigkeit von der Frage, ob die vorangegangene Mitgliedschaft kraft Gesetzes endet. Aus welchem Grund die bisherige Mitgliedschaft endet, ist insoweit irrelevant. Es spielt daher auch keine Rolle, wenn die an die Versicherungspflicht geknüpften Voraussetzungen zwar weiterhin vorliegen, die Mitgliedschaft jedoch aus anderen Gründen gleichwohl zu beenden ist. Daher ist eine Beendigung der Mitgliedschaft kraft



Gesetzes in diesem Sinne auch jeweils in den Fällen anzunehmen, in denen eine dem Grunde nach unverändert bestehende Versicherungspflicht durch eine Vorrangversicherung verdrängt wird oder es nach Wegfall der vorrangigen Versicherungspflicht zu einem Wechsel im Status der Mitgliedschaft kommt, die ursprüngliche Versicherungspflicht also wieder „auflebt“. Dies ist beispielsweise dann der Fall, wenn eine KVdR-Mitgliedschaft zunächst durch die Versicherungspflicht aufgrund abhängiger Beschäftigung verdrängt, die Beschäftigung im weiteren Verlauf beendet und in der Folge die KVdR-Mitgliedschaft im unmittelbaren Anschluss an die Mitgliedschaft als versicherungspflichtiger Arbeitnehmer (erneut) begründet wird.

- Besondere Bindungsfristen für Wahltarife nach § 53 SGB V

Nach § 53 SGB V haben die Krankenkassen ihren Versicherten Wahltarife anzubieten. Bei Inanspruchnahme eines Wahltarifs ist das Mitglied nach § 53 Abs. 8 Satz 2 SGB V für die Dauer von einem Jahr bzw. drei Jahren an die Krankenkasse gebunden. Diese besonderen Bindungsfristen müssen nicht zwingend parallel zu der allgemeinen 18-monatigen Bindungsfrist verlaufen. Sofern nach einer Unterbrechung der Mitgliedschaft von mindestens einem Kalendertag erneut ein Tatbestand der Versicherungspflicht (oder der Versicherungsberechtigung) eintritt, lebt die eventuell noch nicht abgelaufene Mindestbindungsfrist für die Wahltarife nicht wieder auf, sodass dem Versicherten ein sofortiges Wahlrecht zusteht. An diesem schon bislang vorgehaltenen Grundsatz wird unverändert festgehalten.

Hinsichtlich der Sachverhalte, in denen künftig auch bei unmittelbar aufeinanderfolgenden Mitgliedschaften ein Krankenkassenwahlrecht grundsätzlich einzuräumen ist, gelten hinsichtlich der besonderen Bindungsfristen die Anforderungen, die auch an die allgemeine Bindungsfrist gestellt werden. Voraussetzung zur Ausübung des Krankenkassenwahlrechts bei unmittelbar aufeinanderfolgenden Mitgliedschaften ist somit nicht nur, dass die 18-monatige Bindungsfrist erfüllt ist; vielmehr muss zu Beginn der erneuten Mitgliedschaft auch die besondere Bindungsfrist nach § 53 Abs. 8 Satz 2 SGB V erfüllt sein. Sofern diese Voraussetzung nicht erfüllt ist, kann ein Krankenkassenwahlrecht nicht eingeräumt werden; in der Folge beginnt mit der erneuten Mitgliedschaft bei der bisherigen Krankenkasse auch keine erneute 18-monatige Bindungswirkung.



- Prüfung, ob ein Krankenkassenwahlrecht einzuräumen ist

Bislang kann in den Sachverhalten, in denen sich die Mitgliedschaften unmittelbar aneinander anschließen, ein Wahlrecht nur im Zuge des Kündigungsverfahrens umgesetzt werden; der Impuls für die Prüfung, ob vom Krankenkassenwahlrecht überhaupt Gebrauch gemacht werden kann, erfolgt bislang also durch die Kündigung gegenüber der bisherigen Krankenkasse.

Das Krankenkassenwahlrecht ist künftig auch dann einzuräumen, wenn Mitgliedschaften nahtlos aneinander anschließen. Voraussetzung hierfür ist u. a., dass die 18-monatige Bindungsfrist erfüllt ist; einer Kündigung bedarf es nicht mehr. Ungeachtet dessen hat die bislang zuständige Krankenkasse zu prüfen, ob die Voraussetzungen zur Ausübung des sofortigen Krankenkassenwahlrechts vorliegen; hierzu gehört insbesondere die Prüfung, ob die allgemeine Bindungsfrist sowie ggf. die besonderen Bindungsfristen erfüllt sind. Es kann davon ausgegangen werden, dass die bisherige Krankenkasse im Rahmen der Klärung der obligatorischen Anschlussversicherung darüber Kenntnis erhält, dass das Mitglied von seinem Krankenkassenwahlrecht Gebrauch gemacht hat. Sie prüft dabei, ob die hierfür erforderlichen Voraussetzungen erfüllt sind.

Vor diesem Hintergrund wird zum Zwecke der Optimierung der Verwaltungsabläufe beim Krankenkassenwechsel im Falle von unmittelbar aufeinanderfolgenden Mitgliedschaften ein Informationsaustausch zwischen den beteiligten Krankenkassen empfohlen. Hierbei übermittelt die neu gewählte Krankenkasse eine Mitgliedschaftsbescheinigung an die bisher zuständige Krankenkasse. Dadurch wird die Prüfung des möglichen Zustandekommens der obligatorischen Anschlussversicherung bei der bislang zuständigen Krankenkasse unterstützt und beschleunigt. Im Gegenzug kontaktiert die bislang zuständige Krankenkasse die gewählte Krankenkasse; dies ist jedoch nur dann notwendig, wenn die Voraussetzungen zur Ausübung des sofortigen Krankenkassenwahlrechts nicht erfüllt sind. Damit wird eine zeitnahe Rückabwicklung eines nicht zulässigen Wechsels der Krankenkasse sichergestellt. Der beschriebene Informationsaustausch entfaltet keine Rechtswirkung auf das rechtmäßige Zustandekommen des Krankenkassenwechsels.

- Wirkungszeitpunkt der BSG-Rechtsprechung

Die skizzierten Grundsätze zur Umsetzung des BSG-Urteils vom 11. September 2018 - B 1 KR 10/18 R -, USK 2018-66, sind ab sofort umzusetzen. Sie entfalten jedoch auch Rückwir-



kung für alle in der Vergangenheit liegenden Sachverhalte, in denen eine etwaige Klärung der Mitgliedschaft respektive der zuständigen Krankenkasse noch nicht abgeschlossen ist. Dies betrifft somit auch Sachverhalte, die im Zuge des RSA-Clearingverfahrens einer Klärung zuzuführen sind.

Dagegen kann der Beginn einer erneuten 18-monatigen Bindungsfrist im Zuge eines sog. „passiven Krankenkassenwahlrechts“ frühestens mit dem Tag der Bekanntgabe der vorliegenden Niederschrift angenommen werden.

- Weiteres Vorgehen

Der GKV-Spitzenverband wird die Auswirkungen der BSG-Rechtsprechung sowie die vereinbarten Umsetzungsempfehlungen zum Anlass nehmen, die „Grundsätzlichen Hinweise zum Krankenkassenwahlrecht“ des GKV-Spitzenverbandes vom 22. November 2016 zeitnah zu aktualisieren.



Top 6

Berücksichtigung von Absetzungsbeträgen für Kinder bei der Zurechnung von Ehegatteneinkommen im Rahmen der Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder;

hier: Umsetzung des Urteils des Bundessozialgerichts vom 15. August 2018

- B 12 KR 8/17 R -, USK 2018-55

Sachverhalt:

Die Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler des GKV-Spitzenverbandes sehen vor, dass bei der Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder der GKV unter bestimmten Voraussetzungen und in einem bestimmten Umfang das Einkommen des nicht gesetzlich versicherten Ehegatten bzw. Lebenspartners nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz zu berücksichtigen ist. Für diesen Fall verlangt § 240 Abs. 5 SGB V, dass von diesem Einkommen für jedes „gemeinsame“ unterhaltsberechtigtes Kind, für das eine Familienversicherung wegen der Regelung des § 10 Abs. 3 SGB V nicht besteht, ein Betrag in Höhe von einem Drittel der monatlichen Bezugsgröße, für nach § 10 versicherte Kinder ein Betrag in Höhe von einem Fünftel der monatlichen Bezugsgröße abzusetzen ist. Für „nicht gemeinsame“ Kinder des Mitglieds und seines Ehegatten sind keine Absetzungsbeträge vorgesehen. In § 2 Abs. 4 Satz 3 der Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler sind die vorgenannten gesetzlichen Vorgaben deklaratorisch wiedergegeben.

Das Bundessozialgericht (BSG) hat mit Urteil vom 15. August 2018 – B 12 KR 8/17 R –, USK 2018-55, über einen Sachverhalt entschieden, in dem es um eine mögliche Minderung des Ehegatteneinkommens um Absetzungsbeträge für „nicht gemeinsame“ und zugleich „nicht familienversicherte“, jedoch unterhaltsberechtigtes Kinder des Ehegatten des freiwilligen Mitglieds ging. Nach der Bewertung des 12. Senats sind in derartigen Fallkonstellationen die Absetzungsbeträge in Höhe von einem Drittel der monatlichen Bezugsgröße für jedes unterhaltsberechtigtes Kind zu berücksichtigen, wobei der pauschale Absetzungsbetrag jeweils um tatsächliche Unterhaltsleistungen durch Dritte zu mindern ist. Seine Entscheidung begründet das BSG mit verfassungsrechtlichen Gründen bzw. Geboten zum Familienlastenausgleich.

Die vorgenannte BSG-Rechtsprechung geht über den Wortlaut des § 240 Abs. 5 SGB V sowie mit die mit dem Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften vom 17. Juli 2009 getroffene Wertentscheidung des Gesetzgebers, ausschließlich Familien mit

„gemeinsamen“ unterhaltsberechtigten Kinder im Verfahren der Anrechnung des Ehegatteneinkommens wirtschaftlich zu entlasten, hinaus.

Es besteht daher die Notwendigkeit, einheitliche Regeln für die Umsetzung der vorgenannten BSG-Rechtsprechung in der Praxis zu entwickeln. Hierbei ist zu beachten, dass die bisherige höchstrichterliche Rechtsprechung zu § 240 Abs. 5 SGB V durch die jüngste Entscheidung des 12. Senats nicht tangiert wird. So hat das BSG mit Urteil vom 28. Mai 2015 - B 12 KR 15/13 R -, USK 2015-33, entschieden, dass die Freibetragsregelung auf die sogenannten Patchworkfamilien jedenfalls dann nicht übertragbar ist, wenn es sich um „nicht gemeinsame“ und zugleich „familienversicherte“ Kinder handelt. Hierbei hat das Gericht die Verfassungsmäßigkeit einer derartigen Bewertung ausdrücklich bejaht. Darüber hinaus hat das BSG in seiner Entscheidung vom 18. November 2015 - B 12 KR 21/14 R -, USK 2015-107, unter Berücksichtigung verfassungsrechtlicher Argumente daran festgehalten, dass die Gewährung eines Freibetrages für „gemeinsame“ und zugleich „nicht familienversicherte“ Kinder nur dann notwendig ist, wenn der Ausschluss der Familienversicherung ursächlich auf § 10 Abs. 3 SGB V zurückzuführen ist. Zur Begründung weist das BSG darauf hin, dass die Kosten der Krankenversicherung aus anderen Gründen nicht familienversicherter unterhaltsberechtigter Kinder regelmäßig nicht aus dem Einkommen der Eltern zu bestreiten sind und die Anrechnung eigenen Einkommens von Kindern auf den Abzugsbetrag nicht vorgesehen ist.

Vor diesem Hintergrund gilt es, bei der praktischen Umsetzung der bisherigen zu § 240 Abs. 5 SGB V ergangenen BSG-Rechtsprechung die Gesamtheit der hierbei entwickelten Bewertungskriterien zu berücksichtigen, diese abzuwägen und die möglicherweise unter dem Gesichtspunkt der Gleichbehandlung entstandenen Friktionen aufzulösen.

Ergebnis:

Die Umsetzung der zu § 240 Abs. 5 SGB V in Verb. mit § 2 Abs. 4 Satz 3 der Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler des GKV-Spitzenverbandes ergangenen BSG-Rechtsprechung im Verfahren der Einbeziehung des sogenannten Ehegatteneinkommens zur Beitragsbemessung für freiwillige Mitglieder der GKV orientiert sich im Einzelnen an folgenden Grundsätzen:

1. Für (im Verhältnis zum Mitglied sowie seinem Ehegatten bzw. Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz) gemeinsame unterhaltsberechtigten Kinder, die in der GKV fami-



liensversichert sind, ist je Kind monatlich pauschal ein Absetzungsbetrag von einem Fünftel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV vom Einkommen des Ehegatten bzw. Lebenspartners zu berücksichtigen. Kinder in diesem Sinne sind gemeinsame leibliche bzw. adoptierte Kinder der beiden Ehegatten. Die Unterhaltsberechtigung der familienversicherten Kinder ist ohne nähere Prüfung zu unterstellen.

2. Für nicht gemeinsame unterhaltsberechtignte Kinder des Mitglieds oder seines Ehegatten bzw. Lebenspartners innerhalb einer sogenannten Patchworkfamilie, die in der GKV familienversichert sind, kommt ein Absetzungsbetrag nicht in Betracht.

3. Für gemeinsame unterhaltsberechtignte nicht familienversicherte Kinder ist je Kind monatlich pauschal ein Absetzungsbetrag von einem Drittel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV vom Einkommen des Ehegatten bzw. Lebenspartners zu berücksichtigen. Dies gilt jedoch nur für die Kinder, die in ihrer Person alle Voraussetzungen für eine Familienversicherung erfüllen, aber von der Familienversicherung ausgeschlossen sind, weil sie durch § 10 Abs. 3 SGB V einem nicht in der GKV versicherten Ehegatten oder Lebenspartner zugeordnet werden. Für Kinder dagegen, die schon aufgrund von in ihrer eigenen Person liegenden (sonstigen) Umständen nicht familienversichert sein können, kommt ein Absetzungsbetrag nicht in Betracht.

Aus diesem Grundsatz folgt unter anderem, dass die Berücksichtigung der Absetzungsbeträge für die Kinder ausgeschlossen ist, deren Familienversicherung wegen Überschreitung der jeweils geltenden Altersgrenze nicht besteht. Außerdem kommt kein Absetzungsbetrag für gemeinsame Kinder in Frage, wenn diese der Krankenversicherungspflicht unterliegen und nach § 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V von der Familienversicherung ausgeschlossen sind. Der Aufwand für die Krankenversicherung dieser Kinder ist regelmäßig keiner, der aus dem Familieneinkommen der Eltern zu finanzieren wäre. Typische Beispiele hierfür bilden Kinder, die aufgrund einer betrieblichen Berufsausbildung nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V versicherungspflichtig sind; darüber hinaus sind auch Sachverhalte im Sinne des § 5 Abs. 1 Nr. 7 SGB V denkbar.

Eine andere Beurteilung ergibt sich für unterhaltsberechtignte Kinder in schulischer Ausbildung (Studium) an staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschulen, die wegen der Regelung des § 10 Abs. 3 SGB V von der Familienversicherung ausgeschlossen und nach § 5



Abs. 1 Nr. 9 SGB V pflichtversichert sind. In diesen Fällen ist eine Kürzung des Ehegatteneinkommens um den Absetzungsbetrag von einem Drittel der monatlichen Bezugsgröße zwingend. Übt der Studierende allerdings eine (nach § 6 Abs. 1 Nr. 3 SGB V krankensicherungs-freie) Beschäftigung aus und übersteigt das Einkommen aus der Beschäftigung die für die Familienversicherung maßgebende Gesamteinkommensgrenze des § 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V, scheidet die Berücksichtigung eines Absetzungsbetrags aus. Dies gilt im Übrigen auch dann, wenn die Gesamteinkommensgrenze durch eine andere Einkommensart des Kindes überschritten wird.

4. Für nicht gemeinsame unterhaltsberechtigter Kinder des Ehegatten bzw. Lebenspartners des Mitglieds innerhalb einer Patchworkfamilie (also, für Stiefkinder im Verhältnis zum Mitglied), die nicht familienversichert sind, ist je Kind grundsätzlich monatlich ein Absetzungsbetrag von einem Drittel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV vom Einkommen des Ehegatten bzw. Lebenspartners zu berücksichtigen. Dieser Betrag reduziert sich um den eventuell tatsächlich erbrachten Unterhalt Dritter. Die tatsächlichen Unterhaltsleistungen durch Dritte sind vom Versicherten offenzulegen. Die Krankenkasse kann insoweit z. B. die Vorlage geeigneter Dokumente (Unterhaltstitel, Scheidungsvereinbarungen, Kontoauszüge usw.) verlangen. Wird kein Unterhalt geleistet, ist dies vom Versicherten zumindest glaubhaft zu machen.

Auf den Grund des Nichtbestehens der Familienversicherung kommt es grundsätzlich nicht an. Bei bestimmten Fallkonstellationen ergeben sich jedoch – aufgrund der Gleichbehandlung der Familien mit gemeinsamen Kindern und der Patchworkfamilien – Abweichungen von diesem Grundsatz. Danach kommt der Absetzungsbetrag für ein nicht gemeinsames nicht familienversichertes Kind des Ehegatten bzw. Lebenspartners des Mitglieds nicht in Betracht, wenn

- das Kind die (jeweils relevante) Altersgrenze im Sinne des § 10 Abs. 2 SGB V erreicht hat;
- das Kind einen – gegenüber der Familienversicherung vorrangigen – Versicherungspflichttatbestand erfüllt (vgl. § 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V);
- das Kind ein Gesamteinkommen hat, das regelmäßig monatlich 1/7 der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV überschreitet.



Auf eine weitere besondere Fallkonstellation wird unter Punkt 5 eingegangen.

5. Für gemeinsame unterhaltsberechtigter Kinder, die die Voraussetzungen der Familienversicherung nach § 10 SGB V zwar erfüllen, jedoch diesen gesetzlichen Anspruch tatsächlich nicht realisieren, ist je Kind monatlich pauschal ein Absetzungsbetrag von einem Fünftel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV vom Einkommen des Ehegatten bzw. Lebenspartners zu berücksichtigen. Dieser Grundsatz gilt für Kinder in einer Patchworkfamilie entsprechend, soweit es sich um die (in die neue Ehe „eingebrachten“) unterhaltsberechtigten Kinder des Ehegatten bzw. Lebenspartners des Mitglieds handelt, die im Verhältnis zum Mitglied dessen Stiefkinder sind. Hierbei ist ohne Belang, dass sich der (abstrakte) Anspruch auf die Familienversicherung in solchen Fällen regelmäßig von dem anderen „externen“ biologischen Elternteil des Kindes ableitet. Der Absetzungsbetrag in Höhe von einem Fünftel der monatlichen Bezugsgröße reduziert sich um tatsächliche Unterhaltsleistungen durch Dritte.

6. Für nicht gemeinsame eigene Kinder des Mitglieds innerhalb einer Patchworkfamilie (also, für Stiefkinder im Verhältnis zum Ehegatten bzw. Lebenspartner des Mitglieds) kommt ein Absetzungsbetrag nicht in Betracht. Zum einen ist der (neue) Ehepartner für Stiefkinder nicht unterhaltspflichtig, sodass bereits aus diesem Grund die Reduzierung seiner Einkünfte um die Absetzungsbeträge ausscheidet; zum anderen ist die Berücksichtigung der Absetzungsbeträge bei dem evtl. vorhandenen Einkommen des Mitglieds aus Gründen der Gleichbehandlung mit den Pflichtversicherten (vgl. § 240 Abs. 2 Satz 1 SGB V), für die im Beitragsrecht grundsätzlich das „Bruttoprinzip“ gilt, ausgeschlossen.

Zur praktischen Umsetzung der dargelegten Grundsätze wurde ein Entscheidungsdiagramm (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.

Nach den vorstehenden Grundsätzen ist für neu zu beurteilende Sachverhalte ab sofort zu verfahren. Darüber hinaus sind Beitragsbescheide in Umsetzung der vorgenannten Grundsätze auch für die Vergangenheit nach § 44 Abs. 1 Satz 1 SGB X zurückzunehmen, wobei für die Erstattung von Beiträgen die vierjährige Verjährungsfrist nach § 27 Abs. 2 SGB IV zu berücksichtigen ist. Damit ist der Anspruch auf Erstattung von Beiträgen, die im Kalenderjahr 2014 gezahlt wurden, grundsätzlich mit Ablauf des Jahres 2018 verjährt. Die Rücknahme der



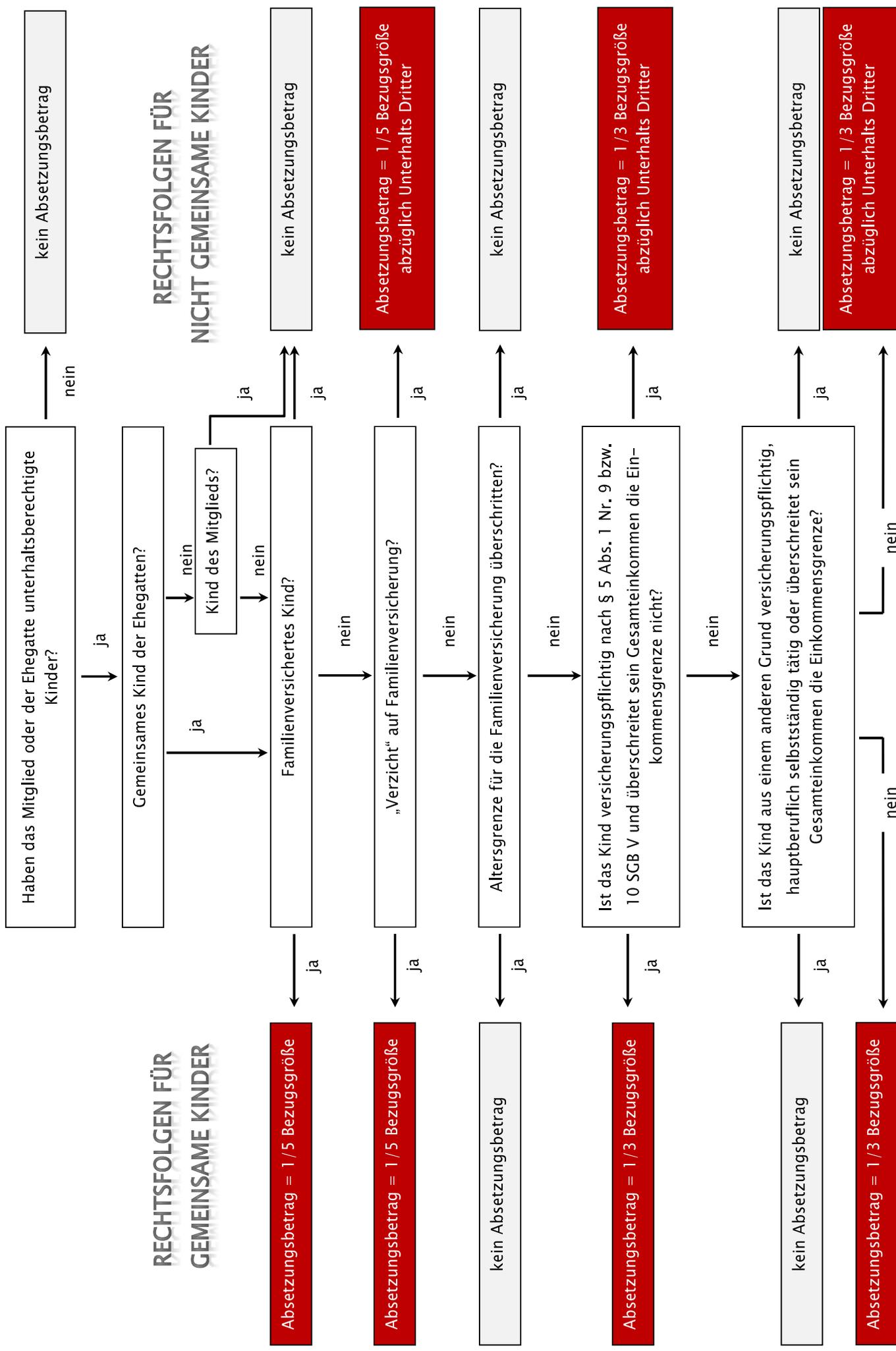
Beitragsbescheide ist vorzunehmen, sobald die Krankenkasse aufgrund einer turnusmäßigen Einkommensüberprüfung oder im Rahmen anderer Verwaltungsaktivitäten bzw. auf Antrag des Mitglieds einen Anwendungsfall im Sinne der jüngsten BSG-Rechtsprechung feststellt. Handelt es sich in den vorgenannten Sachverhaltskonstellationen um bereits abgeschlossene Mitgliedschaften, bedarf es für die Korrektur der Beitragsfestsetzung grundsätzlich eines Antrages des Betroffenen.

Eine Anpassung der Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler (vgl. dort § 2 Abs. 4 Satz 3), in dem die rechtlichen Vorgaben des § 240 Abs. 5 SGB V wiedergegeben sind, ist nicht vorgesehen.

Anlage



Entscheidungsdiagramm: Berücksichtigung der Absetzungsbeträge für Kinder bei der Zurechnung von Ehegatteneinkommen (§ 240 Abs. 5 SGB V)



Top 7

Erweiterung der Zahlstellendatei um weitere Angaben für die Zwecke des Zahlstellen- Beitragsüberwachungsverfahrens

Sachverhalt:

Die in der Zahlstellendatei für jede Zahlstelle von Versorgungsbezügen vorgehaltenen Angaben (Datenfelder) sind in den Grundsätzlichen Hinweisen „Überwachung des Beitrags- und Meldeverfahrens zur Kranken- und Pflegeversicherung für Empfänger von Versorgungsbezügen (Zahlstellen-Beitragsüberwachungsverfahren) des GKV-Spitzenverbandes festgelegt (vgl. Abschnitt 6). Die aktuelle Fassung der Grundsätzlichen Hinweise wurde in der Fachkonferenz Beiträge am 21. März 2018 verabschiedet (vgl. Ergebnisniederschrift zu Top 4).

In einem Workshop beim GKV-Spitzenverband am 23. Oktober 2018 wurden als Schwerpunkt die Möglichkeiten der Aktualisierung der Zahlstellendatei in einem elektronischen Verfahren behandelt. Im Ergebnis erfolgt eine Aktualisierung der Zahlstellendatei zukünftig über die Anwendung sv.net unter Nutzung der bestehenden oder ggf. neu einzurichtenden Premiumzugänge der Krankenkassen. Die Implementierung dieses elektronischen Verfahrens soll bis zum 31. Dezember 2019 abgeschlossen sein. Des Weiteren haben sich die Teilnehmer des Workshops dafür ausgesprochen, folgende weitere Angaben über jede Zahlstelle in die Zahlstellendatei aufzunehmen, insbesondere um eine bessere Transparenz und damit Nachvollziehbarkeit von Änderungen in der Zahlstellendatei durch die Krankenkassen zu erreichen:

1. Die Elementgruppen zu Name und Anschrift der Zahlstelle sowie zu den Kontaktdaten werden um die Angabe der Krankenkasse, die die Aktualisierung vorgenommen hat (Betriebsnummer), und das Datum der Aktualisierung erweitert.
2. Die bisherigen Angaben zum Status der Zahlstelle (Statuskennzeichen und Datum der Feststellung) werden ebenfalls um die Angabe der Krankenkasse, die die Aktualisierung vorgenommen hat (Betriebsnummer), erweitert.
3. Die Elementgruppe zur Zahlstellenprüfung selbst kann zukünftig zweimal vorkommen, damit nicht nur Angaben zur letzten Prüfung, sondern zu den beiden letzten Prüfungen zur Verfügung stehen.
4. In der Elementgruppe zur Zahlstellenprüfung wird das Datum aufgenommen, wann die Prüfung durchgeführt worden ist.

Ergebnisniederschrift
Fachkonferenz Beiträge
20. März 2019



Eine entsprechende Anpassung der Zahlstellendatei könnte zum 1. Januar 2020 umgesetzt werden.

Da mit dem am 14. März 2019 im Deutschen Bundestag verabschiedeten Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG) § 256 Abs. 4 SGB V mit Wirkung vom 1. Juli 2019 aufgehoben wird, kann das variable Kennzeichen zum Beitragsverfahren im Kontext zu § 256 Abs. 4 SGB V – ebenfalls zum 1. Januar 2020 – gestrichen werden. In der aktuellen Version der Zahlstellendatei kann der Wert des Kennzeichens bereits nach Verkündung des Gesetzes auf 2 (=Zahlstellenverfahren) gesetzt werden.

Für den Fall, dass für Zwecke der amtlichen Statistiken zukünftig die gemeldeten Versorgungsbezüge den Arten der Versorgungsbezüge nach § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 bis 5 SGB V zugeordnet werden sollen, bietet sich an, in der Zahlstellendatei ein einstelliges numerisches Reservefeld für eine entsprechende Kennzeichnung der Zahlstelle, ggf. für mehrere Kennzeichen, vorzusehen.

Ergebnis:

Die Besprechungsteilnehmer beschließen die im Sachverhalt beschriebenen Änderungen der Zahlstellendatei zu den vorgesehenen Terminen. Außerdem wird in die Zahlstellendatei ab 1. Januar 2020 zur besseren Planbarkeit von Zahlstellenprüfungen ein Feld aufgenommen, welches zukünftig das Datum abbildet, an dem die Zahlstelle in die Zahlstellendatei aufgenommen worden ist. Dieses Datum steht nicht zwingend im Zusammenhang mit dem Tag, zu dem die Zahlstelle erstmals Meldungen im Zahlstellen-Meldeverfahren übermittelt oder Beiträge im Zahlstellenverfahren abführt. Noch dazu bleibt das zum Status der Zahlstelle gehörende Datum von dem neuen Datum der Aufnahme in die Zahlstellendatei unberührt. Die Inhalte der entsprechend angepassten Zahlstellendatei im XML-Format gehen aus dem beigefügten Strukturbaum hervor.

Die Grundsätzlichen Hinweise „Zahlstellen-Beitragsüberwachungsverfahren“ des GKV-Spitzenverbandes vom 21. März 2018 werden bei nächster Gelegenheit entsprechend angepasst.

Anlage



