

Ergebnisniederschrift
über die
Sitzung der Fachkonferenz Beiträge
am 12. Juni 2019
in Berlin





Spitzenverband



Inhaltsübersicht

	<u>Seite</u>
Top 1 Krankenkassenwahlrecht; hier: Überarbeitung der Grundsätzlichen Hinweise zum Krankenkassenwahlrecht	5
Top 2 Familienversicherung; hier: Grundsätzliche Hinweise zum Gesamteinkommen im Rahmen der Prüfung der Voraussetzungen zur Familienversicherung	7
Top 3 Familienversicherung; hier: Grundsätzliche Hinweise zur Feststellung der Haushaltsaufnahme sowie des überwiegenden Unterhalts im Rahmen der Familienversicherung für Stief- und Enkelkinder	9
Top 4 Zeitliche Verzögerung der Anwendung eines veränderten Zusatzbeitragsatzes bei Renten und Versorgungsbezügen; hier: Fusionen von Krankenkassen	11

Ergebnisniederschrift
Fachkonferenz Beiträge
12. Juni 2019



Top 1

Krankenkassenwahlrecht;

hier: Überarbeitung der Grundsätzlichen Hinweise zum Krankenkassenwahlrecht

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. Insoweit entsteht in den angesprochenen Sachverhaltskonstellationen vor dem Hintergrund der kraft Gesetzes beendeten Mitgliedschaft mit Beginn der erneuten Versicherungspflicht ein sofortiges Krankenkassenwahlrecht.

Die vorgenannte BSG-Rechtsprechung im Allgemeinen sowie die in der Fachkonferenz Beiträge am 20. März 2019 unter TOP 5 vereinbarten Umsetzungsempfehlungen im Besonderen hat der GKV-Spitzenverband gemeinsam mit den Krankenkassenorganisationen auf Bundesebene zum Anlass genommen, die Grundsätzlichen Hinweise vom 22. November 2016 entsprechend anzupassen.

Ergebnis:

Die Fachkonferenzteilnehmer kommen überein, die Grundsätzlichen Hinweise zum Krankenkassenwahlrecht in der vorliegenden überarbeiteten Fassung (vgl. Anlage) unter dem Datum vom 12. Juni 2019 zu verabschieden.

Anlage

Ergebnisniederschrift
Fachkonferenz Beiträge
12. Juni 2019



Grundsätzliche Hinweise Krankenkassenwahlrecht vom 12. Juni 2019

GKV-Spitzenverband
Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin
Telefon 030 206288-0
Fax 030 206288-88
www.gkv-spitzenverband.de



Einleitung

Seit der Einführung der freien Krankenkassenwahl für alle Versicherten durch das Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheitsstrukturgesetz) vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) zum 1. Januar 1996 wird mit den §§ 173 bis 175 SGB V der Regelungsrahmen für ein innerhalb der wettbewerblich ausgerichteten GKV für alle Krankenkassen gleichermaßen und einheitlich anzuwendendes Krankenkassenwahlrecht der Mitglieder der GKV beschrieben.

Der GKV-Spitzenverband hat mit der Veröffentlichung der ersten Fassung der Grundsätzlichen Hinweise zum Krankenkassenwahlrecht vom 22. November 2016 die Aufgabe übernommen, zur Sicherung einer einheitlichen Rechtsanwendung bei der Umsetzung der Regelungen über das Krankenkassenwahlrecht den Krankenkassen die Auslegungshinweise an die Hand zu geben.

Zwischenzeitlich hat das Bundessozialgericht (BSG) seine bisherige Rechtsprechung zum Verfahren des Krankenkassenwechsels außerhalb des Kündigungsverfahrens mit dem Urteil vom 11. September 2018 - B 1 KR 10/18 R -, USK 2018-66, weiter entwickelt. Danach ist ein sofortiges Krankenkassenwahlrecht – bei Erfüllung der 18-monatigen Bindungsfrist – auch in den Fällen einzuräumen, in denen eine Mitgliedschaft kraft Gesetzes endet und sich die folgende Mitgliedschaft nahtlos an die vorherige anschließt. Über die Auswirkungen des vorgenannten Urteils auf die Praxis der Krankenkassen wurde im Rahmen der Fachkonferenz Beiträge des GKV-Spitzenverbandes am 20. März 2019 beraten. Das vorliegende Dokument greift die Ergebnisse dieser Fachkonferenz auf, integriert diese in die gewohnte Gliederungsstruktur der Grundsätzlichen Hinweise und ersetzt somit die bisherige Fassung vom 22. November 2016.

Im Rahmen der vorliegenden Grundsätzlichen Hinweise werden darüber hinaus Regelungen getroffen, die auf die Erfüllung des gesetzgeberischen Gestaltungsauftrages des GKV-Spitzenverbandes nach § 175 Abs. 3 Satz 3 SGB V hinsichtlich der Zuordnung von nicht gemeldeten Versicherungspflichtigen sowie nach § 175 Abs. 6 SGB V hinsichtlich der Festlegung der Vordrucke zurückzuführen sind. Dieser Teil der Ausführungen hat daher einen verbindlichen Charakter für die betroffenen Krankenkassen, Versicherten und ggf. die zur Meldung verpflichteten Stellen.

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. Wählbare und zuständige Krankenkasse	6
1.1 Allgemein wählbare Krankenkassen	6
1.2 Sonderzuständigkeit bzw. Wählbarkeit der landwirtschaftlichen Krankenkasse ..	7
2. Wahlrechte der einzelnen Personengruppen.....	8
2.1 Allgemeine Wahlrechte	8
2.2 Wahlrechte Beschäftigter und ehemaliger Beschäftigter von Krankenkassen sowie deren Verbänden	9
3. Grundsätze der Ausübung des Krankenkassenwahlrechts	10
3.1 Allgemeines.....	10
3.2 Krankenkassenwahlrecht im Kündigungsverfahren	10
3.3 Sofortiges Krankenkassenwahlrecht	11
3.3.1 Allgemeines.....	11
3.3.2 Sofortiges Krankenkassenwahlrecht bei Unterbrechung der Mitgliedschaft	12
3.3.3 Sofortiges Krankenkassenwahlrecht bei aufeinanderfolgenden Mitgliedschaften, die sich nahtlos aneinander anschließen	14
3.3.4 Prüfverpflichtungen der Krankenkassen im Verfahren des Krankenkassenwechsels	17
4. Wahlerklärung des Mitglieds	18
4.1 Allgemeines zur Wahlerklärung	18
4.2 Form der Wahlerklärung	19
4.3 Fristen für die Abgabe der Wahlerklärung	19
4.3.1 Beim Krankenkassenwahlrecht im Kündigungsverfahren	19
4.3.2 Bei sofortigem Krankenkassenwahlrecht	19
4.3.2.1 Für versicherungspflichtige Mitglieder	19
4.3.2.2 Für freiwillige Mitglieder	20
4.4 Widerruf bzw. Rücknahme der Wahlerklärung	21
4.5 Grundsätze zur Datenerhebung im Rahmen der Wahlerklärung.....	21
5. Ausstellung und Umgang mit Mitgliedsbescheinigungen	23
5.1 Grundsätzliches zur Ausstellung von Mitgliedsbescheinigungen	23
5.2 Vorlage der Mitgliedsbescheinigung bei der zur Meldung verpflichteten Stelle ..	23
5.2.1 Bei Eintritt von Versicherungspflicht	23
5.2.2 Bei einem Krankenkassenwechsel im Kündigungsverfahren	23

5.2.3	Zur Meldung verpflichtete Stelle von freiwillig Versicherten.....	24
5.2.4	Umgang mit Mitgliedsbescheinigungen bei Rentnern.....	24
5.3	Vorlage der Mitgliedsbescheinigung bei der bisherigen Krankenkasse	25
5.4	Übermittlung der Mitgliedsbescheinigungen durch die gewählte Krankenkasse	25
5.5	Folgen der Nichtvorlage der Mitgliedsbescheinigung	26
5.5.1	Nichtvorlage der Mitgliedsbescheinigung bei Ausübung des Krankenkassenwahlrechts im Kündigungsverfahren.....	26
5.5.2	Nichtvorlage der Mitgliedsbescheinigung bei Eintritt von Versicherungspflicht.	26
5.5.2.1	Pflichten der zur Meldung verpflichteten Stelle	26
5.5.2.2	Pflichten der Krankenkassen bei einer Anmeldung im Sinne des § 175 Abs. 3 Satz 2 SGB V	27
5.5.2.3	Zuordnung der nicht gemeldeten Versicherungspflichtigen	28
5.5.2.3.1	Letzte Krankenkasse vorhanden	28
5.5.2.3.2	Letzte Krankenkasse nicht vorhanden.....	28
6.	Kündigung der Mitgliedschaft.....	28
6.1	Allgemeines zur Kündigung.....	28
6.2	Form der Kündigungserklärung	29
6.3	Fristen für die Abgabe der Kündigungserklärung	29
6.4	Widerruf bzw. Rücknahme der Kündigungserklärung	30
6.5	Ausstellung von Kündigungsbestätigungen	31
6.6	Wirksamwerden der Kündigung	31
7.	Bindung an die Krankenkassenwahl	32
7.1	Arten der Bindungsfristen.....	32
7.2	18-monatige Bindungsfrist (Allgemeine Bindungsfrist)	32
7.2.1	Ereignisse, die eine allgemeine Bindungsfrist auslösen	32
7.2.2	Ereignisse, die keine allgemeine Bindungsfrist auslösen	33
7.2.3	Verlauf der Bindungsfrist	36
7.3	Keine Einhaltung der allgemeinen Bindungsfrist erforderlich.....	38
7.3.1	Bei Beginn einer Familienversicherung	38
7.3.2	Bei einer rechtzeitigen Austrittserklärung im Falle einer obligatorischen Anschlussversicherung	39
7.3.3	Bei Kündigung einer freiwilligen Mitgliedschaft zwecks Austritts aus der gesetzlichen Krankenversicherung.....	40
7.3.4	Bei Verzicht auf die Einhaltung der 18-monatigen Bindungsfrist.....	41
7.3.5	Bei Errichtung oder Ausdehnung einer Betriebs- oder Innungskrankenkasse sowie bei betrieblichen Veränderungen	42

7.3.6	Bei Ausübung des Sonderkündigungsrechts wegen der erstmaligen Erhebung eines Zusatzbeitrages oder Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes	42
7.4	Besondere Bindungsfrist bei Inanspruchnahme von Wahlтарifen	42
7.4.1	Allgemeines.....	42
7.4.2	Folgen der besonderen Bindungsfrist.....	43
7.4.3	Kündigung des Wahlтарifs in besonderen Härtefällen	44
8.	Ausübung des Wahlrechts in besonderen Fallkonstellationen.....	45
8.1	Sonderkündigungsrecht wegen der erstmaligen Erhebung eines Zusatzbeitrages bzw. Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes.....	45
8.1.1	Allgemeines zum Sonderkündigungsrecht	45
8.1.2	Ausübung des Sonderkündigungsrechts	46
8.1.3	Hinweispflicht der Krankenkasse im Zusammenhang mit dem Sonderkündigungsrecht.....	48
8.1.4	Umgang mit Kündigungen vor Inkrafttreten der Satzungsregelung zum Zusatzbeitrag	50
8.2	Schließung bzw. Insolvenz einer Krankenkasse	51
8.2.1	Allgemeines.....	51
8.2.2	Verfahren für Versicherungspflichtige.....	52
8.2.3	Verfahren für Mitglieder ohne eine zur Meldung verpflichtete Stelle.....	53
8.2.4	Beginn der Mitgliedschaft bei der neuen Krankenkasse im Fall der Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse	54
8.2.5	Informationspflichten der beteiligten Krankenkassen.....	54
9.	Vordrucke.....	55

Anlagen

- Anlage 1 Muster der Mitgliedsbescheinigung zur Vorlage bei der zur Meldung verpflichteten Stelle
- Anlage 2 Muster der Kündigungsbestätigung
- Anlage 3 Muster der Mitgliedsbescheinigung zur Vorlage bei der bisherigen Krankenkasse

1. Wählbare und zuständige Krankenkasse

1.1 Allgemein wählbare Krankenkassen

Grundsätzlich können alle Versicherungspflichtigen und Versicherungsberechtigten zwischen verschiedenen Krankenkassen wählen. Dieses Krankenkassenwahlrecht stellt sich wie folgt dar:

Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte (freiwillig Versicherte) sind Mitglied der von ihnen gewählten Krankenkasse, soweit im SGB V oder im Zweiten Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte (KVLG 1989) nichts Abweichendes bestimmt ist.

Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte können wählen:

1. die AOK des Beschäftigungs- oder Wohnorts,
2. jede Ersatzkasse,
3. eine Betriebs- oder Innungskrankenkasse, wenn sie in einem Betrieb beschäftigt sind, für den eine Betriebs- oder Innungskrankenkasse besteht,
4. eine Betriebs- oder Innungskrankenkasse, wenn die Satzung der Betriebs- oder Innungskrankenkasse dies vorsieht,
5. die Knappschaft,
6. die Krankenkasse, bei der vor Beginn der Versicherungspflicht oder Versicherungsberechtigung zuletzt eine Mitgliedschaft oder eine Versicherung nach § 10 SGB V (Familienversicherung) bestanden hat,
7. die Krankenkasse, bei der der Ehegatte oder der Lebenspartner versichert ist.

Die im Gesetz genannte Einschränkung des Krankenkassenwahlrechts gegenüber den Ersatzkassen, nach der sich die Zuständigkeit nach der Satzung auf den Beschäftigungs- oder Wohnort erstrecken muss, ist im Hinblick darauf, dass alle Ersatzkassen bundesweit geöffnet sind, in der praktischen Umsetzung bedeutungslos.

Zum 1. Januar 2008 ist die Sonderzuständigkeit für die in der Seeschifffahrt Beschäftigten weggefallen. Diese Personen haben seitdem das Recht, die Mitgliedschaft bei einer der in § 173 SGB V genannten Krankenkassen zu wählen. Davon ausgenommen sind Seeleute im Sinne von § 2 Abs. 3 SGB IV, die ausschließlich bei der Knappschaft krankenversichert werden (§ 28i Satz 4 SGB IV).

Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte können die Mitgliedschaft bei einer bestimmten Krankenkasse grundsätzlich nur durch eine entsprechende Willenserklärung (Wahl) erlangen. Das heißt, dass sie nach § 175 Abs. 1 SGB V die Wahl gegenüber der jeweiligen Kranken-

kasse erklären müssen. Diese darf die Mitgliedschaft nicht ablehnen, sofern alle versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt sind.

1.2 Sonderzuständigkeit bzw. Wählbarkeit der landwirtschaftlichen Krankenkasse

Die im Zuständigkeitsbereich der landwirtschaftlichen Krankenkasse Beschäftigten bzw. selbständig Tätigen (KVLG 1989) werden kraft Gesetzes bei dieser Krankenkasse versichert. Diese Personen haben kein Wahlrecht zu einer anderen Krankenkasse. Das hat zur Folge, dass eine vorrangige Pflichtversicherung nach dem KVLG 1989 in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung durchzuführen ist, unabhängig von dem Bestehen einer 18-monatigen Bindungsfrist (vgl. Abschnitt 7.2) aufgrund des ausgeübten Wahlrechts in der allgemeinen Krankenversicherung. Die landwirtschaftliche Krankenkasse unterrichtet den Versicherten über Beginn und Ende einer Pflichtversicherung bei ihr. Das Ausstellen einer Kündigungsbestätigung oder einer Mitgliedsbescheinigung auf der Grundlage des § 175 SGB V durch die landwirtschaftliche Krankenkasse kommt für Pflichtversicherte nicht in Betracht.

Darüber hinaus sind die versicherungspflichtigen Bezieher von Arbeitslosengeld sowie Arbeitslosengeld II bei der landwirtschaftlichen Krankenkasse zu versichern, wenn sie dieser im Zeitpunkt der Arbeitslosmeldung angehören oder zuletzt vor diesem Zeitpunkt angehört haben (§ 3 Abs. 2 Nr. 6 KVLG 1989).

Personen, die die Voraussetzungen für die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V erfüllen, sind in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung versichert, wenn sie zuletzt bei der landwirtschaftlichen Krankenkasse versichert waren (§ 3 Abs. 2 Nr. 7 KVLG 1989).

Nach § 21 Abs. 1 KVLG 1989 ist die landwirtschaftliche Krankenkasse für

- Studenten (§ 5 Abs. 1 Nr. 9 SGB V),
- Praktikanten ohne Arbeitsentgelt (§ 5 Abs. 1 Nr. 10 SGB V),
- Auszubildende ohne Arbeitsentgelt (§ 5 Abs. 1 Nr. 10 SGB V) und
- Auszubildende des Zweiten Bildungsweges (§ 5 Abs. 1 Nr. 10 SGB V)

wählbar, wenn sie zuletzt Mitglied der landwirtschaftlichen Krankenkasse waren oder für sie zuletzt bei der landwirtschaftlichen Krankenkasse eine Familienversicherung nach § 7 KVLG 1989 bestand.

Für Personen, die aus der Pflichtversicherung nach dem KVLG 1989 bei der landwirtschaftlichen Krankenkasse ausscheiden, ist neben dem Weiterversicherungsrecht in der landwirtschaftlichen

Krankenversicherung bei Erfüllung der Voraussetzungen des § 9 SGB V die Weiterversicherung in der allgemeinen Krankenversicherung möglich (BSG-Urteil vom 12. Februar 1998 - B 10 KR 3/97 R -, USK 9813).

Für die bei der landwirtschaftlichen Krankenkasse freiwillig Versicherten sowie für Personen, die von ihrem Wahlrecht im Sinne des § 21 Abs. 1 KVLG 1989 Gebrauch gemacht haben, finden die allgemeinen Regelungen des Krankenkassenwahlrechts entsprechende Anwendung. Das gilt auch für die Bestimmungen zum Sonderkündigungsrecht wegen der erstmaligen Erhebung eines Zusatzbeitrages bzw. Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes (vgl. Abschnitt 8.1). Hinsichtlich des Sonderkündigungsrechts tritt an die Stelle des Begriffs "Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes" der Terminus "Beitragserhöhung". Erhöht die landwirtschaftliche Krankenkasse ihre Beiträge, können die vorgenannten Versicherten auch vor Ablauf der 18-monatigen Bindungsfrist einen Wechsel zu einer Krankenkasse der allgemeinen Krankenversicherung vornehmen.

2. Wahlrechte der einzelnen Personengruppen

2.1 Allgemeine Wahlrechte

Das in § 173 Abs. 1 und 2 SGB V geregelte Wahlrecht bezüglich der wählbaren Krankenkassen gilt grundsätzlich für alle Mitglieder der GKV; die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Personengruppe spielt insoweit keine Rolle. Für bestimmte Personengruppen gelten darüber hinaus ergänzende Möglichkeiten bei der Wahl der Krankenkasse; diese gestalten sich im Einzelnen wie folgt:

Die Krankenkasse, bei der ein Elternteil versichert ist, ist wählbar für:

- Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen (§ 5 Abs. 1 Nr. 5 SGB V)
- Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an Abklärungen der beruflichen Eignung oder Arbeitserprobung (§ 5 Abs. 1 Nr. 6 SGB V)
- behinderte Menschen in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen (§ 5 Abs. 1 Nr. 7 SGB V)
- behinderte Menschen in Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen (§ 5 Abs. 1 Nr. 8 SGB V)
- versicherungspflichtige Rentner/Rentenantragsteller (§ 5 Abs. 1 Nr. 11, Nr. 11a, Nr. 11b und Nr. 12 sowie § 189 SGB V) und freiwillig versicherte Rentner (§§ 9, 188 Abs. 4 SGB V)
- behinderte Menschen im Rahmen des § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V

Zusätzlich zu den allgemeinen Wahlrechten können Studenten (§ 5 Abs. 1 Nr. 9 SGB V) die AOK wählen, die für den Sitz der Hochschule örtlich zuständig ist.

Personen ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall werden bei Eintritt der sogenannten Auffang-Versicherungspflicht wieder Mitglied der Krankenkasse oder des Rechtsnachfolgers der Krankenkasse, bei der zuletzt eine - ggf. schon viele Jahre zurückliegende - Mitgliedschaft oder Familienversicherung bestanden hat. Sofern sie zu keinem Zeitpunkt gesetzlich oder privat krankenversichert waren und sie ihrem Status nach der gesetzlichen Krankenversicherung zuzuordnen sind, können sie bei Eintritt der Versicherungspflicht ihre Krankenkasse frei wählen. Im weiteren Verlauf der Mitgliedschaft finden die allgemeinen Regelungen zum Krankenkassenwahlrecht Anwendung. Dies ermöglicht auch diesen Mitgliedern, unter Einhaltung der Bindungs- und Kündigungsfristen zu einer anderen Krankenkasse zu wechseln. Zu den weiteren Einzelheiten hinsichtlich des Krankenkassenwahlrechts für diesen Personenkreis wird auf die Ausführungen in den Grundsätzlichen Hinweisen des GKV-Spitzenverbandes „Auffang-Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V“ in der jeweils gültigen Fassung unter Abschnitt B verwiesen. Die hierbei zu beachtenden Besonderheiten im Hinblick auf die 18-monatige Bindungsfrist werden in Abschnitt 7.2.2 erläutert.

Versicherte, deren Mitgliedschaft sich im Rahmen der sogenannten obligatorischen Anschlussversicherung nach § 188 Abs. 4 SGB V fortsetzt, bleiben Mitglied der Krankenkasse, bei der zuletzt eine Pflichtversicherung oder Familienversicherung bestanden hat.

2.2 Wahlrechte Beschäftigter und ehemaliger Beschäftigter von Krankenkassen sowie deren Verbänden

Beschäftigte einer Betriebs- oder Innungskrankenkasse haben neben den allgemeinen Wahlrechten nach § 174 Abs. 2 SGB V die Möglichkeit, die Betriebs- oder Innungskrankenkasse zu wählen, bei der sie beschäftigt sind. Die Mitarbeiter der Betriebs- oder Innungskrankenkassen-Verbände können zusätzlich zu den allgemeinen Wahlrechten eine der am Wohn- oder Beschäftigungsort bestehenden Betriebs- oder Innungskrankenkassen wählen; praktische Bedeutung hat dies jedoch ausschließlich für die nach wie vor bestehenden Verbände der Betriebskrankenkassen. Ein derartiges Wahlrecht steht auch Rentnern zu, die vor dem Rentenbezug bei einer Betriebs- oder Innungskrankenkasse bzw. bei einem Verband dieser Kassenarten beschäftigt waren (§ 174 Abs. 3 SGB V).

3. Grundsätze der Ausübung des Krankenkassenwahlrechts

3.1 Allgemeines

Die Ausübung des Krankenkassenwahlrechts, die dabei einzuhaltenden Fristen, die zu erstellenden Mitgliedsbescheinigungen oder Kündigungsbestätigungen und das erforderliche Meldeverfahren werden in § 175 SGB V beschrieben. Hierbei sind die Grundsätze zur Ausübung des Krankenkassenwahlrechts für alle Versicherungspflichtigen (§ 5 SGB V) und alle Versicherungsberechtigten (§§ 9, 188 Abs. 4 SGB V) weitgehend identisch geregelt, so dass in den nachstehenden Erläuterungen auf die Benennung des betroffenen Personenkreises verzichtet wird, es sei denn, es gelten die personengruppenbezogenen speziellen Regelungen. Bezüglich der landwirtschaftlichen Krankenversicherung vgl. Abschnitt 1.2.

Das Krankenkassenwahlrecht setzt im Regelfall grundsätzlich das Zusammenwirken der Kündigung der Mitgliedschaft gegenüber der bislang zuständigen Krankenkasse sowie die Wahlerklärung gegenüber der gewählten Krankenkasse voraus (Krankenkassenwahlrecht im Kündigungsverfahren, vgl. Abschnitt 3.2). Darüber hinaus ist die Ausübung des Krankenkassenwahlrechts auch ohne Kündigung der Mitgliedschaft gegenüber der bislang zuständigen Krankenkasse möglich, sofern die hierfür im Gesetz genannten Voraussetzungen vorliegen (sofortiges Krankenkassenwahlrecht, vgl. Abschnitt 3.3).

3.2 Krankenkassenwahlrecht im Kündigungsverfahren

Die Ausübung des Krankenkassenwahlrechts im Kündigungsverfahren beinhaltet ein mehrstufiges Verfahren. Danach ist ein Krankenkassenwechsel möglich, wenn folgende Voraussetzungen kumulativ erfüllt sind:

- Der Versicherte wählt die Krankenkasse unter Beachtung der Wahlmöglichkeiten.
- Die 18-monatige Bindungsfrist nach § 175 Abs. 4 Satz 1 SGB V bei der bisherigen Krankenkasse ist erfüllt.

Ausnahmen:

- Sonderkündigungsrecht wegen der erstmaligen Erhebung eines Zusatzbeitrages bzw. Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes
 - Schließung, Auflösung bzw. die Insolvenz der bisherigen Krankenkasse
 - Wechsel zu einer Krankenkasse der gleichen Kassenart, sofern die Satzung dies vorsieht
 - Errichtung einer Betriebs- oder Innungskrankenkasse
- Bei Inanspruchnahme von Wahltarifen ist die sich aus dem § 53 Abs. 8 Satz 1 und 2 SGB V ergebende Bindungsfrist bei der bisherigen Krankenkasse erfüllt.

Ausnahmen:

- Sonderkündigungsrecht wegen der erstmaligen Erhebung eines Zusatzbeitrages bzw. Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes (mit Ausnahme des Krankengeld-Wahltarifs)
- Schließung, Auflösung bzw. die Insolvenz der bisherigen Krankenkasse
- Die Mitgliedschaft wurde bei der bisherigen Krankenkasse fristgerecht gekündigt.
- Die bisherige Krankenkasse stellt unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Kündigung, eine Kündigungsbestätigung aus.
- Die gewählte Krankenkasse stellt unverzüglich nach Vorlage der Kündigungsbestätigung eine Mitgliedsbescheinigung aus und
- die Mitgliedsbescheinigung der gewählten Krankenkasse wird der zur Meldung verpflichteten Stelle bzw. der bisherigen Krankenkasse (wenn keine zur Meldung verpflichtete Stelle vorhanden ist) innerhalb der Kündigungsfrist vorgelegt.

Die vorgenannten Voraussetzungen für die Ausübung des Krankenkassenwahlrechts im Kündigungsverfahren gelten in den Fällen, in denen die Mitgliedschaft ununterbrochen besteht.

Tritt während der Kündigungsfrist ein Tatbestand ein, der zu einem sofortigen Krankenkassenwahlrecht berechtigt (vgl. Abschnitt 3.3), entfällt dadurch die Grundlage für ein Krankenkassenwahlrecht im Kündigungsverfahren und somit auch für eine ggf. zuvor ausgestellte Kündigungsbestätigung. Die bisherige Krankenkasse hat in diesen Fällen eine Beratungspflicht, die über einen entsprechenden Hinweis in der Kündigungsbestätigung (vgl. Anlage 2) realisiert wird.

3.3 Sofortiges Krankenkassenwahlrecht

3.3.1 Allgemeines

Ein sofortiges Krankenkassenwahlrecht bedeutet, dass eine wahlberechtigte Person eine neue Krankenkasse ohne Kündigung bei der bisherigen Krankenkasse wählen darf. Ob hierbei jedoch gleichwohl die Bindungsfristen bei der bisherigen Krankenkasse zu beachten sind, unterscheidet sich je nach der Fallgestaltung. Einerseits ist bei Unterbrechung der Mitgliedschaft ein sofortiges Krankenkassenwahlrecht ohne Rücksicht auf die Bindungsfrist bei der bisherigen Krankenkasse gegeben (vgl. Abschnitt 3.3.2). Andererseits wird ein sofortiges Krankenkassenwahlrecht auch in den Fällen eingeräumt, in denen sich die aufeinanderfolgenden Mitgliedschaften nahtlos aneinander anschließen; Voraussetzung ist in derartigen Fällen jedoch unter anderem, dass die Bindungsfrist bei der bisherigen Krankenkasse erfüllt ist (vgl. Abschnitt 3.3.3).

Die rechtliche Begründung für ein sofortiges Wahlrecht leitet sich aus dem Zusammenwirken der Regelungen über die Beendigung der Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger kraft Gesetzes (vgl. § 190 SGB V), der Regelungen über das Kündigungsverfahren nach § 175 SGB V und den Vorga-

ben der BSG-Rechtsprechung (Urteil vom 13. Juni 2007 - B 12 KR 19/06 R -, USK 2007-51, sowie Urteil vom 11. September 2018 - B 1 KR 10/18 R -, USK 2018-66) ab.

3.3.2 Sofortiges Krankenkassenwahlrecht bei Unterbrechung der Mitgliedschaft

Das BSG hat in dem Urteil vom 13. Juni 2007 - B 12 KR 19/06 R -, USK 2007-51, entschieden, dass bei erneutem Eintritt von Versicherungspflicht nach einer Unterbrechung der Mitgliedschaft ein neues Wahlrecht besteht, wenn die letzte Mitgliedschaft kraft Gesetzes endete. Bei Wiedereintritt von Versicherungspflicht kann somit eine neue Krankenkasse ohne Vorlage einer Kündigungsbestätigung gewählt werden. Hierbei spielt es keine Rolle, ob bei der bislang zuständigen Krankenkasse die 18-monatige Bindungsfrist (vgl. Abschnitt 7.2) bzw. die Mindestbindungsfristen für Wahltarife (vgl. Abschnitt 7.4) erfüllt sind.

Ein sofortiges Krankenkassenwahlrecht unabhängig von der Erfüllung der Mindestbindungsfristen im Rahmen der letzten Mitgliedschaft besteht darüber hinaus auch in den Fällen, in denen eine Mitgliedschaft kraft Gesetzes endete und nach einer Unterbrechung (z. B. im Zuge einer zunächst bestehenden beitragsfreien Familienversicherung) eine freiwillige Mitgliedschaft nach § 9 SGB V begründet wird. Das Gleiche gilt außerdem bei der Beendigung der freiwilligen Mitgliedschaft durch Kündigung wegen der Begründung einer Familienversicherung bzw. einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall außerhalb der GKV und einem anschließenden Eintritt der Versicherungspflicht oder Versicherungsberechtigung nach § 9 SGB V.

Eine Unterbrechung in dem hier relevanten Sinne liegt vor, wenn zwischen zwei Mitgliedschaften für mindestens einen Kalendertag eine Familienversicherung oder keine Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung (z. B. aufgrund einer privaten Krankenversicherung oder einer Krankenversicherung im Ausland) bestand. Zeiten eines nachgehenden Leistungsanspruchs nach § 19 Abs. 2 SGB V gelten ebenfalls als Unterbrechungen. Eine Unterbrechung kann auch auf einen Feiertag oder ein Wochenende fallen.

Beispiel 1

Ein Arbeitnehmer ist versicherungspflichtiges Mitglied der Krankenkasse A seit dem 01.12.2018. Der Arbeitgeber meldet ihn zum 31.03.2019 wegen Ende der Beschäftigung ab. Vom 01.04.2019 bis zum 02.04.2019 besteht ein nachgehender Leistungsanspruch nach § 19 Abs. 2 SGB V.

Erneute Aufnahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung ab dem 03.04.2019. Der Arbeitnehmer wählt die Mitgliedschaft bei der Krankenkasse B zum 03.04.2019.

Beurteilung

Der Krankenkassenwechsel zum 03.04.2019 ist im Rahmen eines sofortigen Krankenkassenwahlrechts ohne Beachtung der Bindungsfrist bei der Krankenkasse A zulässig, weil eine neue Pflichtmitgliedschaft nach einer Unterbrechung der Versicherungspflicht begründet wird. Dem Arbeitgeber ist innerhalb von zwei Wochen eine Mitgliedsbescheinigung nach Anlage 1 vorzulegen. Die Krankenkasse B benötigt für die Begründung der Mitgliedschaft keine Kündigungsbestätigung der Krankenkasse A.

Dagegen liegt keine Unterbrechung vor, wenn sich zwei - ggf. unterschiedliche - Versicherungspflichttatbestände nahtlos aneinander anschließen, so dass durchgehend Versicherungspflicht besteht. Eine Unterbrechung der Mitgliedschaft liegt ebenfalls nicht vor, wenn auf das Ende eines Versicherungspflichttatbestandes eine freiwillige Versicherung im Sinne des § 9 bzw. § 188 Abs. 4 SGB V folgt. Gleiches gilt, wenn eine freiwillige Mitgliedschaft wegen Eintritts einer Pflichtmitgliedschaft endet (§ 191 Nr. 2 SGB V). In diesen Fällen vollzieht sich ein Krankenkassenwechsel zwar auch sofort, jedoch unter Einhaltung der Mindestbindungsfrist bei der bisherigen Krankenkasse (vgl. Abschnitt 3.3.3); dagegen wird die Mitgliedschaft nach § 188 Abs. 4 SGB V immer bei der letzten Krankenkasse begründet.

Die sofortige Ausübung des Krankenkassenwahlrechts außerhalb des Kündigungsverfahrens und ohne Beachtung der Bindungsfrist bei der bisherigen Krankenkasse ist demnach in folgenden Sachverhaltskonstellationen möglich:

- erstmaliger Eintritt der Versicherungspflicht bzw. der Versicherungsberechtigung für Personen, die zuvor überhaupt nicht in der GKV versichert waren
- Begründung einer Pflichtmitgliedschaft nach einer Unterbrechung der Versicherungspflicht für mindestens einen Tag
- Begründung einer Pflichtmitgliedschaft im Anschluss an eine Familienversicherung
- Begründung einer freiwilligen Versicherung nach § 9 SGB V im Anschluss an eine Familienversicherung oder nach einer Unterbrechung der Versicherung in der GKV (z. B. durch einen Auslandsaufenthalt)

Die konkreten Voraussetzungen für die Ausübung des sofortigen Krankenkassenwahlrechts außerhalb des Kündigungsverfahrens werden in den Abschnitten 4 und 5 erläutert.

3.3.3 Sofortiges Krankenkassenwahlrecht bei aufeinanderfolgenden Mitgliedschaften, die sich nahtlos aneinander anschließen

Das BSG hat mit dem Urteil vom 11. September 2018 – B 1 KR 10/18 R –, USK 2018-66, entschieden, dass ein sofortiges Krankenkassenwahlrecht auch in den Fällen einzuräumen ist, in denen sich die aufeinanderfolgenden Mitgliedschaften nahtlos aneinander anschließen; einer Kündigung der bisherigen (kraft Gesetzes geendeten) Mitgliedschaft bedarf es mithin nicht. Ein typisches Beispiel hierfür ist ein Arbeitgeberwechsel bei versicherungspflichtigen Arbeitnehmern. Voraussetzung ist in derartigen Fällen jedoch, dass die 18-monatige Bindungsfrist (vgl. Abschnitt 7.2) bzw. die Mindestbindungsfristen für Wahltarife (vgl. Abschnitt 7.4) erfüllt sind.

Beispiel 1

Ein Arbeitnehmer ist versicherungspflichtiges Mitglied der Krankenkasse A (Bindungsfrist erfüllt). Arbeitgeberwechsel und Wahl der Krankenkasse B zum 01.07.2019.

Beurteilung

Der Krankenkassenwechsel zum 01.07.2019 ist im Rahmen eines sofortigen Krankenkassenwahlrechts zulässig, weil ein Arbeitgeberwechsel vorliegt und die Bindungsfrist bei der Krankenkasse A erfüllt ist. Dem neuen Arbeitgeber ist innerhalb von zwei Wochen nach Beginn der Beschäftigung eine Mitgliedsbescheinigung nach Anlage 1 vorzulegen. Die Krankenkasse B benötigt für die Begründung der Mitgliedschaft keine Kündigungsbestätigung der Krankenkasse A.

Die vorgenannten 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 gegeben, wenn eine Zeit der Versicherungspflicht sich unmittelbar an eine zuvor kraft Gesetzes beendete freiwillige Mitgliedschaft anschließt (z. B. Eintritt der Versicherungspflicht bei Unterschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze). Schließt sich hingegen eine freiwillige Mitgliedschaft im Rahmen der obligatorischen Anschlussversicherung nach § 188 Abs. 4 SGB V unmittelbar an eine zuvor kraft Gesetzes beendete Zeit der Versicherungspflicht an, bleibt die be-

troffene Person Mitglied der Krankenkasse, bei der zuvor eine Mitgliedschaft bestanden hat. Ein Krankenkassenwahlrecht kann in diesen Fällen nur dann eingeräumt werden, wenn die 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.

Das sofortige Krankenkassenwahlrecht knüpft bei unmittelbar aufeinanderfolgenden Mitgliedschaften an die Voraussetzung an, dass 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.

Bei unständig Beschäftigten besteht die Mitgliedschaft nach § 186 Abs. 2 Satz 2 SGB V auch an den Tagen fort, an denen der unständig Beschäftigte vorübergehend, längstens für 3 Wochen nicht beschäftigt wird. Sie endet nach § 190 Abs. 4 SGB V erst dann, wenn das Mitglied die berufsmäßige Ausübung der unständigen Beschäftigung nicht nur vorübergehend aufgibt, spätestens mit Ablauf von 3 Wochen nach dem Ende der letzten unständigen Beschäftigung. Da das sofortige Krankenkassenwahlrecht bei aufeinanderfolgenden Mitgliedschaften an die Beendigung der vorangegangenen Mitgliedschaft kraft Gesetzes geknüpft ist, ergibt sich daraus, dass unständig Beschäftigte nicht jeweils zu Beginn einer neuen Beschäftigung von ihrem Krankenkassenwahlrecht Gebrauch machen können. Ein Krankenkassenwechsel ist regelmäßig vielmehr ausschließlich im Kündigungsverfahren (vgl. Abschnitt 3.2) möglich.

Für Versicherte, die einen bestimmten Versicherungspflichttatbestand mehrfach (z.B. Mehrfachbeschäftigte) oder zwei gleichrangige Versicherungspflichttatbestände gleichzeitig (z. B. versicherungspflichtige Arbeitnehmer mit Bezug von Arbeitslosengeld II) erfüllen, vollzieht sich ein Krankenkassenwechsel typischerweise im Kündigungsverfahren. Jedenfalls begründet ein Hinzutritt bzw. ein Wegfall eines weiteren Versicherungspflichttatbestandes zu/bei einer durchgehend bestehenden (anderweitigen) Mitgliedschaft kein sofortiges Krankenkassenwahlrecht.

Außerdem wird kein sofortiges Krankenkassenwahlrecht durch den Umstand ausgelöst, dass innerhalb eines bestehenden Beschäftigungsverhältnisses eine Änderung im Arbeitsvertrag vorgenommen wird (z. B. bisherige Halbtagsbeschäftigung/künftige Ganztagsbeschäftigung) oder eine Beendigung des Berufsausbildungsverhältnisses mit Weiterbeschäftigung als Arbeitnehmer erfolgt. Dies gilt auch bei sonstigen im Rahmen der DEÜV vorgeschriebenen Meldeanlässen, wie z. B. Beitragsgruppenwechsel, Wechsel Entgeltabrechnungssystem, Wechsel des Rechtskreises etc., sowie beim Wechsel der Betriebsstätten oder Zweigniederlassungen, die demselben Arbeitgeber im sozialversicherungsrechtlichen Sinne zuzuordnen sind. Ebenfalls kann aus dem Beginn einer Mitgliedschaft nach § 192 SGB V, § 193 SGB V und § 8 EÜG kein sofortiges Krankenkassenwahlrecht abgeleitet werden.

Tritt ein anderer Inhaber in die Rechten und Pflichten aus dem bestehenden Arbeitsverhältnis ein und ändert sich faktisch nichts an dem Beschäftigungsverhältnis (z. B. bei Umwandlung der Gesellschaftsform, Betriebsübergang nach § 613a BGB, Insolvenzfälle), kann – selbst wenn aus formalen Gründen neue Arbeitsverträge geschlossen werden – vom Krankenkassenwahlrecht nicht sofort Gebrauch gemacht werden.

Für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 2 SGB V versicherungspflichtigen Bezieher von Arbeitslosengeld oder die nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V versicherungspflichtigen Bezieher von Arbeitslosengeld II löst ein Wechsel des zuständigen Leistungsträgers kein sofortiges Krankenkassenwahlrecht aus, da in solchen Fällen kein Ende der Mitgliedschaft kraft Gesetzes vorliegt; die Beendigung der Mitgliedschaft nach § 190 Abs. 12 SGB V stellt abstrakt auf das Ende eines Leistungsbezugs als solchen ohne Bezugnahme auf den zuständigen Leistungsträger ab. Dagegen begründet der Wechsel des Versicherungstatbestandes von Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2 SGB V zur Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V – bei Erfüllung der Bindungsfristen – ein sofortiges Krankenkassenwahlrecht.

Mit der gleichen Begründung ist auch für versicherungspflichtige Studenten ein sofortiges Krankenkassenwahlrecht aus Anlass eines Wechsels der Hochschule zu verneinen. Die Beendigung der Mitgliedschaft nach § 190 Abs. 9 SGB V ist an das Ende der Einschreibung als Studierende geknüpft; dagegen ist die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Hochschule in diesem Kontext irrelevant.

Die sofortige Ausübung des Krankenkassenwahlrechts außerhalb des Kündigungsverfahrens – jedoch unter Beachtung der Mindestbindungsfrist bei der bisherigen Krankenkasse – ist demnach in folgenden Sachverhaltskonstellationen möglich:

- Begründung einer Pflichtmitgliedschaft unmittelbar im Anschluss an eine zuvor kraft Gesetzes beendete Pflichtmitgliedschaft
- Begründung einer Pflichtmitgliedschaft unmittelbar im Anschluss an eine zuvor kraft Gesetzes beendete freiwillige Mitgliedschaft
- Begründung einer freiwilligen Versicherung nach § 9 SGB V unmittelbar im Anschluss an eine zuvor kraft Gesetzes beendete Pflichtmitgliedschaft
- Verdrängung einer dem Grunde nach unverändert bestehenden Versicherungspflicht durch eine Vorrangversicherung oder „Wiederaufleben“ dieser nach Wegfall der Vorrangversicherung

Die konkreten Voraussetzungen für die Ausübung des sofortigen Krankenkassenwahlrechts außerhalb des Kündigungsverfahrens werden in den Abschnitten 4 und 5 erläutert.

3.3.4 Prüfverpflichtungen der Krankenkassen im Verfahren des Krankenkassenwechsels

Bei einer aktiven Ausübung des Krankenkassenwahlrechts durch das Mitglied hat die neu gewählte Krankenkasse aufgrund der Angaben des Mitglieds zunächst festzustellen, welche der drei möglichen Optionen (vgl. Abschnitte 3.2, 3.3.2 und 3.3.3) für den konkreten Sachverhalt relevant ist. In Abhängigkeit von dieser Feststellung gestaltet sich die Organisation der Prüfung, ob vom Krankenkassenwahlrecht zum gewünschten Zeitpunkt Gebrauch gemacht werden darf, unterschiedlich.

So liegt der Schwerpunkt dieser Prüfung in den Sachverhalten, in denen sich der Krankenkassenwechsel im Kündigungsverfahren vollzieht (vgl. Abschnitt 3.2), im Rahmen der Ausstellung der Kündigungsbestätigung bei der bisherigen Krankenkasse. Für die gewählte Krankenkasse ist lediglich relevant, dass eine Kündigungsbestätigung vorgelegt wird.

Bei der Wahrnehmung des Krankenkassenwahlrechts im Falle sich nahtlos aneinander anschließenden Mitgliedschaften (vgl. Abschnitt 3.3.3) bedarf es keiner Kündigung. 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 für Wahltarife erfüllt sind. Es kann davon ausgegangen werden, dass die bisherige Krankenkasse spätestens im Rahmen der Klärung der obligatorischen Anschlussversicherung darüber Kenntnis erhält, dass das Mitglied von seinem Krankenkassenwahlrecht Gebrauch gemacht hat.

Vor diesem Hintergrund wird zum Zwecke der Optimierung der Verwaltungsabläufe beim Krankenkassenwechsel im Falle von unmittelbar aufeinanderfolgenden Mitgliedschaften ein Informati-

onsaustausch zwischen den beteiligten Krankenkassen empfohlen. Hierbei übermittelt die neu gewählte Krankenkasse eine Mitgliedsbescheinigung 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.

Bei Ausübung des Krankenkassenwahlrechts nach einer Unterbrechung der Mitgliedschaft (vgl. Abschnitt 3.3.2) obliegt die Prüfung der Rechtmäßigkeit des angestrebten Krankenkassenwechsels der neu gewählten Krankenkasse. Die eventuell notwendigen Aktivitäten der bisherigen Krankenkasse im Rahmen der Klärung der obligatorischen Anschlussversicherung bleiben unberührt.

4. Wahlerklärung des Mitglieds

4.1 Allgemeines zur Wahlerklärung

Nach § 175 Abs. 1 Satz 1 i. V. m. § 173 Abs. 1 SGB V hat der Versicherte sein Krankenkassenwahlrecht ausschließlich gegenüber der von ihm gewählten Krankenkasse auszuüben. Eine gegenüber einer zur Meldung verpflichteten Stelle (z. B. Arbeitgeber, Bundesagentur für Arbeit) abgegebene Wahlerklärung erlangt dagegen regelmäßig keine Rechtswirkung.

§ 175 Abs. 1 Satz 3 SGB V regelt, dass die rechtswirksame Ausübung des Krankenkassenwahlrechts bereits mit Vollendung des 15. Lebensjahres möglich ist, ohne dass es hierzu einer Mitwirkung des gesetzlichen Vertreters des Minderjährigen bedarf. Dies schließt neben der Abgabe einer Wahlerklärung deren mögliche Korrektur (vgl. Abschnitt 4.4) mit ein. Die Altersgrenze entspricht derjenigen in § 36 Abs. 1 SGB I. Das Wahlrecht Minderjähriger gilt nicht nur im Rahmen der Versicherungspflicht für zur Berufsausbildung Beschäftigte, sondern auch für andere Versicherungspflichtige sowie für freiwillige Mitglieder.

Die Krankenkasse darf die Mitgliedschaft eines Wahlberechtigten nicht ablehnen. Darüber hinaus darf sie die Wahlerklärung nicht durch falsche oder unvollständige Beratung verhindern oder erschweren.

4.2 Form der Wahlerklärung

Eine bestimmte Form der Wahlerklärung ist in § 175 SGB V weder für Versicherungspflichtige noch für Versicherungsberechtigte vorgesehen. Aus Gründen der Verfahrenssicherheit ist jedoch eine schriftliche Wahlerklärung für alle Personengruppen empfehlenswert. Dagegen ist eine Schriftform verpflichtend, wenn die Wahlerklärung nach § 175 SGB V gleichzeitig die Funktion einer Beitrittserklärung im Sinne des § 188 Abs. 3 SGB V erfüllt (z. B. bei der erstmaligen Begründung einer freiwilligen Mitgliedschaft in der GKV oder bei der Begründung einer freiwilligen Mitgliedschaft im Anschluss an eine Familienversicherung bzw. Pflichtmitgliedschaft). Gehörte der Betroffene zum Zeitpunkt des Krankenkassenwechsels bereits bei der gekündigten Krankenkasse zum Personenkreis der freiwilligen Mitglieder, gilt für die Wahlerklärung nach § 175 SGB V gegenüber der gewählten Krankenkasse kein Schriftformerfordernis.

4.3 Fristen für die Abgabe der Wahlerklärung

4.3.1 Beim Krankenkassenwahlrecht im Kündigungsverfahren

Die Frist für die Abgabe einer Wahlerklärung im Rahmen eines Kündigungsverfahrens für Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte (vgl. Abschnitt 3.2) ergibt sich aus dem § 175 Abs. 4 Satz 4 SGB V. Danach muss die Wahlerklärung bis zum Ende der Kündigungsfrist gegenüber der gewählten Krankenkasse abgegeben werden. Darüber hinaus muss die Mitgliedsbescheinigung der gewählten Krankenkasse innerhalb derselben Frist der zur Meldung verpflichteten Stelle bzw. der bisherigen Krankenkasse (wenn keine zur Meldung verpflichtete Stelle vorhanden ist) vorgelegt werden.

4.3.2 Bei sofortigem Krankenkassenwahlrecht

4.3.2.1 Für versicherungspflichtige Mitglieder

Beim Vorliegen eines sofortigen Krankenkassenwahlrechts anlässlich des Eintritts einer Versicherungspflicht (vgl. Abschnitt 3.3) ergibt sich die Frist für die Abgabe einer Wahlerklärung aus dem § 175 Abs. 3 Satz 2 SGB V. Danach kann die Ausübung des Wahlrechts durch den Versicherungspflichtigen nur bis zum Ablauf von zwei Wochen nach Eintritt der Versicherungspflicht rechts- wirksam erfolgen. Zwar ergibt sich diese Anforderung nicht zwingend aus dem Wortlaut des Gesetzes, dennoch hat das BSG in seinem Urteil vom 21. Dezember 2011 – B 12 KR 21/10 R –, USK 2011-172, entschieden, dass nach Ablauf der zweiwöchigen Frist im Sinne des § 175 Abs. 3 Satz 2 SGB V die Krankenkassenwahl durch das Mitglied nicht mehr wirksam ausgeübt werden kann. Eine zeitliche Ausdehnung des Wahlrechts bis zur die Wahl ersetzende Anmeldung durch die zur Meldung verpflichtete Stelle oder darüber hinaus ist rechtlich nicht zulässig.

Eine besondere Problematik ergibt sich für die Ausübung eines sofortigen Krankenkassenwahlrechts bei dem Personenkreis der Arbeitslosengeld II-Bezieher. Die Regelung des § 37 Abs. 2 Satz 2 SGB II, wonach der Antrag auf Arbeitslosengeld II auf den Ersten des Antragsmonats zurückwirkt, kann u. U. dazu führen, dass die ausdrücklich an den Eintritt der Versicherungspflicht gekoppelte zweiwöchige Frist im Sinne des § 175 Abs. 3 Satz 2 SGB V am Tag der Antragstellung bereits abgelaufen ist. In solchen Fällen wird generalisierend unterstellt, dass die Voraussetzungen der Wiedereinsetzung in den vorigen Stand nach § 27 SGB X erfüllt sind. Das bedeutet in der vereinfachten Darstellung, dass sich der Zwei-Wochen-Zeitraum für die Abgabe einer Wahlerklärung an den Tag der Stellung des Leistungsantrages anschließt. Geht die Mitgliedsbescheinigung der gewählten Krankenkasse innerhalb dieses Zeitraumes beim Jobcenter ein, kann das Jobcenter in der Folge von einem rechtzeitig ausgeübten Wahlrecht ausgehen, ohne dass aus diesem Anlass eine Kontaktaufnahme mit der Krankenkasse erforderlich ist.

4.3.2.2 Für freiwillige Mitglieder

Beim Vorliegen eines sofortigen Krankenkassenwahlrechts anlässlich des Eintritts einer Versicherungsberechtigung (vgl. Abschnitt 3.3) ergibt sich die Frist für die Abgabe einer Wahlerklärung aus § 9 Abs. 2 SGB V, da bei diesen Fallkonstellationen die Wahlerklärung zugunsten einer bestimmten Krankenkasse immer mit einer Beitrittserklärung zur GKV einhergeht. Die Frist beträgt somit jeweils drei Monate nach dem beitragsbegründenden Ereignis.

Für Personen, die unmittelbar vor der Ausübung des Krankenkassenwahlrechts beim Eintritt der Versicherungsberechtigung bei einer anderen Krankenkasse pflicht- oder familienversichert waren, bedarf es für den Ausschluss der obligatorischen Anschlussversicherung keiner Austrittserklärung innerhalb von zwei Wochen nach Hinweis der bisherigen Krankenkasse. Eine rechtswirksame Ausübung des Krankenkassenwahlrechts setzt in solchen Fällen – neben der Wahlerklärung gegenüber der gewählten Krankenkasse innerhalb von drei Monaten – nur voraus, dass gegenüber der bisherigen Krankenkasse eine Nachweisführung der anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall stattfindet. Diese ist an keine Fristen gebunden und wird typischerweise entweder im Rahmen einer Meldung nach § 9 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 der Fami-Meldegrundsätze des GKV-Spitzenverbandes (für zuletzt familienversicherte Personen) oder im Rahmen eines unter Abschnitt 3.3.4 empfohlenen Informationsaustauschs zwischen den beteiligten Krankenkassen (für zuletzt Pflichtversicherte) vollzogen. Sofern bei freiwilligen Mitgliedern eine zur Meldung verpflichtete Stelle vorhanden ist, muss darüber hinaus die Mitgliedsbescheinigung der gewählten Krankenkasse innerhalb von drei Monaten der zur Meldung verpflichteten Stelle vorgelegt werden (vgl. Abschnitt 5.2.3).

4.4 Widerruf bzw. Rücknahme der Wahlerklärung

Die Wahlerklärungen der Versicherten sind einseitige, empfangsbedürftige Willenserklärungen, die dem öffentlichen Recht zuzuordnen sind. Auf sie finden die Regelungen des BGB zur Willenserklärung entsprechende Anwendung, solange die SGB-Vorschriften keine spezialgesetzlichen Regelungen treffen. Das Wirksamwerden der Wahlerklärungen richtet sich somit nach § 130 BGB, was grundsätzlich dazu führt, dass eine Willenserklärung, die einem anderen gegenüber abzugeben ist, in dem Zeitpunkt wirksam wird, in welchem sie ihm zugeht. Sie wird dann nicht wirksam, wenn dem anderen vorher oder gleichzeitig ein Widerruf zugeht. Im Interesse der Versicherten hat sich jedoch seit Jahren die Praxis etabliert, wonach die freie Krankenkassenwahl den Versicherten, die vom Wahlrecht des § 175 Abs. 4 SGB V Gebrauch machen (vgl. Abschnitt 3.2), bis zum Zeitpunkt der Rechtswirksamkeit der Kündigung zugestanden wird. Die Wahlerklärung kann dadurch in den Fällen des § 175 Abs. 4 SGB V noch bis zum Ende der Kündigungsfrist durch den Widerruf einer bzw. mehrerer Wahlerklärung(en) „korrigiert“ werden. Sollte nach einer Kündigung das Wahlrecht mehrfach ausgeübt worden sein und werden aufgrund dessen der zur Meldung verpflichteten Stelle mehrere Mitgliedsbescheinigungen vorgelegt, gilt die Krankenkasse als gewählt, die der Versicherte der zur Meldung verpflichteten Stelle gegenüber benennt. Sofern das Mitglied nicht nur seine Wahlerklärung(en), sondern auch die Kündigung gegenüber der bisherigen Krankenkasse widerrufen möchte, gilt das in Abschnitt 6.4 beschriebene Verfahren.

Ein Widerruf der Krankenkassenwahl nach dem Ende der Kündigungsfrist und damit nach Beginn der Mitgliedschaft bei der gewählten Krankenkasse ist hingegen ausgeschlossen. Entsprechendes gilt bei der Ausübung des Sonderkündigungsrechts nach § 175 Abs. 4 Satz 5 SGB V.

Ein identisches Verfahren hat sich auch im Rahmen eines sofortigen Krankenkassenwahlrechts anlässlich des Eintritts einer Versicherungspflicht (vgl. Abschnitt 3.3) entwickelt. Sofern ein Versicherter mehreren Krankenkassen gegenüber erklärt, deren Mitglied werden zu wollen und aufgrund dessen der zur Meldung verpflichteten Stelle mehrere Mitgliedsbescheinigungen vorliegen, meldet die zur Meldung verpflichtete Stelle den Betroffenen bei der Krankenkasse an, die ihm vom Versicherten benannt wird. Den Versicherten steht dieses Gestaltungsrecht bis zum Ablauf von zwei Wochen nach Eintritt der Versicherungspflicht zu. Eine bzw. mehrere Wahlerklärung(en) können innerhalb dieser Frist widerrufen werden.

4.5 Grundsätze zur Datenerhebung im Rahmen der Wahlerklärung

Bundeseinheitliche Vordrucke zur Wahlerklärung nach § 175 SGB V sind weder gesetzlich noch untergesetzlich vorgesehen. Gleichwohl haben die Krankenkassen bei der freien Gestaltung der Formulare zur Datenerhebung bei Begründung einer Mitgliedschaft sicherzustellen, dass gesetzliche Vorgaben des Datenschutzes eingehalten werden und eine Risikoselektion bzw. der Anschein

einer Risikoselektion durch die gewählte Krankenkasse vermieden wird. Zur Umsetzung dieser Anforderung dürfen Angaben, die den Tatbestand der Erforderlichkeit nach § 284 SGB V nicht erfüllen, generell nicht erhoben werden; hierzu gehören beispielsweise Fragen nach dem Gesundheitszustand eines potenziellen Mitglieds.

Für die Beurteilung, welche Daten erhoben werden dürfen, ist danach zu differenzieren, ob die Daten zur Feststellung des Versicherungsverhältnisses bzw. zur Begründung der Mitgliedschaft (§ 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V), zur Feststellung der Beitragspflicht (§ 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V) oder zur Erbringung der Leistungen (§ 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V) erforderlich sind.

Angaben, die für die Prüfung der Leistungspflicht und der Erbringung von Leistungen erforderlich sind, dürfen nur außerhalb des Formulars zur Wahlerklärung nach § 175 SGB V zeitlich später ermittelt werden. Als Beispiel hierfür sind die Fragen zur Teilnahme an DMP, zum Krankengeldbezug oder zur Wehrdienstbeschädigung zu nennen.

Daten, die zur Feststellung des Versicherungsverhältnisses und der Mitgliedschaft sowie zur Feststellung der Beitragspflicht und der Beiträge erforderlich sind, dürfen dagegen im Rahmen der Wahlerklärung im erforderlichen Umfang erfragt werden. Als zulässig wird insbesondere erachtet:

- Frage nach den beitragspflichtigen Einnahmen, die bei allen versicherungspflichtigen Mitgliedern – unabhängig von dem konkreten Versicherungsverhältnis – relevant sind (Renten und Versorgungsbezüge), einschließlich der Angaben zu der meldepflichtigen Stelle;
- Frage nach der Höhe des Arbeitseinkommens, soweit es neben einer Rente oder Versorgungsbezügen erzielt wird (beitragsrechtliche Relevanz);
- Frage, ob eine selbstständige Tätigkeit ausgeübt wird (versicherungsrechtliche Relevanz für die Einleitung der Prüfung nach § 5 Abs. 5 SGB V bzw. für die Zuordnung zu dem Personenkreis freiwillig Versicherter);
- Frage nach der Höhe des Arbeitsentgelts, allerdings nur in der Weise, ob das Jahresarbeitsentgelt die für das jeweilige Kalenderjahr maßgebliche Jahresarbeitsentgeltgrenze überschreitet.

Bei Begründung einer freiwilligen Mitgliedschaft bzw. einer Mitgliedschaft für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V versicherten Personen darf der Fragebogen zur Ermittlung der beitragspflichtigen Einnahmen zeitgleich mit dem Formular für die Wahlerklärung nach § 175 SGB V eingesetzt werden. Alternativ ist die Datenabfrage für die beiden Themenkomplexe innerhalb eines Formulars, das speziell auf diese Personengruppen ausgerichtet ist, zulässig.

Freiwillige Angaben, wie z.B. die E-Mailadresse, sollten als solche gekennzeichnet werden.

5. Ausstellung und Umgang mit Mitgliedsbescheinigungen

5.1 Grundsätzliches zur Ausstellung von Mitgliedsbescheinigungen

Die Krankenkassen haben nach § 175 Abs. 2 Satz 1 oder Satz 3 SGB V nach Ausübung des Krankenkassenwahlrechts oder nach Eintritt einer Versicherungspflicht die Mitgliedsbescheinigungen auszustellen. Diese sind unverzüglich auszustellen, um zu gewährleisten, dass der Krankenkassenwechsel nicht unnötig erschwert wird und die zur Meldung verpflichtete Stelle rechtzeitig Klarheit über die zuständige Krankenkasse erhält.

Die nach erfolgter Krankenkassenwahl gemäß § 175 SGB V ausgestellte Mitgliedsbescheinigung einer Krankenkasse stellt grundsätzlich keinen Verwaltungsakt über die Versicherungspflicht in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung dar (BSG-Urteil vom 27. Juni 2012 - B 12 KR 11/10 R -, USK 2012-39).

5.2 Vorlage der Mitgliedsbescheinigung bei der zur Meldung verpflichteten Stelle

5.2.1 Bei Eintritt von Versicherungspflicht

Die Krankenkasse hat bei Eintritt von Versicherungspflicht dem Mitglied unverzüglich eine Mitgliedsbescheinigung auszustellen. Diese ist der zur Meldung verpflichteten Stelle (z. B. Arbeitgeber, Bundesagentur für Arbeit) vom Mitglied unverzüglich vorzulegen. Wird die Mitgliedsbescheinigung der zur Meldung verpflichteten Stelle nicht spätestens zwei Wochen nach Eintritt der Versicherungspflicht vorgelegt, kommt es zu der unter Abschnitt 5.5.2 beschriebenen Verfahrensweise. Die Mitgliedsbescheinigung kann der zur Meldung verpflichteten Stelle auch direkt von der gewählten Krankenkasse zugeleitet werden.

5.2.2 Bei einem Krankenkassenwechsel im Kündigungsverfahren

Der Krankenkassenwechsel eines versicherungspflichtigen oder eines versicherungsberechtigten Mitglieds wird nur dann wirksam, wenn das Mitglied innerhalb der Kündigungsfrist die Mitgliedsbescheinigung seiner neu gewählten Krankenkasse der zur Meldung verpflichteten Stelle vorlegt (vgl. Abschnitt 3.2). Die Krankenkasse hat deshalb nach Ausübung des Wahlrechts dem neuen Mitglied unverzüglich nach Vorlage der Kündigungsbestätigung eine Mitgliedsbescheinigung auszustellen. Diese ist der zur Meldung verpflichteten Stelle vom Mitglied unverzüglich - bis spätestens zum Ablauf der Kündigungsfrist - vorzulegen. Die Mitgliedsbescheinigung kann der zur Meldung verpflichteten Stelle auch direkt von der gewählten Krankenkasse zugeleitet werden.

Versicherte, die über mehr als eine zur Meldung verpflichtete Stelle verfügen (z.B. Mehrfachbeschäftigte), haben grundsätzlich allen zur Meldung verpflichteten Stellen eine Mitgliedsbescheinigung vorzulegen. Ein Krankenkassenwechsel vollzieht sich allerdings auch dann, wenn die Mitgliedsbescheinigung der neu gewählten Krankenkasse im Einzelfall lediglich einer der zur Meldung verpflichteten Stellen innerhalb der Kündigungsfrist vorgelegt wird.

5.2.3 Zur Meldung verpflichtete Stelle von freiwillig Versicherten

Bei freiwillig krankenversicherten Arbeitnehmern stellt nach § 28a SGB IV der Arbeitgeber die zur Meldung verpflichtete Stelle dar, weil von ihm die Pflichtbeiträge zur Renten- und Arbeitslosenversicherung an die Einzugsstelle abzuführen sind.

Bei freiwillig versicherten Rentnern ergibt sich die Funktion des Rentenversicherungsträgers als die zur Meldung verpflichtete Stelle aus § 201 Abs. 4 SGB V.

Bei freiwillig versicherten Studenten ist die Hochschule im Inland als die zur Meldung verpflichtete Stelle anzusehen (§ 200 Abs. 2 SGB V, § 21 Abs. 2 KVLG 1989).

Im Übrigen ist die zweiwöchige Frist für die Vorlage einer Mitgliedsbescheinigung der zur Meldung verpflichteten Stelle im Verfahren des sofortigen Krankenkassenwahlrechts aus Anlass des Eintritts der Versicherungsberechtigung (z. B. in den Sachverhalten im Sinne des § 6 Abs. 4 SGB V) – anders als bei Versicherungspflichtigen – ohne Bedeutung. Vielmehr kann die Mitgliedsbescheinigung der neu gewählten Krankenkasse der zur Meldung verpflichteten Stelle bis zum Ablauf der Antragsfrist nach § 9 Abs. 2 SGB V vorgelegt werden.

5.2.4 Umgang mit Mitgliedsbescheinigungen bei Rentnern

Bei versicherungspflichtigen Rentnern wird von einer Vorlage der Mitgliedsbescheinigung beim Rentenversicherungsträger abgesehen, da der Rentenversicherungsträger als zur Meldung verpflichtete Stelle bereits durch die nach § 201 Abs. 2 SGB V unverzüglich von der neu gewählten Krankenkasse abzugebende Meldung über den Wechsel der Krankenkasse informiert wird. Insofern ersetzt die Meldung nach § 201 Abs. 2 SGB V die Vorlage der Mitgliedsbescheinigung beim Rentenversicherungsträger. Entsprechendes gilt für den Krankenkassenwechsel von Rentnantagstellern sowie von freiwillig versicherten Rentnern (vgl. das Gemeinsame Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes und der Deutschen Rentenversicherung Bund zur Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner sowie die Gemeinsamen Grundsätze zum maschinell unterstützten Meldeverfahren zur Krankenversicherung der Rentner und zur Pflegeversicherung in der jeweils gültigen Fassung).

5.3 Vorlage der Mitgliedsbescheinigung bei der bisherigen Krankenkasse

Bei einem Krankenkassenwechsel im Kündigungsverfahren ergibt sich die Notwendigkeit der Vorlage einer Mitgliedsbescheinigung bei der bisherigen Krankenkasse nur dann, wenn für das Mitglied keine zur Meldung verpflichtete Stelle vorhanden ist. Ein Krankenkassenwechsel wird hierbei nur dann wirksam, wenn das Mitglied seiner bisherigen Krankenkasse innerhalb der Kündigungsfrist eine Mitgliedsbescheinigung der neu gewählten Krankenkasse vorlegt. Diese Regelung kommt insbesondere bei freiwillig versicherten Selbständigen, Beamten, Haushaltsführenden, Schülern und ähnlichen Personen in Betracht. Die Mitgliedsbescheinigung kann der bisherigen Krankenkasse auch direkt von der gewählten Krankenkasse zugeleitet werden.

Bei einem sofortigen Krankenkassenwahlrecht (vgl. Abschnitt 3.3) ist die Vorlage der Mitgliedsbescheinigung der neu gewählten Krankenkasse bei der bisherigen Krankenkasse materiell-rechtlich nicht vorgesehen; diese wirkt sich daher auf die rechtswirksame Ausübung des Krankenkassenwahlrechts nicht aus. Jedoch wird dieses Verfahren für Zwecke der Optimierung der Verwaltungsabläufe bei Krankenkassen empfohlen (vgl. Abschnitt 3.3.4), sofern es sich um das Verfahren des Krankenkassenwahlrechts im Falle sich nahtlos aneinander anschließenden Mitgliedschaften (vgl. Abschnitt 3.3.3) handelt.

5.4 Übermittlung der Mitgliedsbescheinigungen durch die gewählte Krankenkasse

Nach dem Wortlaut des Gesetzes obliegt die Verpflichtung einer rechtzeitigen Vorlage der Mitgliedsbescheinigung der gewählten Krankenkasse bei der zur Meldung verpflichteten Stelle bzw. – soweit keine zur Meldung verpflichtete Stelle vorhanden ist – der bisherigen Krankenkasse als Bedingung für eine rechtswirksame Ausübung des Krankenkassenwahlrechts dem Mitglied selbst. Dies gilt sowohl beim sofortigen Krankenkassenwahlrecht (§ 175 Abs. 3 Sätze 1 und 2 SGB V) als auch beim Krankenkassenwahlrecht im Kündigungsverfahren (§ 175 Abs. 4 Satz 4 SGB V).

Im Interesse der Versicherten hat sich jedoch seit Jahren die Praxis etabliert, wonach die neu gewählte Krankenkasse eine direkte Übermittlung der Mitgliedsbescheinigung an die zuständige Stelle übernehmen kann bzw. übernimmt (vgl. Abschnitte 5.2.1, 5.2.2 und 5.3).

Wird die Mitgliedsbescheinigung nach § 175 Abs. 3 Sätze 1 und 2 bzw. Abs. 4 Satz 4 SGB V durch die neu gewählte Krankenkasse nicht fristgerecht der zur Meldung verpflichteten Stelle bzw. der bisherigen Krankenkasse übermittelt, kann ein angestrebter Krankenkassenwechsel – trotz Verstreichens der Frist – zustande kommen, da in aller Regel die Voraussetzungen für eine Wiedereinsetzung in den vorigen Stand nach § 27 Abs. 1 Satz 1 SGB X vorliegen. Der Versicherte hat das Verschulden der neu gewählten Krankenkasse hinsichtlich der Übermittlung der Mitgliedsbeschei-

nigung nur dann zu vertreten, wenn die neue Krankenkasse ausreichend deutlich gemacht hat, dass der Versicherte die Verantwortung für den rechtzeitigen Eingang trägt.

5.5 Folgen der Nichtvorlage der Mitgliedsbescheinigung

5.5.1 Nichtvorlage der Mitgliedsbescheinigung bei Ausübung des Krankenkassenwahlrechts im Kündigungsverfahren

Bei versicherungspflichtigen Mitgliedern, die während der Kündigungsfrist keine neue Krankenkasse wählen und/oder der zur Meldung verpflichteten Stelle bzw. – soweit keine zur Meldung verpflichtete Stelle vorhanden ist – der bisherigen Krankenkasse keine Mitgliedsbescheinigung der neu gewählten Krankenkasse vorlegen, setzt sich die Mitgliedschaft bei ihrer bisherigen Krankenkasse automatisch fort. Entsprechendes gilt für freiwillig Versicherte bei Nichtvorlage einer Mitgliedsbescheinigung der zur Meldung verpflichteten Stelle bzw. der bisherigen Krankenkasse (sofern keine zur Meldung verpflichtete Stelle vorhanden ist).

Freiwillig Versicherte, die durch eine Kündigung ihre Zugehörigkeit zur gesetzlichen Krankenversicherung beenden wollen, müssen eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall nachweisen (vgl. Abschnitt 6.6). Wird dieser Nachweis bis zum Ende der Kündigungsfrist nicht erbracht, setzt sich die freiwillige Mitgliedschaft bei der bisherigen Krankenkasse automatisch fort.

5.5.2 Nichtvorlage der Mitgliedsbescheinigung bei Eintritt von Versicherungspflicht

5.5.2.1 Pflichten der zur Meldung verpflichteten Stelle

Bei jedem Beginn der Versicherungspflicht hat der Versicherte dafür Sorge zu tragen, dass die zur Meldung verpflichtete Stelle eine Mitgliedsbescheinigung seiner Krankenkasse erhält. Wird das Wahlrecht vom Versicherten nicht selbst wahrgenommen oder eine Mitgliedsbescheinigung nicht rechtzeitig vorgelegt, ist die zur Meldung verpflichtete Stelle nach § 175 Abs. 3 Satz 2 Halbsatz 1 SGB V verpflichtet, den Versicherten bei der Krankenkasse anzumelden, bei der er zuletzt versichert war. Als letzte Krankenkasse gilt die Krankenkasse, bei der zuletzt eine Mitgliedschaft oder eine Familienversicherung bestand. Auf die Dauer der Familienversicherung sowie die etwaige Erfüllung einer Bindungsfrist im Rahmen der letzten Mitgliedschaft kommt es hierbei nicht an.

Die Krankenkasse, die eine Anmeldung im Sinne des § 175 Abs. 3 Satz 2 Halbsatz 1 SGB V erhält, hat grundsätzlich eine Prüfung ihrer Zuständigkeit durchzuführen (vgl. Abschnitt 5.5.2.2).

In den Ausnahmefällen, in denen der Versicherungspflichtige sein Krankenkassenwahlrecht nicht selbst ausübt und er zugleich noch bei keiner Krankenkasse versichert war, hat ihn die zur Meldung verpflichtete Stelle bei einer nach § 173 SGB V wählbaren Krankenkasse anzumelden. Die

Wahl unter den dort genannten möglichen Krankenkassen trifft die zur Meldung verpflichtete Stelle. Sie ist verpflichtet, den Versicherten über die letztlich gewählte Krankenkasse zu unterrichten.

5.5.2.2 Pflichten der Krankenkassen bei einer Anmeldung im Sinne des § 175 Abs. 3 Satz 2 SGB V

Im Falle einer unterlassenen Ausübung des Krankenkassenwahlrechts durch das Mitglied anlässlich des Beginns einer Versicherungspflicht und einer damit verbundenen Anmeldung durch die zur Meldung verpflichtete Stelle ist die Krankenkasse, die eine derartige Anmeldung erhält, grundsätzlich zu einer Prüfung ihrer Zuständigkeit verpflichtet.

In den Fällen, in denen zwischen zwei Pflichtmitgliedschaften bei derselben Krankenkasse ein Unterbrechungszeitraum von bis zu einem Monat vorliegt (vgl. § 19 Abs. 2 SGB V), ist die Klärung der Krankenkassenzuständigkeit durch das Zusammenwirken der Prozessabläufe in der Mitgliederbestandsführung der beteiligten Krankenkassen (Fami-Meldeverfahren, bedarfsbezogene Klärung der Weiterversicherung, RSA-Clearingverfahren) sowie der Prüfverpflichtungen der zur Meldung verpflichteten Stellen sichergestellt. Vor diesem Hintergrund ist eine darüberhinausgehende Prüfung der Zuständigkeit durch die betroffene Krankenkasse in weiten Teilen obsolet und im Sinne eines verwaltungsökonomischen und zielgerichteten Handelns nicht geboten. Dies gilt allerdings nur, solange keine Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass die Meldung des Arbeitgebers im Hinblick auf die Krankenkassenzuständigkeit fehlerhaft ist.

Bei allen anderen Fallkonstellationen einer unterlassenen Ausübung des Krankenkassenwahlrechts durch das Mitglied und einer damit verbundenen Anmeldung durch die zur Meldung verpflichtete Stelle muss die betroffene Krankenkasse prüfen, ob sie als letzte Krankenkasse im Sinne des § 175 Abs. 3 Satz 2 Halbsatz 1 SGB V bzw. wegen der Ausübung des Ersatzwahlrechts durch die zur Meldung verpflichtete Stelle nach § 175 Abs. 3 Satz 2 Halbsatz 2 SGB V zuständig ist. Kann sie jedoch trotz der Ausschöpfung der zumutbaren Ermittlungsaktivitäten ihre Zuständigkeit für die Durchführung der Pflichtmitgliedschaft nicht abschließend klären, hat sie die Anmeldung zu akzeptieren und die Mitgliedschaft durchzuführen. Stellt sich ausnahmsweise später heraus (z. B. im Rahmen eines RSA-Clearingverfahrens), dass eine andere Krankenkasse in ihrer Eigenschaft als letzte Krankenkasse im Sinne des § 175 Abs. 3 Satz 2 Halbsatz 1 SGB V für die Durchführung der Mitgliedschaft zuständig ist, sind die erforderlichen versicherungs-, melde- und beitragsrechtlichen Korrekturen durchzuführen.

5.5.2.3 Zuordnung der nicht gemeldeten Versicherungspflichtigen

5.5.2.3.1 Letzte Krankenkasse vorhanden

Für die Fälle, in denen das Wahlrecht vom Versicherten nicht ausgeübt wird und auch keine Anmeldung der zur Meldung verpflichteten Stelle an eine Krankenkasse übermittelt wurde, wird der Betroffene zunächst der Krankenkasse zugewiesen, bei der er zuletzt versichert war. Als letzte Krankenkasse gilt die Krankenkasse, bei der zuletzt eine Mitgliedschaft oder eine Familienversicherung bestand. Die unterlassene Anmeldung ist nachzuholen.

5.5.2.3.2 Letzte Krankenkasse nicht vorhanden

Nach § 175 Abs. 3 Satz 3 SGB V hat der GKV-Spitzenverband den gesetzlichen Auftrag, für die Fälle, in denen eine Mitgliedsbescheinigung der zur Meldung verpflichteten Stelle nicht vorgelegt wird und die zur Meldung verpflichtete Stelle ihrer Verpflichtung zur Anmeldung bei der zuständigen Einzugsstelle nicht nachkommt, die Regeln über die Krankenkassenzuständigkeit festzulegen. Ein Bedarf für derartige Regelungen hat sich in der Praxis nur für die Sachverhalte der nicht gemeldeten Arbeitnehmer - meistens im Rahmen einer illegalen Beschäftigung (sogenannte Schwarzarbeit) - ergeben, die zu einem späteren Zeitpunkt insbesondere im Rahmen einer Betriebsprüfung aufgedeckt werden.

Maßgeblich für die Zuordnung der nicht gemeldeten Arbeitnehmer zu einer Krankenkasse sind die beiden letzten Ziffern der Betriebsnummer des Arbeitgebers, bei der der Arbeitnehmer beschäftigt ist bzw. war. Die Aufteilung der Betriebsnummern auf die Krankenkassen erfolgt auf der Grundlage der vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zum Stichtag 1. Juli veröffentlichten Mitgliederzahlen der gesetzlichen Krankenversicherung für das folgende Kalenderjahr. Damit soll eine gleichmäßige Verteilung der nicht gemeldeten Arbeitnehmer auf alle Krankenkassenarten erreicht werden.

Die jeweils aktuelle Zuordnung der nicht gemeldeten Arbeitnehmer zu einer Krankenkasse wird durch den GKV-Spitzenverband per Rundschreiben bekannt gegeben.

6. Kündigung der Mitgliedschaft

6.1 Allgemeines zur Kündigung

Die Krankenkasse kann bei einer ununterbrochen bestehenden Pflicht- oder freiwilligen Mitgliedschaft nur gewechselt werden, wenn die Mitgliedschaft bei der bisherigen Krankenkasse wirksam gekündigt wurde.

Die abgewählte Krankenkasse hat dem Versicherten unverzüglich, spätestens innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Kündigung bei der Krankenkasse, eine Kündigungsbestätigung auszustellen. Die neu gewählte Krankenkasse darf die Mitgliedschaft im Rahmen des Kündigungsverfahrens ausnahmslos erst nach Vorlage der Kündigungsbestätigung der bisherigen Krankenkasse begründen (BSG-Urteil vom 9. November 2011- B 12 KR 3/10 R -, USK 2011-161). Nur dann, wenn ein sofortiges Wahlrecht besteht, darf eine Mitgliedschaft ohne Kündigungsbestätigung der vorherigen Krankenkasse begründet werden (vgl. Abschnitt 3.3).

6.2 Form der Kündigungserklärung

Die Kündigung ist eine einseitige, empfangsbedürftige und rechtsgestaltende Willenserklärung, die dem öffentlichen Recht zuzuordnen ist und auf die §§ 104 ff. BGB entsprechend anzuwenden sind. Es ist weder eine besondere Form noch ein Unterschriftenfordernis hierfür vorgesehen. Bereits aus Gründen der Rechtssicherheit werden Versicherte den Kündigungswillen grundsätzlich schriftlich erklären.

6.3 Fristen für die Abgabe der Kündigungserklärung

Eine Kündigung der Mitgliedschaft ist nach § 175 Abs. 4 Satz 2 SGB V zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats möglich, gerechnet von dem Monat, in dem das Mitglied die Kündigung erklärt. Auf die Kündigung finden die Regelungen des BGB zur Willenserklärung entsprechende Anwendung. Das Wirksamwerden der Kündigungserklärungen richtet sich somit nach § 130 BGB, was dazu führt, dass eine Willenserklärung, die einem anderen gegenüber abzugeben ist, in dem Zeitpunkt wirksam wird, in welchem sie ihm zugeht. Die Kündigung muss der bisherigen Krankenkasse demnach spätestens am letzten Tag eines Monats vorliegen, wenn sie Rechtswirksamkeit zum Ablauf des übernächsten Monats erlangen soll. Entscheidend dabei ist der tatsächliche Eingang der Kündigung bei der bisherigen Krankenkasse.

Beispiel 1

Mitglied seit dem 13.03.2018.

Eingang der Kündigung am 12.07.2019 zum nächstmöglichen Termin.

Beurteilung

Es gilt die 18-monatige Bindungsfrist, die mit Ablauf des 12.09.2019 erfüllt ist.

Die Mitgliedschaft endet am 30.09.2019, da eine Kündigung nur zum Ablauf eines Monats erfolgen kann. Die Krankenkasse hat spätestens bis zum 26.07.2019 dem bisherigen Mitglied eine Kündigungsbestätigung auszustellen.

Wird die Kündigung für einen Zeitpunkt ausgesprochen, zu dem ein Krankenkassenwechsel noch nicht möglich ist, weil z. B. die Bindungsfrist noch nicht abgelaufen ist, ist die Kündigung von der Krankenkasse entsprechend den Grundsätzen des § 140 BGB in eine Kündigung zum nächstmöglichen Zeitpunkt umzudeuten.

Beispiel 2

Versicherungspflichtiges Mitglied seit dem 19.02.2018.

Eingang der Kündigung der Mitgliedschaft am 03.05.2019 zum 31.07.2019.

Beurteilung

Die Kündigung der Mitgliedschaft zum 31.07.2019 ist nicht möglich. Die maßgebende Bindungsfrist von 18 Monaten (19.02.2018 bis 18.08.2019) ist noch nicht erfüllt.

Die Krankenkasse informiert das Mitglied über diesen Tatbestand und hat die Kündigung auf den 31.08.2019 umzudeuten.

6.4 Widerruf bzw. Rücknahme der Kündigungserklärung

Versicherungspflichtige und freiwillig versicherte Mitglieder, die während der Kündigungsfrist keine neue Krankenkasse wählen, müssen ihre Kündigung nicht widerrufen, da sich die Mitgliedschaft bei ihrer bisherigen Krankenkasse automatisch fortsetzt (vgl. Abschnitt 6.6).

Für freiwillig Versicherte, die durch eine Kündigung zwar ihre Zugehörigkeit zur gesetzlichen Krankenversicherung beenden wollen, jedoch bis zum Ende der Kündigungsfrist keinen Nachweis über die anderweitige Absicherung im Krankheitsfall vorlegen können, setzt sich die freiwillige Mitgliedschaft bei der bisherigen Krankenkasse ebenfalls automatisch fort.

Versicherungspflichtige und freiwillig versicherte Mitglieder, die nach einer Kündigung eine Wahl-erklärung gegenüber einer Krankenkasse abgegeben haben und bei ihrer bisherigen Krankenkasse verbleiben wollen, haben ihre Kündigung innerhalb der Kündigungsfrist zurückzunehmen, damit diese Mitgliedschaft fortgesetzt werden kann. Die die Mitgliedschaft fortsetzende Krankenkasse informiert innerhalb der Kündigungsfrist die zur Meldung verpflichtete Stelle. Ergänzend hat der Versicherte seine gegenüber der anderen Krankenkasse abgegebene Wahl-erklärung zu widerrufen. Dieses Verfahren gilt auch dann, wenn der Versicherte Wahl-erklärungen gegenüber mehreren Krankenkassen abgegeben hat.

Der Widerruf der Kündigung durch den Versicherten sollte aus Gründen der Verfahrenssicherheit schriftlich erfolgen.

Ein Widerruf der Kündigung nach dem Ende der Kündigungsfrist und damit nach Beginn der Mitgliedschaft bei der gewählten Krankenkasse ist ausgeschlossen.

6.5 Ausstellung von Kündigungsbestätigungen

Die Kündigungsbestätigung ist unverzüglich auszustellen. § 175 Abs. 4 Satz 3 SGB V bestimmt ausdrücklich, dass die Kündigungsbestätigung spätestens innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Kündigung ausgestellt werden muss. Die Übermittlung der Kündigungsbestätigung darf nicht durch interne Abläufe verzögert oder verhindert werden.

6.6 Wirksamwerden der Kündigung

Eine Kündigung wird zum Ablauf der Kündigungsfrist wirksam. Dies gilt allerdings nur dann, wenn der Versicherte der zur Meldung verpflichteten Stelle bis zu diesem Zeitpunkt die Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse durch eine Mitgliedsbescheinigung nachweist. Die zur Meldung verpflichtete Stelle hat daraufhin die betroffene Person zum Ende der Kündigungsfrist bei der bisherigen Krankenkasse abzumelden und zum Folgetag bei der gewählten Krankenkasse anzumelden.

Kündigt ein freiwillig versicherter Arbeitnehmer seine Mitgliedschaft zugunsten eines anderweitigen Krankenversicherungsschutzes (z. B. bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen), tritt an die Stelle der Mitgliedsbescheinigung der neu gewählten Krankenkasse der Nachweis über das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall (§ 175 Abs. 4 Satz 4 SGB V). Bei den nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V versicherungsfreien Arbeitnehmern gilt der Nachweis der anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall durch die Zahlung eines Beitragszuschusses nach § 257 Abs. 2 SGB V als erbracht, es sei denn, es liegen Anhaltspunkte dafür vor, dass der Arbeitgeber keinen Beitragszuschuss zahlt.

Die ausgesprochene Kündigung ist damit zunächst schwebend unwirksam mit der Folge, dass immer dann, wenn der zur Meldung verpflichteten Stelle bis zum Ende der Kündigungsfrist keine Mitgliedsbescheinigung einer neu gewählten Krankenkasse oder kein Nachweis über das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall vorgelegt wird, die Kündigung keine Bestandskraft hat. Die Mitgliedschaft wird in diesen Fällen bei der bisherigen Krankenkasse fortgesetzt. Ein Krankenkassenwechsel wäre erst wieder nach der Abgabe einer erneuten Kündigung im zeitlichen Rahmen des § 175 Abs. 4 Satz 2 SGB V möglich. Das heißt, die Krankenkassen müssen bei Kündigungen den Eingang der Abmeldungen durch die zur Meldung verpflichteten Stellen überwachen. Ohne die fristgerechte Vorlage einer neuen Mitgliedsbescheinigung oder eines Nachweises über

das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall ist eine derartige Abmeldung unzulässig. Die Versicherten, die ihre Mitgliedschaft kündigen, sind hierauf hinzuweisen.

Sofern für Mitglieder keine zur Meldung verpflichtete Stelle vorhanden ist, wird ein Krankenkassenwechsel nur dann wirksam, wenn das Mitglied seiner bisherigen Krankenkasse innerhalb der Kündigungsfrist eine Mitgliedsbescheinigung der neu gewählten Krankenkasse bzw. einen Nachweis über das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall vorlegt (vgl. Abschnitt 5.3).

7. Bindung an die Krankenkassenwahl

7.1 Arten der Bindungsfristen

Nach der Ausübung des Wahlrechts ist das Mitglied an die gewählte Krankenkasse zunächst für 18 Monate gebunden (allgemeine Bindungsfrist). Darüber hinaus gilt die besondere Bindungsfrist von einem oder drei Jahren für Mitglieder, die von einem Wahltarif ihrer Krankenkasse nach § 53 SGB V Gebrauch machen. Beide Fristen müssen nicht zwingend parallel verlaufen.

Davon zu unterscheiden ist die nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V für bestimmte Personengruppen eingeräumte Option, eine Mitgliedschaft mit Krankengeldanspruch zu wählen (sog. Optionskrankengeld). Die hierbei entstehende dreijährige Bindung an die Wahlerklärung nach § 44 Abs. 2 Satz 2 i. V. m. § 53 Abs. 8 Satz 1 SGB V ist im Rahmen des Krankenkassenwahlrechts nicht zu berücksichtigen.

7.2 18-monatige Bindungsfrist (Allgemeine Bindungsfrist)

7.2.1 Ereignisse, die eine allgemeine Bindungsfrist auslösen

Die in § 175 Abs. 4 Satz 1 SGB V vorgesehene Mindestbindung von 18 Monaten an die Wahl der Krankenkasse wirkt sich beim Krankenkassenwechsel im Kündigungsverfahren und beim sofortigen Krankenkassenwahlrecht unterschiedlich aus. Im Falle des Kündigungsverfahrens wird die Bindungsfrist nur durch den tatsächlichen Wechsel der Krankenkasse ausgelöst. Beim sofortigen Krankenkassenwahlrecht knüpft die Mindestbindung an die getroffene Wahl hingegen alleine an das grundsätzlich entstandene sofortige Krankenkassenwahlrecht an, ohne dass ein Wechsel der Krankenkasse damit zwingend einhergehen muss (BSG-Urteil vom 8. Oktober 1998 - B 12 KR 11/98 R -, USK 9834). Dies führt dazu, dass eine neue Bindungswirkung nach § 175 Abs. 4 Satz 1 SGB V jeweils unabhängig davon ausgelöst wird, ob die Wahl aktiv (also, zugunsten einer neuen Krankenkasse) oder passiv (also, zugunsten der bisherigen Krankenkasse) ausgeübt wurde.

Da nach einer Unterbrechung der Mitgliedschaft eine sich anschließende Versicherungspflicht nach § 5 SGB V oder Versicherungsberechtigung nach § 9 SGB V ein sofortiges Wahlrecht – ohne Rücksicht auf die bisherige Erfüllung der 18-monatigen Bindungsfrist – begründen (vgl. Abschnitt 3.3.2), beginnt die erneute 18-monatige Bindungsfrist also auch dann, wenn der Versicherte erneut Mitglied der bisherigen Krankenkasse wird.

Der insoweit bestehende Grundsatz einer sich begründenden Bindungsfrist im Zuge eines sogenannten passiven Krankenkassenwahlrechts entfaltet Wirkung gleichermaßen auch in den Sachverhaltskonstellationen, in denen bei unmittelbar aufeinanderfolgenden Mitgliedschaften (vgl. Abschnitt 3.3.3) zu Beginn der erneuten Mitgliedschaft – die Erfüllung der 18-monatigen Bindungsfrist vorausgesetzt – ein Krankenkassenwahlrecht zwar einzuräumen ist, der Versicherte hiervon jedoch keinen Gebrauch macht.

Die 18-monatige Bindungsfrist des § 175 Abs. 4 Satz 1 SGB V wird bei Ausübung des Wahlrechts durch

- den Versicherten selbst oder
- eine wahlsetzende Anmeldung der zur Meldung verpflichteten Stelle, wenn das Mitglied von seinem zu Beginn der Versicherungspflicht unter bestimmten Voraussetzungen bestehenden sofortigen Wahlrecht keinen Gebrauch macht (BSG-Urteil vom 8. Oktober 1998 - B 12 KR 11/98 R -, USK 9834),

ausgelöst.

7.2.2 Ereignisse, die keine allgemeine Bindungsfrist auslösen

Ist bei Eintritt eines neuen Versicherungspflichttatbestandes bzw. Versicherungsgrundes oder bei der Veränderung des Versicherungsstatus (z. B. Arbeitgeberwechsel, Wechsel vom Beschäftigten zum Arbeitslosengeldbezieher, Wechsel von einem Arbeitslosengeldbezug zum Bezug des Arbeitslosengeldes II, Wechsel von der freiwilligen Mitgliedschaft zur Versicherungspflicht) die 18-monatige Bindungsfrist noch nicht erfüllt, besteht kein sofortiges Krankenkassenwahlrecht und somit beginnt auch keine neue Bindungsfrist. Außerdem wird keine neue Bindungsfrist ausgelöst, wenn sich lediglich die Grundlage für eine freiwillige Mitgliedschaft ändert (z. B. Beendigung einer versicherungsfreien Beschäftigung und Aufnahme einer selbstständigen Erwerbstätigkeit).

Durch den Widerruf einer Kündigung (vgl. Abschnitt 6.4) wird ebenfalls keine neue Bindungsfrist ausgelöst.

Schließt sich eine freiwillige Mitgliedschaft im Rahmen der obligatorischen Anschlussversicherung unmittelbar an eine zuvor kraft Gesetzes beendete Pflichtversicherung oder Familienversicherung an, gilt der Grundsatz, dass Mitglieder, deren Mitgliedschaft sich im Rahmen der obligatorischen Anschlussversicherung nach § 188 Abs. 4 SGB V fortsetzt, zunächst Mitglied der Krankenkasse bleiben, bei der zuvor die Versicherung 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. Dies führt bei zuletzt pflichtversicherten Personen dazu, dass die bisherige Bindungsfrist weiterläuft. Für zuletzt familienversicherte Personen entsteht die Konsequenz, dass sie ihre – nach § 188 Abs. 4 SGB V zustande gekommene – freiwillige Mitgliedschaft ohne Beachtung der Bindungsfrist kündigen bzw. beim Eintritt der Versicherungspflicht im weiteren Verlauf der Mitgliedschaft die Krankenkasse ohne Kündigung sofort wechseln können.

Beispiel 1

Obligatorische Anschlussversicherung nach § 188 Abs. 4 SGB V bei der Krankenkasse A seit dem 01.12.2018. Zuvor bestand bei dieser Krankenkasse seit dem 01.12.2017 eine Familienversicherung. Aus Anlass der Aufnahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung zum 01.05.2019 möchte die betroffene Person Mitglied der Krankenkasse B werden.

Beurteilung

Zum 01.05.2019 besteht ein sofortiges Krankenkassenwahlrecht. Es handelt sich um die Begründung einer Pflichtmitgliedschaft unmittelbar im Anschluss an die kraft Gesetzes beendete freiwillige Mitgliedschaft. Grundsätzlich wäre die Erfüllung der allgemeinen Bindungsfrist bei der Krankenkasse A zu beachten. Da allerdings bei der letzten Mitgliedschaft des Betroffenen bei der Krankenkasse A um eine obligatorische Anschlussversicherung handelt und dieser wiederum eine Familienversicherung des Betroffenen vorangegangen war, wurde bei der Krankenkasse A zu Beginn der freiwilligen Mitgliedschaft keine Bindungsfrist ausgelöst.

Beispiel 2

Obligatorische Anschlussversicherung nach § 188 Abs. 4 SGB V bei der Krankenkasse A seit dem 01.12.2018. Zuvor bestand bei dieser Krankenkasse seit dem 01.12.2017 eine Pflichtmitgliedschaft aufgrund eines Arbeitslosengeldbezugs. Aus Anlass der Aufnahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung zum 01.05.2019 möchte die betroffene Person Mitglied der Krankenkasse B werden.

Beurteilung

Der Krankenkassenwechsel zum 01.05.2019 ist nicht möglich. Es sofortiges Krankenkassenwahlrecht bestünde zwar grundsätzlich, weil es sich um die Begründung einer Pflichtmitgliedschaft unmittelbar im Anschluss an die kraft Gesetzes beendete freiwillige Mitgliedschaft handelt. Jedoch wird hierfür die Erfüllung der allgemeinen Bindungsfrist bei der Krankenkasse A vorausgesetzt. Die maßgebende Bindungsfrist von 18 Monaten (01.12.2017 bis 31.05.2019), die beim Wechsel von der Versicherungspflicht zur obligatorischen Anschlussversicherung weiterläuft, ist noch nicht erfüllt.

Die vorgenannten Beurteilungsgrundsätze gelten auch für Personen, die der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a SGB V unterliegen. Für sie gilt nach § 174 Abs. 5 SGB V, dass sie zunächst Mitglieder der Krankenkasse werden, bei der zuletzt die Versicherung bestanden hat. Da zum Beginn der Mitgliedschaft insoweit ein Krankenkassenwahlrecht nicht eingeräumt wird, wird durch Beginn der Auffang-Versicherungspflicht keine erneute 18-monatige Bindungsfrist ausgelöst. Vielmehr läuft die bisherige – aus der vorangegangenen Mitgliedschaft resultierende – Bindungsfrist weiter. Die Zeiten der anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall außerhalb der GKV werden darauf angerechnet. Da die Zuordnung zu der „letzten“ Krankenkasse selbst dann gilt, wenn die Unterbrechung der Mitgliedschaft mindestens 18 Monaten betragen hat, können die Betroffenen die Krankenkasse in solchen Fällen sofort – unter Einhaltung der allgemeinen Kündigungsfrist – im Kündigungsverfahren wechseln. Dies gilt im Übrigen auch für Personen, die vor dem Eintritt der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a SGB V (und ggf. vor den Zeiten der anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall außerhalb der GKV) zuletzt familienversichert waren.

Beispiel 3

Mitgliedschaft bei der Krankenkasse A aufgrund einer versicherungspflichtigen Beschäftigung	vom 01.07.2018 bis 31.12.2018
Auslandsaufenthalt im vertragslosen Ausland und private Auslandsrankenversicherung	vom 01.01.2019 bis 30.06.2019
Rückkehr nach Deutschland und Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a SGB V	ab 01.07.2019

Beurteilung

Zuständig für die Durchführung der versicherungspflichtigen Mitgliedschaft ab dem 01.07.2019 ist die Krankenkasse A. Das Mitglied ist bis zum Ablauf der Bindungsfrist (01.07.2018 bis 31.12.2019) an die Krankenkasse A gebunden.

Beispiel 4

Mitgliedschaft bei der Krankenkasse A als Student	vom 01.10.2016 bis 31.03.2017
Auslandsaufenthalt im vertragslosen Ausland und private Auslandsrankenversicherung	vom 01.04.2017 bis 15.05.2019
Rückkehr nach Deutschland und Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a SGB V	ab 16.05.2019

Beurteilung

Zuständig für die Durchführung der versicherungspflichtigen Mitgliedschaft ab dem 16.05.2019 ist die Krankenkasse A. Da die Unterbrechung der Mitgliedschaft mindestens 18 Monaten betragen hat, kann das Mitglied die Krankenkasse im Kündigungsverfahren sofort – unter Einhaltung der Kündigungsfrist – wechseln.

Durch die Ausübung des Krankenkassenwahlrechts im späteren Verlauf der Mitgliedschaft der nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V Versicherungspflichtigen wird die Bindungsfrist bei der neu gewählten Krankenkasse ausgelöst.

7.2.3 Verlauf der Bindungsfrist

Die Bindungsfrist ist ein Zeitraum von 18 zusammenhängenden Zeitmonaten und berechnet sich von dem Zeitpunkt, an dem die Mitgliedschaft bei der gewählten Krankenkasse beginnt. Der Zeitpunkt der Ausübung der Krankenkassenwahl oder der Kündigung bei der bisherigen Krankenkasse ist für den Beginn der Bindungsfrist nicht von Bedeutung. Der Beginn einer 18-monatigen Bindungsfrist im Zuge eines sogenannten passiven Krankenkassenwahlrechts in den Sachverhalten der sich nahtlos aneinander anschließenden Mitgliedschaften kann für Mitgliedschaften angenommen werden, die ab dem 9. April 2019 (Tag der Bekanntgabe der Niederschrift über die Fachkonferenz Beiträge am 20. März 2019) im Rahmen des passiven Wahlrechts bei der ursprünglichen Krankenkasse begründet wurden.

Die Veränderungen des Versicherungspflichttatbestandes, Versicherungsgrundes oder Versicherungsstatus, die – mangels Erfüllung der Mindestbindungsfrist – kein sofortiges Wahlrecht begründen (vgl. Abschnitt 7.2.2), lösen keine neue Bindungsfrist aus. Bei derartigen Veränderungen im Mitgliedschaftsverlauf wird die Gesamtdauer der sich nahtlos aneinander anschließenden Mitgliedschaften zusammengerechnet.

Beispiel 1

Im Verlauf der Mitgliedschaft bei der Krankenkasse A sind für ein Mitglied folgende Veränderungen vorhanden:

Beginn der freiwilligen Mitgliedschaft im Kündigungsverfahren (laufende versicherungsfreie Beschäftigung beim Arbeitgeber X)	01.11.2018
Ende der Beschäftigung beim Arbeitgeber X	31.12.2018
Beginn der Versicherungspflicht wegen des Arbeitslosengeldbezugs	01.01.2019
Ende des Arbeitslosengeldbezugs	31.10.2019
Beginn des Alg II-Bezugs	01.11.2019

Beurteilung

Die 18-monatige Bindungsfrist bei der Krankenkasse A wurde durch den Krankenkassenwechsel im Kündigungsverfahren zum 01.11.2018 ausgelöst. Die Veränderungen des Versicherungsstatus und der Versicherungspflichttatbestände (§ 9 SGB V/§ 5 Abs. 1 Nr. 2 SGB V/§ 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V) lösen – mangels Erfüllung der Mindestbindungsfrist zu dessen Beginn – jeweils kein sofortiges Krankenkassenwahlrecht aus. Daher läuft die allgemeine Bindungsfrist bei der Krankenkasse A weiter (01.11.2018 bis 30.04.2020). Alle vorgenannten Mitgliedschaftszeiten werden auf die 18-monatige Bindungsfrist angerechnet.

Dagegen führen etwaige Unterbrechungen der Mitgliedschaft (z. B. Familienversicherung oder nachgehender Leistungsanspruch nach § 19 Abs. 2 SGB V) zur Beendigung der allgemeinen Bindungsfrist. Darüber hinaus endet die allgemeine Bindungsfrist mit Ablauf von 18 Monaten.

Für die praktische Prüfung, ob z. B. einem versicherungspflichtigen Arbeitnehmer aus Anlass des Arbeitgeberwechsels ohne Unterbrechung der Mitgliedschaft ein Wechsel der Krankenkasse im Hinblick auf die Erfüllung der 18-monatigen Bindungsfrist zusteht, empfiehlt sich im Allgemeinen folgende Herangehensweise:

- Prüfung, ob in den letzten 18 Monaten vor dem gewünschten Krankenkassenwechsel keine Veränderungen im Versicherungsstatus stattgefunden haben. In diesem Fall ist die 18-monatige Bindungsfrist erfüllt.
- Ansonsten ist die Feststellung notwendig, wann die aktuell relevante Bindungsfrist begonnen hat. Hierfür ist der Mitgliedschaftsverlauf zurück zu verfolgen, bis einer der drei Ereignisse festgestellt wird:
 - im Falle einer Mitgliedschaftsunterbrechung der Beginn der sich anschließenden Mitgliedschaft,

- im Falle sich nahtlos aneinander anschließenden Mitgliedschaften die erste Veränderung im Versicherungsstatus ab dem 9. April 2019, zu der die 18-monatige Bindungsfrist erfüllt war,
- im Falle der unverändert bestehenden Mitgliedschaft deren Beginn.

Bei der ersten und dritten Option löst das jeweils genannte Ereignis den Beginn der aktuell geltenden Bindungsfrist aus. Bei der zweiten Option sind ggf. die aneinanderreihenden Bindungsfristen zu bilden, bis die aktuell noch laufende Bindungsfrist festgestellt wird. Hierbei wird die jeweils neue Bindungsfrist durch die jeweilige passive Ausübung des Wahlrechts ausgelöst.

Beispiel 2

Ein Arbeitnehmer ist versicherungspflichtiges Mitglied der Krankenkasse A. Aus Anlass eines Arbeitgeberwechsels zum 01.10.2021 möchte er Mitglied der Krankenkasse B werden. Im Versichertenverzeichnis der Krankenkasse A sind für ihn folgende Daten gespeichert:

Beginn der versicherungspflichtigen Beschäftigung beim Arbeitgeber X	01.10.2018
Ende der versicherungspflichtigen Beschäftigung beim Arbeitgeber X	30.09.2019
Beginn der versicherungspflichtigen Beschäftigung beim Arbeitgeber Y	01.10.2019
Ende der versicherungspflichtigen Beschäftigung beim Arbeitgeber Y	30.06.2021
Beginn der versicherungspflichtigen Beschäftigung beim Arbeitgeber Z	01.07.2021
Ende der versicherungspflichtigen Beschäftigung beim Arbeitgeber Z	30.09.2021

Beurteilung

Da der letzte Arbeitgeberwechsel vor dem gewünschten Krankenkassenwechsel (zum 01.10.2021) weniger als 18 Monate zurückliegt, bedarf es einer näheren Ermittlung, wann die aktuell relevante Bindungsfrist begonnen hat. Der erste ab dem 9. April 2019 stattgefundenen Arbeitgeberwechsel, zu dessen Beginn die 18-monatige Bindungsfrist erfüllt war, liegt am 01.07.2021 vor. Zu diesem Zeitpunkt besteht ein sofortiges Krankenkassenwahlrecht. Durch eine passive Ausübung des Wahlrechts zugunsten der bisherigen Krankenkasse wird eine neue Bindungsfrist ausgelöst, die ab dem 01.07.2021 bis zum 31.12.2022 verläuft. Ein angestrebter Krankenkassenwechsel zum 01.10.2021 ist nicht möglich.

7.3 Keine Einhaltung der allgemeinen Bindungsfrist erforderlich

7.3.1 Bei Beginn einer Familienversicherung

Wird im Anschluss an eine Pflichtmitgliedschaft eine Familienversicherung nach § 10 SGB V begründet, steht dem die Bindungsfrist an die bisherige Krankenkasse nicht entgegen, das heißt,

der Versicherte kann sich über einen Angehörigen - ggf. bei einer anderen Krankenkasse - familienversichern, obwohl er zum Zeitpunkt des Endes der Mitgliedschaft kraft Gesetzes seit der Ausübung des Wahlrechts noch keine 18 Monate bei seiner bisherigen Krankenkasse Mitglied gewesen ist.

Die allgemeine Bindungsfrist gilt auch für freiwillig Versicherte nicht, wenn sie bei ihrer bisherigen Krankenkasse wegen eines Anspruches auf eine Familienversicherung kündigen (§ 175 Abs. 4 Satz 8 Halbsatz 1 SGB V). Die Mitgliedschaft endet aufgrund der Regelung des § 191 Nr. 3 SGB V in diesen Fällen jedoch erst mit Ablauf des auf die Kündigung folgenden übernächsten Kalendermonats; die Satzung der Krankenkasse kann einen früheren Zeitpunkt über das Ende der Mitgliedschaft bestimmen.

Beispiel 1

Freiwilliges Mitglied der Krankenkasse A seit dem 01.01.2019. Ab dem 01.07.2019 besteht ein Anspruch aus der Familienversicherung ebenfalls bei der Krankenkasse A. Die Versicherte kündigt deshalb die freiwillige Versicherung am 26.06.2019.

Beurteilung

Die Mitgliedschaft endet zum 31.08.2019.

Die Satzung der Krankenkasse kann ein früheres Ende der Mitgliedschaft festlegen.

Ein neuer Versicherungspflichttatbestand nach Beendigung einer Familienversicherung hat ein neues Krankenkassenwahlrecht zur Folge, mit dessen Ausübung eine erneute 18-monatige Bindungsfrist auch dann einhergeht, wenn der Versicherte das Mitglied der Krankenkasse wird, bei der die Familienversicherung bestand. Dagegen wird bei Eintritt der Versicherungsberechtigung nach Beendigung einer Familienversicherung die 18-monatige Bindungsfrist nur dann ausgelöst, wenn der freiwillige Beitritt nach § 9 SGB V zum Tragen kommt. Wird die obligatorische Anschlussversicherung nach § 188 Abs. 4 SGB V bei derselben Krankenkasse im Anschluss an eine Familienversicherung durchgeführt, beginnt keine Bindungsfrist zu laufen (vgl. Abschnitt 7.2.2).

7.3.2 Bei einer rechtzeitigen Austrittserklärung im Falle einer obligatorischen Anschlussversicherung

Für Personen, deren Versicherungspflicht endet, setzt sich die Versicherung nach § 188 Abs. 4 SGB V als freiwillige Mitgliedschaft (obligatorische Anschlussversicherung) bei derselben Krankenkasse fort, wenn keine Ausschlussstatbestände vorliegen, wobei als Ausschlussstatbestände insbesondere ein neuer Tatbestand der Versicherungspflicht, eine Familienversicherung oder ein nach-

gehender Leistungsanspruch nach § 19 SGB V infrage kommen. Das Zustandekommen der obligatorischen Anschlussversicherung kann vermieden werden, wenn das Mitglied innerhalb von zwei Wochen nach Hinweis der Krankenkasse über die Austrittsmöglichkeiten seinen Austritt erklärt und das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall (ggf. auch später) nachweist.

Die Austrittsoption bezieht sich auf solche Sachverhalte, bei denen eine Absicherung außerhalb der GKV begründet wird. Typischerweise dürfte es sich bei solchen Fällen um eine Versicherung bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen handeln, wobei auch andere Formen der Absicherung denkbar sind (z. B. Heilfürsorge). Im Falle einer rechtzeitigen Austrittserklärung im Sinne des § 188 Abs. 4 Satz 1 Halbsatz 2 SGB V endet daher die Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung mit dem Wegfall der vorangegangenen Versicherungspflicht, unabhängig davon, ob die allgemeine Mindestbindung nach § 175 Abs. 4 Satz 1 SGB V (vgl. Abschnitt 7.2) oder die Mindestbindung nach § 53 Abs. 8 SGB V bei Teilnahme an einem Wahltarif (vgl. Abschnitt 7.4) erfüllt ist.

Geht eine Austrittserklärung erst nach Ablauf von zwei Wochen bei der Krankenkasse ein, wird zunächst eine freiwillige Mitgliedschaft im Status einer obligatorischen Anschlussversicherung begründet. Die verspätete Austrittserklärung ist in eine Kündigung im Sinne des § 191 Nr. 3 SGB V umzudeuten, die wegen der Verweisung auf § 175 Abs. 4 SGB V allen dort genannten Anforderungen unterliegt. Das bedeutet insbesondere, dass die Kündigungsfrist zu berücksichtigen ist. Bei Inanspruchnahme eines Wahltarifs ist die maßgebende Mindestbindungsfrist nach § 53 Abs. 8 Satz 1 SGB V zu beachten (vgl. Abschnitt 7.4).

Weitere Erläuterungen hierzu ergeben sich aus den Grundsätzlichen Hinweisen des GKV-Spitzenverbandes „Obligatorische Anschlussversicherung nach § 188 Abs. 4 SGB V“ in der jeweils aktuellen Fassung.

7.3.3 Bei Kündigung einer freiwilligen Mitgliedschaft zwecks Austritts aus der gesetzlichen Krankenversicherung

Die allgemeine Bindungsfrist ist nicht einzuhalten, wenn die freiwillige Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung zugunsten einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall gekündigt wird (§ 175 Abs. 4 Satz 8 SGB V). Eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall besteht z. B. für Personen, die

- bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen über einen substitutiven Krankenversicherungsschutz verfügen (eine Zusatzversicherung reicht nicht aus),

- einen Anspruch auf Gesundheitsfürsorge nach dem Strafvollzugsgesetz oder auf sonstige Gesundheitsfürsorge haben,
- beihilfeberechtigt sind und über eine ergänzende Krankheitskostenversicherung über den von der Beihilfe nicht übernommenen Kostenteil verfügen oder
- einem Sondersystem wie der freien Heilfürsorge angehören.

Der Nachweis über das Bestehen eines anderweitigen Krankenversicherungsschutzes ist gegenüber der zur Meldung verpflichteten Stelle zu führen. Sofern keine zur Meldung verpflichtete Stelle vorhanden ist, ist die anderweitige Absicherung im Krankheitsfall gegenüber der bisherigen Krankenkasse nachzuweisen. Der Nachweis ist an keine besondere Form (z.B. Vordruck) gebunden.

Bei Inanspruchnahme eines Wahltarifs ist die maßgebende Mindestbindungsfrist nach § 53 Abs. 8 Satz 1 SGB V zu beachten (vgl. Abschnitt 7.4).

Ein neuer Versicherungspflichttatbestand nach § 5 SGB V oder eine Versicherungsberechtigung nach § 9 SGB V nach einer Unterbrechung der Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung hat ein neues Krankenkassenwahlrecht zur Folge, mit deren Ausübung eine erneute 18-monatige Bindungsfrist auch dann einhergeht, wenn der Versicherte das Mitglied der Krankenkasse wird, bei der zuletzt eine freiwillige Mitgliedschaft bestand.

7.3.4 Bei Verzicht auf die Einhaltung der 18-monatigen Bindungsfrist

Die Krankenkassen können gemäß § 175 Abs. 4 Satz 9 SGB V in ihren Satzungen vorsehen, dass die 18-monatige Bindungsfrist nicht eingehalten werden muss, wenn eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse der gleichen Kassenart begründet werden soll.

Die Regelung soll u. a. den Besonderheiten von Krankenkassen mit regional begrenztem Kassenbezirk Rechnung tragen. Andernfalls müssten die Mitglieder dieser Krankenkassen, wenn sie ein Beschäftigungsverhältnis außerhalb des Bezirks ihrer Krankenkasse begründen oder ihren Wohnort dorthin verlegen, bis zur Erfüllung der Bindungsfrist bei dieser Krankenkasse versichert bleiben, auch wenn diese am neuen Wohn- oder Beschäftigungsort keine Geschäftsstelle unterhält. Auf Grund dieser Regelung können die Krankenkassen ihren Mitgliedern durch eine entsprechende Satzungsregelung den Wechsel zu einer Krankenkasse der gleichen Kassenart ohne Erfüllung der Bindungsfrist ermöglichen. Unabhängig davon ist die Kündigungsfrist nach § 175 Abs. 4 Satz 2 SGB V einzuhalten. Ferner hat die Krankenkasse eine Kündigungsbestätigung auszustellen. Ein solcher Krankenkassenwechsel löst eine neue Bindungsfrist aus.

7.3.5 Bei Errichtung oder Ausdehnung einer Betriebs- oder Innungskrankenkasse sowie bei betrieblichen Veränderungen

§ 175 Abs. 5 SGB V ermöglicht abweichend von Absatz 4 für die zu diesem Zeitpunkt im Trägerbetrieb einer Betriebs- oder Innungskrankenkasse Beschäftigten einen kurzfristigen Wechsel zu dieser Betriebs- oder Innungskrankenkasse (BSG-Urteil vom 8. Oktober 1998 - B 12 KR 3/98 R -, USK 9840). Diese Regelung greift aber nur, wenn der Beschäftigte innerhalb von zwei Wochen nach dem Zeitpunkt der Errichtung, Ausdehnung oder betrieblichen Veränderung die neu errichtete oder ausgedehnte Betriebs- oder Innungskrankenkasse selbst wählt. In diesen Fällen ist innerhalb der zweiwöchigen Beitrittsfrist zur Betriebs- oder Innungskrankenkasse eine Kündigung bei der bisherigen Krankenkasse zu erklären. Das kurzfristige Wahlrecht gilt nicht für andere - betriebsfremde - Arbeitnehmer, einschließlich der Ehegatten der in den betroffenen Betrieben Beschäftigten. Sofern sich eine Betriebs- oder Innungskrankenkasse auch für betriebsfremde Personen öffnet, besteht für (betriebsfremde) Arbeitnehmer kein Anspruch auf einen kurzfristigen Krankenkassenwechsel. Sie dürfen von einer Betriebs- oder Innungskrankenkasse nicht aufgenommen werden. Betriebsfremde Arbeitnehmer können somit frühestens unter Berücksichtigung der Kündigungsfrist nach § 175 Abs. 4 Satz 2 SGB V und nach Erfüllung der 18-monatigen Bindungsfrist zu dieser Betriebs- oder Innungskrankenkasse wechseln (BSG-Urteil vom 10. August 2000 - B 12 KR 10/00 R -, USK 2000-30).

7.3.6 Bei Ausübung des Sonderkündigungsrechts wegen der erstmaligen Erhebung eines Zusatzbeitrages oder Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes

Erhebt eine Krankenkasse erstmalig einen Zusatzbeitrag oder erhöht sie den Zusatzbeitragssatz, wird allen Mitgliedern dieser Krankenkasse ohne Beachtung der 18-monatigen Bindungsfrist ein Sonderkündigungsrecht eingeräumt (vgl. Abschnitt 8.1).

7.4 Besondere Bindungsfrist bei Inanspruchnahme von Wahlтарifen

7.4.1 Allgemeines

Nach § 53 SGB V haben die Krankenkassen ihren Versicherten Wahlтарife anzubieten. Bei Inanspruchnahme eines Wahlтарifs ist das Mitglied nach § 53 Abs. 8 Satz 2 SGB V für die Dauer von einem Jahr (Wahlтарife nach den Absätzen 2 und 4) oder drei Jahre (Wahlтарife nach den Absätzen 1 und 6) an die Krankenkasse gebunden („besondere“ Bindungsfrist). Der Wahlтарif nach Absatz 3 löst ausnahmsweise keine Bindungsfrist aus. Die besondere Bindungsfrist muss nicht zwingend parallel zu der allgemeinen 18-monatigen Bindungsfrist verlaufen (vgl. Abschnitt 7.2). Wird innerhalb einer Bindungsfrist nach § 53 Abs. 8 Satz 2 SGB V ein weiterer Wahlтарif in Anspruch genommen, beginnt mit dem Eintritt in den weiteren Wahlтарif eine erneute besondere Bindungsfrist.

7.4.2 Folgen der besonderen Bindungsfrist

Bei der ordentlichen Kündigung der Mitgliedschaft bei der Krankenkasse (vgl. Abschnitt 3.2) ist neben der Mindestbindungsfrist von 18 Monaten die jeweilige Mindestbindungsfrist des in Anspruch genommenen Wahltarifs einzuhalten. Darüber hinaus ist die besondere Bindungsfrist im Verfahren des sofortigen Krankenkassenwahlrechts bei unmittelbar aufeinanderfolgenden Mitgliedschaften (vgl. Abschnitt 3.3.3) zu beachten. Daher können Mitglieder während der Bindungsfrist an den Wahltarif ihre Krankenkasse grundsätzlich nicht wechseln. Jedoch steht das Sonderkündigungsrecht wegen der erstmaligen Erhebung eines Zusatzbeitrages bzw. Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes auch den Mitgliedern mit einem Wahltarif grundsätzlich zu. Hierbei bleiben die Mitglieder mit einem Wahltarif nach § 53 Abs. 6 SGB V (Krankengeld) ausnahmsweise von dem Sonderkündigungsrecht ausgenommen (vgl. Abschnitt 8.1).

Die besondere Bindungsfrist berechnet sich von dem Zeitpunkt, an dem der Wahltarif beginnt. Sie kann nicht um Mitgliedschaftszeiten, die vor dem Eintritt in einen Wahltarif im Rahmen der allgemeinen Bindungsfrist bereits zurückgelegt wurden, gekürzt werden.

Beispiel 1

Ein hauptberuflich selbstständig Erwerbstätiger ist Mitglied der Krankenkasse A seit dem 01.02.2015.

→ Allgemeine Bindungsfrist vom 01.02.2015 bis 31.07.2016

Ab 01.05.2016 Beginn eines Wahltarifs nach § 53 Abs. 6 SGB V bei der Krankenkasse A.

→ Besondere Bindungsfrist vom 01.05.2016 bis 30.04.2019

Beurteilung

Die Bindungsfrist an die Krankenkasse A endet am 30.04.2019. Die Krankenkasse kann unter Einhaltung der Kündigungsfrist frühestens zum 30.04.2019 gewechselt werden.

Die Bindungsfrist im Sinne des § 53 Abs. 8 Satz 2 SGB V ist ein Zeitraum von 12 bzw. 36 zusammenhängenden Zeitmonaten. Findet während der Teilnahme an einem Wahltarif ein Wechsel von einer Pflichtmitgliedschaft zu einer freiwilligen Mitgliedschaft (oder umgekehrt) statt oder schließt sich eine neue Pflichtmitgliedschaft nahtlos an die vorherige kraft Gesetzes beendete Pflichtmitgliedschaft an, gilt die besondere Mindestbindungsfrist fort, wenn die Voraussetzungen für die Teilnahme an dem entsprechenden Wahltarif weiterhin vorliegen.

Endet dagegen die Pflichtmitgliedschaft bei einer Krankenkasse während der Teilnahme an einem Wahltarif kraft Gesetzes, verhindert die noch nicht erfüllte Mindestbindung des Versicherten an einen Wahltarif weder das Zustandekommen einer Familienversicherung noch eine angestrebte Absicherung im Krankheitsfall außerhalb der GKV. Sollte nach einer Unterbrechung der Mitgliedschaft erneut ein Tatbestand der Versicherungspflicht (oder der Versicherungsberechtigung) eintreten, lebt die eventuell noch nicht abgelaufene Mindestbindungsfrist für die Wahltarife nicht wieder auf, sodass dem Versicherten ein sofortiges Wahlrecht zusteht (vgl. Abschnitt 3.3.2).

Beispiel 2

Mitglied der Krankenkasse A seit dem 01.03.2018.

Beginn eines Wahltarifs nach § 53 Abs. 1 SGB V zum 01.05.2018.

Vom 01.01.2019 bis 30.09.2019 besteht eine Familienversicherung bei Krankenkasse B.

Erneute Versicherungspflicht ab dem 01.10.2019.

Beurteilung

Zum 01.10.2019 besteht ein sofortiges Krankenkassenwahlrecht.

Zwar wäre die dreijährige Bindungsfrist an die Krankenkasse A aufgrund des Wahltarifs noch nicht abgelaufen, jedoch hebt die Unterbrechung der Mitgliedschaft die Bindungswirkung des Wahltarifs auf.

Anders als die allgemeine Bindungsfrist von 18 Monaten, ist die aus dem Wahltarif resultierende Bindungsfrist einzuhalten, wenn die freiwillige Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung zugunsten einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall gekündigt wird. Eine dem § 175 Abs. 4 Satz 8 SGB V vergleichbare Regelung, welche die 18-monatige Bindungswirkung aufhebt, enthält § 53 Abs. 8 SGB V für derartige Fallkonstellationen nicht.

7.4.3 Kündigung des Wahltarifs in besonderen Härtefällen

Für besondere Härtefälle hat die Satzung der Krankenkasse für Wahltarife ein Sonderkündigungsrecht vorzusehen.

Scheidet das Mitglied aufgrund einer Härtefallregelung im Sinne von § 53 Abs. 8 Satz 3 SGB V aus einem Wahltarif vor Ablauf der Mindestbindungsfrist des in Anspruch genommenen Wahltarifs aus, kann die Mitgliedschaft anschließend unter Einhaltung der Kündigungsfrist nach § 175 Abs. 4 Satz 2 SGB V gekündigt werden.

Endet aufgrund einer Härtefallregelung im Sinne von § 53 Abs. 8 Satz 3 SGB V die Teilnahme am Wahltarif innerhalb von 18 Monaten nach dem Beginn der Mitgliedschaft, kann diese frühestens zum Ablauf der 18-monatigen Bindungsfrist unter Einhaltung der Kündigungsfrist nach § 175 Abs. 4 Satz 2 SGB V gekündigt werden.

Die Entlassung aus einem Wahltarif vor Ablauf der Bindungsfrist nach § 53 Abs. 8 Satz 2 SGB V unter Berücksichtigung einer Härtefallregelung im Sinne von § 53 Abs. 8 Satz 3 SGB V muss nicht zwingend mit einer Beendigung der Mitgliedschaft einhergehen.

8. Ausübung des Wahlrechts in besonderen Fallkonstellationen

8.1 Sonderkündigungsrecht wegen der erstmaligen Erhebung eines Zusatzbeitrages bzw. Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes

8.1.1 Allgemeines zum Sonderkündigungsrecht

Erhebt eine Krankenkasse erstmalig einen Zusatzbeitrag oder erhöht sie ihren Zusatzbeitragssatz, steht den Mitgliedern dieser Krankenkasse ein Sonderkündigungsrecht zu. Die Kündigung der Mitgliedschaft kann in diesen Fällen grundsätzlich bis zum Ablauf des Monats erklärt werden, für den der Zusatzbeitrag erstmals erhoben oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird. Veränderungen des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes begründen hingegen kein Sonderkündigungsrecht.

In den Fällen des Sonderkündigungsrechts kann die Mitgliedschaft ohne Einhaltung der grundsätzlich bestehenden 18-monatigen Bindungsfrist (vgl. Abschnitt 7.2) gekündigt werden. Nach ausdrücklicher Bestimmung des § 53 Abs. 8 Satz 2 Halbsatz 2 SGB V gilt das Sonderkündigungsrecht auch für Mitglieder, die einen Wahltarif in Anspruch nehmen (vgl. Abschnitt 7.4), sodass auch die besonderen Bindungsfristen bei Inanspruchnahme von Wahltarifen dem Sonderkündigungsrecht nicht entgegenstehen. Ausgenommen hiervon sind Mitglieder mit einem Wahltarif nach § 53 Abs. 6 SGB V (Krankengeld); diesen Personen wird ein Sonderkündigungsrecht nicht eingeräumt.

Nach § 175 Abs. 4 Satz 5 SGB V kann das Sonderkündigungsrecht „abweichend von Satz 1“ ausgeübt werden. Das heißt aber nicht, dass nur in den Fällen, in denen die 18-monatige Bindungsfrist noch nicht abgelaufen ist, das Sonderkündigungsrecht ausgeübt werden kann. Das Sonderkündigungsrecht besteht lediglich ohne Beachtung der 18-monatigen Bindungsfrist. Damit verfügen Mitglieder auch nach Ablauf der 18-monatigen Bindungsfrist über das Sonderkündigungsrecht einschließlich der sich aus dem § 175 Abs. 4 Satz 7 SGB V ergebenden Schutzmechanismen in den Fällen des verspäteten Hinweises der Krankenkasse (vgl. Abschnitt 8.1.3).

Bei der Kündigung nach § 175 Abs. 4 Satz 5 SGB V braucht der Versicherte sich nicht ausdrücklich auf das in dieser Vorschrift normierte Sonderkündigungsrecht beziehen; die Kündigung muss nicht ausdrücklich als „Sonderkündigung“ bezeichnet sein. Die Grundsätze des § 140 BGB zur Umdeutung der Willenserklärung gelten entsprechend.

Die Ausübung des Sonderkündigungsrechts befreit die betroffenen Mitglieder nicht von der Verpflichtung, bis zur Beendigung der Mitgliedschaft den erstmalig erhobenen bzw. den erhöhten Zusatzbeitrag an die gekündigte Krankenkasse zu zahlen.

8.1.2 Ausübung des Sonderkündigungsrechts

Das Sonderkündigungsrecht kann ausgeübt werden, wenn

- die Krankenkasse erstmalig einen Zusatzbeitrag erhebt oder
- den bereits zuvor erhobenen Zusatzbeitragssatz erhöht.

Für die Begründung des Sonderkündigungsrechts ist irrelevant, ob für das Mitglied zum Zeitpunkt der erstmaligen Erhebung bzw. der Erhöhung des Zusatzbeitrages finanzielle Belastungen entstehen und ob es diese selbst zu tragen hat.

Demnach gilt das Sonderkündigungsrecht auch für die Personen, für die der Zusatzbeitrag nicht in Höhe des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes, sondern ausschließlich in Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a SGB V erhoben wird und die somit an der Tragung des Zusatzbeitrages grundsätzlich nicht beteiligt sind, sofern die Krankenkasse des Versicherten erstmalig einen Zusatzbeitrag erhebt oder ihren kassenindividuellen Zusatzbeitragssatz erhöht.

Für Personen, die zu dem Zeitpunkt der erstmaligen Erhebung des Zusatzbeitrages oder der Erhöhung eines bereits erhobenen Zusatzbeitragssatzes aufgrund der Beitragsfreiheit von der Entrichtung eines Zusatzbeitrages freigestellt sind (z. B. bestimmte Rentenantragsteller), gelten keine abweichenden Fristen für die Ausübung des Sonderkündigungsrechts. Sie können daher ihre Kündigung - vorbehaltlich einer rechtzeitig nachgekommenen Hinweispflicht der Krankenkasse (vgl. Abschnitt 8.1.3) - nur bis zum Ablauf des Monats, für den der Zusatzbeitrag erstmals erhoben oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird, rechtswirksam aussprechen, und nicht erst zu dem - individuell zu bestimmenden - Zeitpunkt des Wegfalls der Beitragsfreiheit.

Darüber hinaus sind für die Umsetzung des Sonderkündigungsrechts die Regelungen unbeachtlich, nach denen sich Veränderungen kassenindividueller Zusatzbeiträge für pflichtversicherte

Rentner sowie Bezieher von Versorgungsbezügen mit einer zweimonatigen Verzögerung auswirken. Maßgeblich für die Ausübung des Sonderkündigungsrechts ist ausschließlich der von der Krankenkasse in ihrer Satzung bestimmte Zeitpunkt der erstmaligen Erhebung eines Zusatzbeitrages bzw. der Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes.

Das Sonderkündigungsrecht setzt im Übrigen eine vor dem Zeitpunkt der erstmaligen Erhebung des Zusatzbeitrages oder der Erhöhung eines bereits erhobenen Zusatzbeitragssatzes bestehende Mitgliedschaft nicht voraus. Daher können auch diejenigen Mitglieder vom Sonderkündigungsrecht Gebrauch machen, deren Mitgliedschaft mit dem Zeitpunkt der erstmaligen Erhebung des Zusatzbeitrages oder der Erhöhung eines bereits erhobenen Zusatzbeitragssatzes beginnt. Dagegen haben Mitglieder, deren Mitgliedschaft nach dem Zeitpunkt der erstmaligen Erhebung bzw. der Erhöhung des Zusatzbeitrages beginnt, kein Sonderkündigungsrecht; diese Personen haben ausreichende Gestaltungsmöglichkeiten im Rahmen der Ausübung des „regulären“ Krankenkassenwahlrechts. Liegt die Bekanntgabe der erstmaligen Erhebung bzw. der Erhöhung des Zusatzbeitrages ausnahmsweise nach dem Beginn des jeweiligen Erhebungszeitraums, ist abweichend hiervon das Sonderkündigungsrecht allen Mitgliedern einzuräumen, deren Mitgliedschaft bei der betroffenen Krankenkasse bis zum Tag der Bekanntgabe (einschließlich) beginnt.

Mitgliedern steht ferner dann ein Sonderkündigungsrecht zu, wenn ihre Krankenkasse mit einer oder mehreren anderen Krankenkassen fusioniert und die neu entstandene Krankenkasse erstmalig einen Zusatzbeitrag erhebt oder einen Zusatzbeitrag erhebt, der höher ist als der bislang erhobene Zusatzbeitrag der nicht mehr existierenden Krankenkasse (analoge Anwendung der Urteile des BSG vom 2. Dezember 2004 - u. a. - B 12 KR 23/04 R -, USK 2004- 40). Dies gilt nur für die Mitglieder derjenigen fusionierten Krankenkasse, für die es zu einer Beitragserhebung oder Beitragsanhebung kommt.

Die Kündigung muss - vorbehaltlich einer rechtzeitig nachgekommenen Hinweispflicht der Krankenkasse (vgl. Abschnitt 8.1.3) - bis zum Ablauf des Monats, für den der Zusatzbeitrag erstmals erhoben oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird, der Krankenkasse zugegangen sein. Der Krankenkassenwechsel vollzieht sich dann entsprechend § 175 Abs. 4 Satz 2 SGB V mit Ablauf des übernächsten Kalendermonats.

Fällt das Ende der Kündigungsfrist auf einen Sonntag, einen gesetzlichen Feiertag oder einen Sonnabend, verlängert sich die Kündigungsfrist unter Anwendung des § 26 Abs. 3 SGB X bis zum nächstfolgenden Werktag.

Das Sonderkündigungsrecht hebt die Bindungswirkung nach § 175 Abs. 4 Satz 1 SGB V auf, löst aber gleichzeitig bei der neu gewählten Krankenkasse eine neue Bindungswirkung aus. Wird das

Sonderkündigungsrecht hingegen nicht genutzt, ist dies nicht mit einer passiven Ausübung des Wahlrechts gleichzusetzen. Es beginnt dann nicht erneut eine 18-monatige Bindungsfrist. Der Versicherte kann dann zu einem späteren Zeitpunkt die Mitgliedschaft unter den Voraussetzungen des § 175 Abs. 4 Sätze 1 und 2 SGB V kündigen.

8.1.3 Hinweispflicht der Krankenkasse im Zusammenhang mit dem Sonderkündigungsrecht

Nach § 175 Abs. 4 Satz 6 SGB V hat die Krankenkasse spätestens einen Monat vor Ablauf des Monats, für den der Zusatzbeitrag erstmals erhoben oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird, ihre Mitglieder in einem gesonderten Schreiben auf das Sonderkündigungsrecht, auf die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a SGB V sowie auf die Übersicht des GKV-Spitzenverbandes zu den Zusatzbeitragssätzen nach § 242 Abs. 5 SGB V hinzuweisen. Der Zeitverzug bei Veränderungen des Zusatzbeitrages für bestimmte Renten- und Versorgungsbezieher wirkt sich in diesem Zusammenhang nicht aus.

Beispiel 1

Erhöhung eines Zusatzbeitragssatzes ab	01.01.2019
Hinweispflicht der Krankenkasse spätestens am	31.12.2018
Frist zur Ausübung des Sonderkündigungsrechts bis	31.01.2019
Eingang der Kündigung am	07.01.2019

Beurteilung

Die Mitgliedschaft endet am	31.03.2019
Neue Mitgliedschaft ist nachzuweisen bis zum Ende der Kündigungsfrist am	31.03.2019

Ferner sieht die Regelung eine darüber hinausgehende Informationspflicht der Krankenkasse vor, soweit der erstmalig erhobene Zusatzbeitrag oder der erhöhte Zusatzbeitragssatz den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz überschreitet. In diesem Fall sind die Mitglieder (zusätzlich) auf die Möglichkeit hinzuweisen, in eine günstigere Krankenkasse zu wechseln.

Kommt eine Krankenkasse ihrer Hinweispflicht gegenüber einem Mitglied nicht fristgerecht nach, gilt nach § 175 Abs. 4 Satz 7 Halbsatz 1 SGB V eine erfolgte Kündigung als in dem Monat erklärt, für den der Zusatzbeitrag erstmalig erhoben oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird. Die Rechtzeitigkeit der Kündigung innerhalb der in Satz 5 der Vorschrift genannten Frist wird damit fingiert. Mit der Fiktion wird die Frist zur Ausübung des Sonderkündigungsrechts hinausgeschoben, nicht aber der Zeitpunkt des Krankenkassenwechsels. Die Regelung verfolgt die Zielsetzung,

auch in diesen Fällen die mit der Erhebung von Zusatzbeiträgen einhergehende Belastung der Mitglieder zeitlich zu begrenzen.

Im Übrigen sehen die gesetzlichen Regelungen in den Fällen des verspäteten Hinweises durch die Krankenkasse keine explizite Frist zur Ausübung des Sonderkündigungsrechts vor. Nach dem Sinn und Zweck des § 175 Abs. 4 Satz 7 SGB V ist das Mitglied so zu stellen, als ob die Krankenkasse ihrer Hinweispflicht rechtzeitig nachgekommen wäre. Daher wird die in § 175 Abs. 4 Satz 5 SGB V vorgesehene Frist von einem Monat zur Ausübung des Sonderkündigungsrechts auch auf die angesprochene Sachverhaltskonstellation übertragen. Die Frist zur Ausübung des Sonderkündigungsrechts endet also in diesen Fällen einen Monat nach dem verspäteten Hinweis der Krankenkasse.

Beispiel 2

Erhöhung eines Zusatzbeitragssatzes ab	01.01.2019
Hinweispflicht der Krankenkasse spätestens am	31.12.2018
Verspäteter Hinweis der Krankenkasse am	15.01.2019
Frist zur Ausübung des Sonderkündigungsrechts bis	15.02.2019
Eingang der Kündigung am	06.02.2019

Beurteilung

Die Mitgliedschaft endet am	31.03.2019
-----------------------------	------------

Die Fiktionsregelung nach § 175 Abs. 4 Satz 7 Halbsatz 1 SGB V, die für alle im Zeitraum vom 01.02. bis zum 15.02.2019 eingegangenen Kündigungserklärungen maßgeblich ist, erklärt die Kündigung als im Monat Januar 2019 ausgeübt.

Mit der Regelung des § 175 Abs. 4 Satz 7 Halbsatz 2 SGB V wird verhindert, dass eine schon frühzeitig, das heißt vor Ablauf des Monats, für den erstmalig ein Zusatzbeitrag oder der erhöhte Zusatzbeitragssatz erhoben wird, erklärte Kündigung von der vorgenannten Fiktionsregelung erfasst wird. Ausgehend von dem vorgenannten Beispiel, sind von der Regelung wörtlich sowohl die im Monat Januar 2019 als auch bereits bis zum 31. Dezember 2018 ausgesprochenen Kündigungen betroffen. Für die im Januar erfolgten Kündigungen läuft die Regelung allerdings ins Leere, da diese ohnehin zum 31. März 2019 wirksam werden. Für die bis zum 31. Dezember 2018 rechtswirksam ausgesprochenen Kündigungen bewirkt § 175 Abs. 4 Satz 7 Halbsatz 2 SGB V, dass sie bereits zum 28. Februar 2019 wirksam werden. Unter welchen Bedingungen die vor Inkrafttreten der erstmaligen Erhebung eines Zusatzbeitrages bzw. der Erhöhung eines Zusatzbeitragssatzes ausgesprochenen Kündigungen ihre Wirksamkeit entfalten, wird unter Abschnitt 8.1.4 erläutert.

8.1.4 Umgang mit Kündigungen vor Inkrafttreten der Satzungsregelung zum Zusatzbeitrag
Für Mitglieder, die vor Inkrafttreten der erstmaligen Erhebung eines Zusatzbeitrages oder der Erhöhung eines bereits erhobenen Zusatzbeitragsatzes kündigen, und aufgrund der zum Ende der Kündigungsfrist erfüllten Bindungsfrist ein reguläres Kündigungsrecht haben, ergeben sich keine Besonderheiten für das Kündigungsverfahren.

Für Mitglieder, die vor Inkrafttreten der erstmaligen Erhebung eines Zusatzbeitrages oder der Erhöhung eines bereits erhobenen Zusatzbeitragsatzes kündigen, aber aufgrund der zum Ende der Kündigungsfrist nicht erfüllten Bindungsfrist kein reguläres Kündigungsrecht haben, stellt sich die Frage der Bestimmung des frühesten möglichen Beginns der Kündigungsfrist. Hierfür gilt folgender Grundsatz: Voraussetzung für die Wirksamkeit einer vor Inkrafttreten der erstmaligen Erhebung eines Zusatzbeitrages bzw. der Erhöhung eines Zusatzbeitragsatzes im Rahmen des Sonderkündigungsrechts abgegebenen Kündigung ist grundsätzlich, dass eine öffentliche Bekanntmachung der Satzung erfolgt ist.

Somit steht den Mitgliedern, die nach der öffentlichen Bekanntmachung, aber noch vor dem Inkrafttreten einer entsprechenden Satzungsänderung kündigen, bereits ein Sonderkündigungsrecht ohne Einhaltung der grundsätzlich bestehenden 18-monatigen Bindungsfrist sowie der Mindestbindungsfrist für Wahltarife (vgl. § 53 Abs. 1, 2, 4 und 5 SGB V) zu. Die in diesem Zeitraum ausgesprochenen Kündigungen werden daher zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats wirksam, gerechnet von dem Monat, in dem das Mitglied die Kündigung erklärt.

Beispiel 1

18-monatige Bindungsfrist erfüllt am	30.06.2019
Eingang der Kündigung am	14.12.2018
Gewünschtes Ende der Mitgliedschaft am	28.02.2019
Öffentliche Bekanntmachung der Satzungsänderung am	10.12.2018
Erhöhung eines Zusatzbeitragsatzes ab	01.01.2019

Beurteilung

Die Mitgliedschaft endet am	28.02.2019
Neue Mitgliedschaft ist nachzuweisen bis zum Ende der Kündigungsfrist am	28.02.2019

Für Mitglieder, die kurz vor der öffentlichen Bekanntmachung der Satzungsänderung kündigen, wäre eine verfrüht abgegebene Kündigung grundsätzlich abzulehnen und das Mitglied auf die

genannten Voraussetzungen hinzuweisen. Allerdings ist es vertretbar, wenn die Krankenkasse die in einem engen zeitlichen Zusammenhang mit der öffentlichen Bekanntmachung der Satzungsänderung bereits vor diesem Zeitpunkt erklärten Kündigungen dieser Art als Sonderkündigungen nach den Grundsätzen des § 140 BGB umdeutet. Dies bedeutet, dass eine verfrüht abgegebene Kündigung auf den nächsten Kündigungstermin umgewidmet wird. In der Folge beginnt die Kündigungsfrist dann mit dem Zeitpunkt der öffentlichen Bekanntmachung der Satzungsänderung.

Von einem engen zeitlichen Zusammenhang ist in Anlehnung an die Frist des § 175 Abs. 4 Satz 3 SGB V auszugehen, wenn die öffentliche Bekanntmachung der Satzungsänderung innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Kündigung erfolgt.

Beispiel 2

18-monatige Bindungsfrist erfüllt am	30.06.2019
Eingang der Kündigung am	14.12.2018
Gewünschtes Ende der Mitgliedschaft am	28.02.2019
Öffentliche Bekanntmachung der Satzungsänderung am	20.12.2018
Erhöhung eines Zusatzbeitragssatzes ab	01.01.2019

Beurteilung

Umdeutung der Kündigung auf	20.12.2018
Die Mitgliedschaft endet am	28.02.2019
Neue Mitgliedschaft ist nachzuweisen bis zum Ende der Kündigungsfrist am	28.02.2019

8.2 Schließung bzw. Insolvenz einer Krankenkasse

8.2.1 Allgemeines

Mit der Schließung einer Krankenkasse durch die Aufsichtsbehörde (§§ 146a, 153, 163 und 170 SGB V) endet für alle Mitglieder auch die Mitgliedschaft bei dieser Krankenkasse. Gleiches gilt im Fall der Schließung einer Krankenkasse in Folge der Eröffnung des Insolvenzverfahrens oder der rechtskräftigen Ablehnung der Eröffnung des Insolvenzverfahrens mangels Masse (§ 171b SGB V). Damit einhergehend besteht für die Mitglieder dieser Krankenkasse die Notwendigkeit, im unmittelbaren Anschluss an die Schließung oder Insolvenz der Krankenkasse in eine andere Krankenkasse zu wechseln.

Durch das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz - GKV-VStG) vom 22. Dezember 2011 (BGBl I S. 2983) wurde mit Wirkung vom 1. Januar 2012 eine Sonderregelung für die Ausübung des Krankenkas-

senwahlrechts im Fall der Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse eingeführt (vgl. § 175 Abs. 3a SGB V). Damit wird die Zielsetzung verfolgt, dass der Mitgliederübergang von der abzuwickelnden Krankenkasse zu einer neuen Krankenkasse bereits zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Schließung bzw. der Eröffnung des Insolvenzverfahrens weitgehend vollzogen ist.

Das Sonderverfahren basiert auf der Festlegung einer Mindestfrist zwischen der Zustellung des Schließungsbescheids der Aufsichtsbehörde bei der betroffenen Krankenkasse und dem Zeitpunkt, in dem die Schließung der Krankenkasse wirksam wird. Diese Frist beträgt mindestens acht Wochen (vgl. §§ 146a, 153, 163 und 170 SGB V). Mit dem Tag der Zustellung des Schließungsbescheids beginnt für alle Mitglieder der abzuwickelnden Krankenkasse die Frist für die Ausübung des Krankenkassenwahlrechts, wobei je nach Mitgliedergruppe zwei verschiedene Verfahren zu unterscheiden sind. Das Gleiche gilt bei der Stellung des Antrags auf Eröffnung des Insolvenzverfahrens durch die Aufsichtsbehörde (vgl. § 171b Abs. 3 Satz 1 SGB V).

8.2.2 Verfahren für Versicherungspflichtige

Versicherungspflichtige haben spätestens innerhalb von sechs Wochen nach Beginn der vorgenannten Frist das Krankenkassenwahlrecht auszuüben einschließlich der Vorlage einer Mitgliedsbescheinigung der gewählten Krankenkasse bei der zur Meldung verpflichteten Stelle. Eine nach Ablauf dieser Frist vom Mitglied erklärte Wahl einer neuen Krankenkasse entfaltet keine Rechtswirkung (analoge Anwendung des BSG-Urteils vom 21. Dezember 2011 – B 12 KR 21/10 R –, USK 2011-172).

Wird die Mitgliedsbescheinigung nicht rechtzeitig vorgelegt, hat die zur Meldung verpflichtete Stelle die betroffene Person bei der Krankenkasse anzumelden, bei der sie vor seiner Mitgliedschaft bei der abzuwickelnden Krankenkasse versichert war; bestand keine vorhergehende Versicherung, ist sie von der zuständigen Meldestelle bei einer nach § 173 SGB V wählbaren Krankenkasse anzumelden.

Die Anmeldung zu der neuen Krankenkasse durch die zuständige Meldestelle ist innerhalb von zwei Wochen nach Ablauf der Frist für die aktive Ausübung des Krankenkassenwahlrechts durch das Mitglied zu erstatten. Die zweiwöchige Frist für die Abgabe der Anmeldung gilt – ungeachtet einer einschränkenden Formulierung in § 175 Abs. 3a Satz 2 SGB V – für alle versicherungspflichtigen Mitglieder der abzuwickelnden Krankenkasse, unabhängig davon, ob das Mitglied von seinem Krankenkassenwahlrecht Gebrauch gemacht hat oder die Meldestelle eine wahlersetzende Anmeldung vornimmt – ungeachtet der insoweit nicht deckungsgleichen Regelungen des Melderechts.

8.2.3 Verfahren für Mitglieder ohne eine zur Meldung verpflichtete Stelle

Nach dem Wortlaut des Gesetzes haben Mitglieder, bei denen keine zur Meldung verpflichtete Stelle besteht, das Krankenkassenwahlrecht innerhalb von drei Monaten nach der Zustellung des Schließungsbescheids bzw. der Stellung des Insolvenzantrags auszuüben und innerhalb dieser Frist eine Mitgliedsbescheinigung der gewählten Krankenkasse bei der abzuwickelnden Krankenkasse vorzulegen. In der Gesetzesbegründung (vgl. Bundestagsdrucksache 17/8005, Seite 162) wird davon ausgegangen, dass alle freiwilligen Mitglieder und Versicherungspflichtige nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V keine zur Meldung verpflichtete Stelle haben. Dagegen hat sich in der Sozialversicherung seit Jahren eine Auffassung etabliert, dass für bestimmte Gruppen der freiwilligen Mitglieder (insbesondere für Arbeitnehmer, Rentner und Studenten) gleichwohl die zur Meldung verpflichteten Stellen im Sinne des § 175 SGB V existieren (vgl. Abschnitt 5.2.3); Vergleichbares gilt auch für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V Versicherungspflichtigen.

Da sich die Regelungen des § 175 Abs. 3a Sätze 1 bis 3 SGB V, die eine Wahlfrist von sechs Wochen und eine die Wahl ersetzende Anmeldung vorsehen, ausdrücklich auf Versicherungspflichtige beziehen, hat dies im Umkehrschluss zur Folge, dass für alle Gruppen freiwilliger Mitglieder § 175 Abs. 3a Satz 6 SGB V (und somit eine dreimonatige Frist für die Ausübung des Krankenkassenwahlrechts) zur Anwendung kommt. Üben freiwillige Mitglieder ihr Wahlrecht nicht rechtzeitig aus, kommt weder eine Wahlausübung durch die von der Schließung/Insolvenz betroffene Krankenkasse noch eine wahlersetzende Anmeldung durch die ggf. vorhandene zur Meldung verpflichtete Stelle in Frage. Sofern bei diesen Fallkonstellationen dem Grunde nach Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V besteht (vgl. die in § 6 Abs. 3 SGB V geregelten Ausschlussstatbestände), müssen solche Personen sich an die Krankenkasse wenden, bei der sie zuletzt vor der geschlossenen bzw. insolventen Krankenkasse gesetzlich versichert waren. Die Versicherungspflicht und damit die Mitgliedschaft bei einer neuen Krankenkasse kann jedoch erst dann realisiert werden, wenn sie unter Mitwirkung der betroffenen Person von der Krankenkasse festgestellt wird. Zu einer obligatorischen Anschlussversicherung nach § 188 Abs. 4 SGB V kommt es nicht, da keine Versicherungspflicht oder Familienversicherung endet.

Da es sich bei den nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V versicherten Personen um Versicherungspflichtige handelt, werden sie dem Regelwerk des § 175 Abs. 3a Sätze 1 bis 3 SGB V zugeordnet, wenn für sie eine zur Meldung verpflichtete Stelle existiert (insbesondere bei Rentner und Rentenantragsteller). Dadurch wird auch in den Fällen, bei denen das Mitglied selbst nicht das Wahlrecht zu einer neuen Krankenkasse ausübt, eine ununterbrochene Absicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung sichergestellt. Lediglich beim Nichtvorhandensein einer zur Meldung verpflichteten Stelle gilt für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V versicherten Personen die Regelung des § 175 Abs. 3a Satz 6 SGB V.

8.2.4 Beginn der Mitgliedschaft bei der neuen Krankenkasse im Fall der Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse

Die Mitgliedschaft bei der neuen Krankenkasse beginnt im Schließungsfall entsprechend der üblichen Gesetzessystematik mit dem Zeitpunkt der Wirksamkeit der Schließung der Krankenkasse.

Bei Stellung eines Insolvenzantrags dagegen ist eine gesonderte Regelung geschaffen worden, die dem Umstand Rechnung trägt, dass die an der Abwicklung des Krankenkassenwechsels beteiligten Personen bzw. Organisationen (Mitglieder, aufnehmenden Krankenkassen, zuständige Meldestellen) den Zeitpunkt, zu dem das Insolvenzgericht über den Antrag entscheidet, in der Regel zum Zeitpunkt der aktiven Ausübung des Krankenkassenwahlrechts bzw. der Umsetzung einer wahlersetzenden Anmeldung noch nicht kennen. Mit dieser Begründung ordnet der Gesetzgeber in § 175 Abs. 3a Satz 3 SGB V bei Stellung eines Insolvenzantrags wörtlich die Anmeldung für versicherungspflichtige Mitglieder grundsätzlich zum ersten Tag des laufenden Monats an, spätestens zu dem Zeitpunkt, an dem das Insolvenzverfahren eröffnet oder der Antrag mangels Masse abgewiesen wird. Als laufender Monat im Sinne der vorgenannten Regelung ist der Kalendermonat zu verstehen, in dem das Krankenkassenwahlrecht ausgeübt wird. Ausschlaggebend ist hierbei der Tag des Zugangs der Wahlerklärung des Mitglieds bei der gewählten Krankenkasse bzw. der Tag der Abgabe der wahlersetzenden Anmeldung durch die zuständige Meldestelle. Die dargestellten Grundsätze gelten für freiwillige Mitglieder entsprechend.

Wird die Krankenkasse trotz Insolvenzantrags nicht geschlossen, bleibt die Mitgliedschaft bei der bisherigen Krankenkasse für alle Mitglieder, die auf der Rechtsgrundlage des § 175 Abs. 3a SGB V den Krankenkassenwahlrecht ausgeübt haben, bestehen. Die zwischenzeitlich erstatteten Meldungen sind zu stornieren.

8.2.5 Informationspflichten der beteiligten Krankenkassen

Der Vorstand der zu schließenden bzw. insolventen Krankenkasse hat besondere Informationspflichten zu erfüllen. Nach § 155 Abs. 2 Sätze 6 bis 7 SGB V bzw. § 171b Abs. 3 Satz 4 SGB V hat er die einzelnen Mitgliedergruppen auf die besonderen Fristen für die Ausübung des Krankenkassenwahlrechts nach § 175 Abs. 3a SGB V sowie auf die Folgen einer nicht rechtzeitigen Ausübung des Wahlrechts hinzuweisen. Des Weiteren hat der Vorstand die zur Meldung verpflichteten Stellen über die Schließung bzw. den Insolvenzantrag sowie über die Fristen für die Ausübung des Krankenkassenwahlrechts und für die Anmeldung des Mitglieds, wenn das Wahlrecht nicht rechtzeitig ausgeübt wird, zu informieren.

Damit der Vorstand der abzuwickelnden Krankenkasse – insbesondere wegen der Sicherstellung einer lückenlosen Leistungsgewährung – einen Überblick über die vollzogenen Krankenkassenwechsel hat, haben die gewählten Krankenkassen dieser unverzüglich eine Mitgliedsbescheinigung zu übermitteln. Dies gilt – ungeachtet einer nicht eindeutigen Formulierung im Gesetz – sowohl für versicherungspflichtige als auch für freiwillige Mitglieder der betroffenen Krankenkasse.

9. Vordrucke

§ 175 Abs. 6 SGB V beinhaltet einen gesetzgeberischen Auftrag an den GKV-Spitzenverband zur Festlegung eines einheitlichen Verfahrens und von Vordrucken für die Meldungen und Mitgliedsbescheinigungen bei Umsetzung des § 175 SGB V.

Soweit in diesem Zusammenhang die Inhalte der Meldungen auf der Seite der zur Meldung verpflichteten Stellen anlässlich der Ausübung des Krankenkassenwahlrechts angesprochen sind, besteht hierzu kein Regelungsbedarf. Vielmehr gelten die Bestimmungen der Datenerfassungs- und -übermittlungsverordnung (DEÜV).

Dagegen bedarf es zur Organisation des Verfahrens des Krankenkassenwechsels auf der Seite der Krankenkassen einer einheitlichen Gestaltung der gesetzlich vorgesehenen Mitgliedsbescheinigungen und Kündigungsbestätigungen. Daher legt der GKV-Spitzenverband in Erfüllung seiner Verpflichtung nach § 175 Abs. 6 SGB V folgende Vordrucke fest:

- Mitgliedsbescheinigung zur Vorlage bei der zur Meldung verpflichteten Stelle nach § 175 Abs. 2 Satz 1 oder Satz 3 SGB V (Anlage 1),
- Kündigungsbestätigung zur Vorlage bei der gewählten Krankenkasse nach § 175 Abs. 4 Satz 3 SGB V (Anlage 2),
- Mitgliedsbescheinigung nach § 175 SGB V zur Vorlage bei der bisherigen Krankenkasse (Anlage 3).

Der verbindliche Charakter der Vordrucke bezieht sich auf ihre Mindestinhalte. Dieser verbindliche Charakter schließt jedoch einen gewissen gestalterischen Spielraum der Krankenkassen nicht aus, sofern das Grundkonzept sowie die festgeschriebenen Mindestinhalte erhalten bleiben.

Als Identifikationsmerkmal ist in den Vordrucken stets eine einheitliche Krankenversicherungsnummer nach § 290 SGB V zu verwenden.

Zur Verfahrenssicherheit sind Mitgliedsbescheinigungen stets auszustellen, also auch in den Sonderfällen, in denen das Wahlrecht vom Arbeitgeber wahrgenommen wird oder in denen im Nachhinein von einem Sozialversicherungsträger Feststellungen über die rückwirkende Anmeldung zur Versicherung getroffen werden, denn die Mitgliedsbescheinigungen gehören nach § 8 Abs. 2 Nr. 2 Beitragsverfahrensverordnung (BVV) zu den Entgeltunterlagen.

**<Name und Anschrift der
gewählten Krankenkasse>**

Datum: TT.MM.JJJJ

Anschrift der zur Meldung
verpflichteten Stelle
(z.B. Arbeitgeber)

Mitgliedsbescheinigung nach § 175 SGB V

<Vorname> <Nachname>,

geboren am TT.MM.JJJJ,¹
Krankenversicherungsnummer (KVNR):

ist ab/seit dem Mitglied der < Name der gewählten Krankenkasse >.

Bitte nehmen Sie diese Mitgliedsbescheinigung zu Ihren Unterlagen. Sofern noch nicht geschehen,
bitten wir Sie, die erforderliche Anmeldung vorzunehmen.

Mit freundlichen Grüßen

¹ Zur technischen Abwicklung können weitere Ordnungsmerkmale angegeben werden, wie z.B. Rentenversicherungsnummer, Personalnummer o.Ä.

**<Name und Anschrift der
gekündigten Krankenkasse>**

Datum: TT.MM.JJJJ

<Vorname> <Nachname>
<Straße> <Hausnummer>
<PLZ> <Ort>

**Kündigungsbestätigung nach
§ 175 Abs. 4 Satz 3 SGB V**

für <Vorname> <Nachname>, geboren am TT.MM.JJJJ,
Krankenversichertennummer (KVNR):

Sehr geehrte*r <Vorname> <Nachname>,
[Guten Tag, <Vorname> <Nachname>],

Sie haben am Ihre Mitgliedschaft bei der <Name der gekündigten Krankenkasse> zum
..... gekündigt.

Zuletzt bestand eine

- Pflichtmitgliedschaft
 freiwillige Mitgliedschaft.

Sollten Sie im unmittelbaren Anschluss an das Ende der Mitgliedschaft bei unserer Krankenkasse die Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse wählen, ist der gewählten Krankenkasse innerhalb der Kündigungsfrist diese Kündigungsbestätigung vorzulegen.

Die Kündigung wird wirksam, wenn Sie innerhalb der Kündigungsfrist der zur Meldung verpflichteten Stelle (z. B. dem Arbeitgeber) eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse durch eine Mitgliedsbescheinigung nachweisen (§ 175 Abs. 4 Satz 4 SGB V). Ist eine zur Meldung verpflichtete Stelle nicht vorhanden, haben Sie die Mitgliedsbescheinigung innerhalb der Kündigungsfrist Ihrer bisherigen Krankenkasse vorzulegen.

Bei Austritt aus der gesetzlichen Krankenversicherung müssen Sie der zur Meldung verpflichteten Stelle oder - wenn diese nicht vorhanden ist - der bisherigen Krankenkasse innerhalb der Kündigungsfrist einen Nachweis (z. B. des privaten Krankenversicherungsunternehmens) über das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall vorlegen.

Bitte beachten Sie, dass ein unverändertes Mitgliedschaftsverhältnis bis zum Ende der Kündigungsfrist Voraussetzung für die Gültigkeit dieser Kündigungsbestätigung ist. Bei einer Veränderung Ihres Mitgliedschaftsverhältnisses (z. B. durch Ende der Beschäftigung oder Arbeitgeberwechsel) ist Ihre Kündigung neu zu prüfen. Bitte setzen Sie sich in diesem Fall umgehend mit uns in Verbindung, damit wir die weitere Vorgehensweise mit Ihnen besprechen können.

Mit freundlichen Grüßen

**<Name und Anschrift der
gewählten Krankenkasse>**

Datum: TT.MM.JJJJ

Anschrift des Mitglieds/der Vorkasse

**Mitgliedsbescheinigung nach § 175 SGB V
zur Vorlage bei der bisherigen Krankenkasse**

<Vorname> <Nachname>,

geboren am TT.MM.JJJJ,¹
Krankenversicherungsnummer (KVNR):

ist ab dem Mitglied der < Name der gewählten Krankenkasse >.

Bitte leiten Sie diese Mitgliedsbescheinigung innerhalb der Kündigungsfrist an Ihre bisherige Krankenkasse weiter.

Mit freundlichen Grüßen

¹ Zur technischen Abwicklung können weitere Ordnungsmerkmale angegeben werden, wie z.B. Rentenversicherungsnummer.

Top 2

Familienversicherung;

hier: Grundsätzliche Hinweise zum Gesamteinkommen im Rahmen der Prüfung der Voraussetzungen zur Familienversicherung

Sachverhalt:

Der Begriff des Gesamteinkommens, soweit er bei der Prüfung der Voraussetzungen der Familienversicherung zu beachten ist, wurde bislang in dem gemeinsamen Rundschreiben der ehemaligen Spitzenverbände der Krankenkassen einschließlich deren Anlage in der Fassung vom 24. Oktober 2008 beschrieben.

Seitdem sind einige Änderungen gesetzlicher und untergesetzlicher Art wirksam geworden, die eine Überarbeitung erforderlich machen. Insbesondere durch das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) vom 6. Mai 2019 wurde u. a. § 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V in der Form ergänzt, dass auch einmalig oder in einzelnen Teilbeträgen ausgezahlte Abfindungen, Entschädigungen oder ähnliche Leistungen (Entlassungsentschädigungen), die wegen Beendigung des Arbeitsverhältnisses in Form nicht monatlich wiederkehrender Leistungen gezahlt werden, als regelmäßiges Gesamteinkommen zu berücksichtigen sind. Entsprechende Ausführungen zu den Entlassungsentschädigungen sind daher in die Überarbeitung aufgenommen worden. Des Weiteren wurde die aus Anlass der mit den Geringfügigkeits-Richtlinien vom 21. November 2018 geänderte Beurteilung zur Berücksichtigung steuerfreier Aufwandsentschädigungen in der en bloc-Variante auf die Ermittlung des regelmäßigen Arbeitsentgelts als Teil des Gesamteinkommens zur Feststellung der Voraussetzungen der Familienversicherung übernommen. Dementsprechend sind die steuerfreien Aufwandsentschädigungen bei der Prognose des regelmäßigen Arbeitsentgelts in dem Umfang in Abzug zu bringen ist, in dem sie in der Summe im maßgebenden Beschäftigungszeitraum in Anspruch genommen werden können. Gleiches gilt im Umgang mit dem Arbeitnehmer-Pauschbetrag. Ein Wahlrecht zugunsten der Berücksichtigung des Arbeitnehmer-Pauschbetrags en bloc durch volle Ausschöpfung in den ersten Monaten der Beschäftigung (sog. Abschmelzmodell) kommt nicht mehr in Betracht.

Der GKV-Spitzenverband hat gemeinsam mit den Krankenkassenorganisationen auf Bundesebene das gemeinsame Rundschreiben der ehemaligen Spitzenverbände der Krankenkassen vom 24. Oktober 2008 in die vorliegenden Grundsätzlichen Hinweise zum Gesamteinkommen im Rahmen der Prüfung der Voraussetzungen der Familienversicherung überführt und

Ergebnisniederschrift
Fachkonferenz Beiträge
12. Juni 2019



dabei die in der Zwischenzeit eingetretenen Änderungen gesetzlicher und untergesetzlicher Art berücksichtigt.

Ergebnis:

Die Fachkonferenzteilnehmer kommen überein, die Grundsätzlichen Hinweise zum Gesamteinkommen im Rahmen der Prüfung der Voraussetzungen zur Familienversicherung in der vorliegenden überarbeiteten Fassung (vgl. Anlage) unter dem Datum vom 12. Juni 2019 zu verabschieden.

Soweit in der Vergangenheit im Umgang mit dem Arbeitnehmer-Pauschbetrag oder im Umgang mit steuerfreien Aufwandsentschädigungen anders als in den vorliegenden Grundsätzlichen Hinweisen beschrieben verfahren wurde, behält es dabei sein Bewenden.

Anlage



Grundsätzliche Hinweise
Gesamteinkommen im Rahmen der
Prüfung der Voraussetzungen der
Familienversicherung
vom 12. Juni 2019



Einleitung

Der Begriff des Gesamteinkommens, soweit er bei der Prüfung der Voraussetzungen der Familienversicherung zu beachten ist, wurde bislang in dem Gemeinsamen Rundschreiben der ehemaligen Spitzenverbände der Krankenkassen einschließlich deren Anlage in der Fassung vom 24. Oktober 2008 beschrieben.

Seitdem sind einige Änderungen gesetzlicher und untergesetzlicher Art wirksam geworden, die eine Überarbeitung des Gemeinsamen Rundschreibens erforderlich machten. Der GKV-Spitzenverband hat daher die Aussagen in dem Gemeinsamen Rundschreiben vom 24. Oktober 2008 in die vorliegenden Grundsätzlichen Hinweise zum Gesamteinkommen im Rahmen der Prüfung der Voraussetzungen der Familienversicherung überführt und dabei die in der Zwischenzeit eingetretenen Änderungen durch den Gesetzgeber, durch höchstrichterliche Rechtsprechung sowie durch Besprechungsergebnisse im Rahmen der Fachkonferenz Beiträge berücksichtigt. Darüber hinaus sind Klarstellungen und redaktionelle Anpassungen nachvollzogen worden. Die in den Grundsätzlichen Hinweisen enthaltenen Aussagen dienen der Sicherung einer einheitlichen Rechtsanwendung durch die Krankenkassen bei der Feststellung des Gesamteinkommens und besitzen einen empfehlenden Charakter.

Die vorliegenden Grundsätzlichen Hinweise ersetzen das Gemeinsame Rundschreiben der ehemaligen Spitzenverbände der Krankenkassen vom 24. Oktober 2008. Hiernach soll grundsätzlich ab dem 1. Juli 2019 verfahren werden. Die Berücksichtigung von Regelungen gesetzlicher Art, durch höchstrichterliche Rechtsprechung oder durch Besprechungsergebnisse, die einen früheren Inkrafttretens- oder Anwendungszeitpunkt vorsehen bzw. vorgesehen haben, bleibt hiervon unberührt. Soweit in der Vergangenheit im Umgang mit dem Arbeitnehmer-Pauschbetrag oder im Umgang mit steuerfreien Aufwandsentschädigungen anders als in den vorliegenden Grundsätzlichen Hinweisen beschrieben verfahren wurde, behält es dabei sein Bewenden.

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	Gesamteinkommen.....	6
2.1	Allgemeines.....	6
2.2	Korrektur der Summe der Einkünfte nach Maßgabe des § 2 Abs. 5a EStG.....	8
2.2.1	Allgemeines.....	8
2.2.2	Teileinkünfteverfahren.....	9
2.2.3	Kinderbetreuungskosten.....	9
2.3	Überschuss der Einnahmen über die Werbungskosten	10
2.3.1	Einkünfte aus nichtselbstständiger Arbeit	10
2.3.1.1	Entlassungsentschädigungen (Abfindungen).....	11
2.3.1.2	Werbungskosten / Umgang mit dem Arbeitnehmer-Pauschbetrag	14
2.3.1.3	Umgang mit steuerfreien Aufwandsentschädigungen.....	17
2.3.2	Einkünfte aus Kapitalvermögen.....	19
2.3.3	Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung	20
2.3.4	sonstige Einkünfte	20
2.3.4.1	Einkünfte aus Leibrenten	20
2.3.4.2	Einkünfte aus Unterhaltsleistungen.....	22
2.4	Gewinnermittlung bei Einkunftsarten aus selbstständiger Tätigkeit.....	22
2.5	Einkünfte aus dem Ausland	23
2.6	Saldierung von Einkünften	24
2.7	Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden.....	24
2.8	Regelmäßigkeit des Gesamteinkommens	24
3	Zurechnung von Einkünften	28
3.1	Allgemeines.....	28
3.2	Einkünfte aus selbstständiger und nicht selbstständiger Arbeit, sonstige Einkünfte.....	28
3.3	Einkünfte aus Gewerbebetrieb, Land- und Forstwirtschaft	29
3.4	Einkünfte aus Kapitalvermögen, Vermietung und Verpachtung	30
4	Kindererziehungsleistungen an Mütter	31
5	Pflegeleistungen/-gelder.....	31

5.1	Leistungen bei Pflegebedürftigkeit (§§ 36 ff. SGB XI, § 35 BVG, § 44 SGB VII, § 64a SGB XII)	31
5.2	Pflegegeld für eine Kinderbetreuung im Rahmen der Tagespflege.....	31
5.3	Pflegegeld für eine Kinderbetreuung im Rahmen der Vollzeitpflege	32
Anlage	Alphabetische Auflistung und Zuordnung der Einkunftsarten	34

1 Allgemeines

Die Familienversicherung in der Kranken- und Pflegeversicherung ist nach § 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V bzw. § 25 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB XI ausgeschlossen, wenn die Familienangehörigen ein Gesamteinkommen haben, das regelmäßig im Monat 1/7 der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV überschreitet; bei Renten wird der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt; für geringfügig Beschäftigte nach § 8 Abs. 1 Nr. 1, § 8a SGB IV beträgt das zulässige Gesamteinkommen monatlich 450,00 EUR.

Der Ausschluss der beitragsfreien Familienversicherung bei der Höhe nach bestimmten eigenen Einkünften trägt den Grundsätzen des Solidarausgleichs und der Beitragsgerechtigkeit Rechnung. Familienangehörige, die entsprechende Einkünfte erzielen, werden in der Folge auf eine eigenständige Absicherung verwiesen. Dies ist verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden (Beschluss des BVerfG vom 09.06.1978 - 1 BvR 53/78). Auch hat sich der Gesetzgeber bewusst für eine Anlehnung an steuerrechtliche Grundsätze entschieden, um sicherzustellen, dass der Bezug steuerfreier Sozialleistungen nicht zum Ausscheiden aus der Familienversicherung führt.

Die allgemeine Einkommensgrenze des § 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 Teilsatz 1 SGB V ist an die Bezugsgröße in der Sozialversicherung (§ 18 Abs. 1 SGB IV) geknüpft; sie folgt dementsprechend der Entwicklung der Durchschnittsentgelte der gesetzlichen Rentenversicherung. Die Einkommensgrenze von 450,00 EUR (§ 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 Teilsatz 4 SGB V) ist bei der Prüfung der Voraussetzungen der Familienversicherung immer dann zu berücksichtigen, wenn der Familienangehörige Arbeitsentgelt aus einem geringfügig entlohnten Beschäftigungsverhältnis erzielt. Dabei ist unerheblich, ob es sich um Arbeitsentgelt aus einer geringfügig entlohnten Beschäftigung nach § 8 Abs. 1 Nr. 1 SGB IV oder aus einer geringfügigen entlohnten Beschäftigung im Privathaushalt nach § 8a SGB IV handelt. Unerheblich ist bei dieser auf den Status eines geringfügig entlohnt Beschäftigten bezogenen Betrachtungsweise ferner, ob neben dem Arbeitsentgelt aus dem geringfügigen Beschäftigungsverhältnis noch weiteres anrechenbares Gesamteinkommen bezogen wird und in welchem Verhältnis das Arbeitsentgelt aus der geringfügigen Beschäftigung zum Gesamteinkommen steht. Ein Überwiegen des Arbeitsentgelts aus der geringfügigen Beschäftigung wird für die Anwendung der zweiten Einkommensgrenze nicht verlangt.

Wird eine geringfügige selbstständige Tätigkeit ausgeübt, gilt die Einkommensgrenze von 450,00 EUR jedoch nicht, da der Anwendungsbereich der Regelung des § 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 Teilsatz 4 SGB V bzw. § 25 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Teilsatz 4 SGB XI auf geringfügige Beschäftigungen beschränkt ist. Zwar schreibt § 8 Abs. 3 Satz 1 SGB IV insoweit eine Gleichstellung vor, als anstelle einer Beschäftigung eine selbstständige Tätigkeit ausgeübt wird; diese Vorschrift findet aber im Bereich der Kranken- und Pflegeversicherung faktisch keine Anwendung, da Selbständige (von den besonderen Personengruppen Künstler und Landwirte abgesehen) nicht zum kranken- und

pflegeversicherungspflichtigen Personenkreis gehören. Für geringfügig selbstständig Tätige ist daher die Einkommensgrenze des § 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 Teilsatz 1 SGB V bzw. § 25 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Teilsatz 1 SGB XI in Höhe von 1/7 der monatlichen Bezugsgröße maßgebend.

Das Gesamteinkommen ist ferner bei der Prüfung des Ausschlusstatbestandes nach § 10 Abs. 3 SGB V bzw. § 25 Abs. 3 SGB XI festzustellen. Danach ist die Familienversicherung für Kinder ausgeschlossen, wenn der mit den Kindern verwandte Ehegatte oder Lebenspartner im Sinne des LPartG des Mitglieds nicht Mitglied einer Krankenkasse ist und sein Gesamteinkommen regelmäßig im Monat 1/12 der maßgebenden Jahresarbeitsentgeltgrenze übersteigt und regelmäßig höher als das Gesamteinkommen des Mitglieds ist. Dabei ist auf die Jahresarbeitsentgeltgrenze (§ 6 Abs. 6 oder 7 SGB V) abzustellen, die auch für die Beurteilung der Versicherungspflicht bzw. -freiheit des nicht gesetzlich versicherten Ehegatten oder Lebenspartners maßgebend ist. Sofern bestimmte Einnahmen des Ehegatten oder Lebenspartners durch einen Einkommensteuerbescheid nachgewiesen werden, ist die zum Zeitpunkt der Prüfung des Ausschlusstatbestandes maßgebliche Jahresarbeitsentgeltgrenze zugrunde zu legen und nicht diejenige Jahresarbeitsentgeltgrenze, die zum Zeitpunkt der Ausstellung des Einkommensteuerbescheides oder des steuerrechtlichen Veranlagungsjahres galt. Bei der Feststellung des Gesamteinkommens im Rahmen des § 10 Abs. 3 SGB V bzw. § 25 Abs. 3 SGB XI sind aufgrund höchstrichterlicher Rechtsprechung Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, einkommensmindernd zu berücksichtigen (vgl. auch Ausführungen zu 2.7).

Die Familienversicherung ist auch in der Zeit (weiter) ausgeschlossen, in der das zum Gesamteinkommen gehörende Arbeitsentgelt des nicht gesetzlich krankenversicherten Elternteils, das ansonsten regelmäßig im Monat ein Zwölftel der Jahresarbeitsentgeltgrenze übersteigt und regelmäßig höher als das Gesamteinkommen des Mitglieds ist, wegen einer Entgeltminderung infolge von Kurzarbeit bei gleichzeitigem Bezug von Kurzarbeitergeld die vorgenannte Entgeltgrenze bzw. das Gesamteinkommen des Ehegatten unterschreitet. Dies gilt auch bei vorübergehenden Entgeltminderungen für die Zeit des Bezuges von anderen Entgeltersatzleistungen (z. B. Verletzengeld, Übergangsgeld), in denen der Versicherungsstatus trotz des Arbeitsentgeltausfalls für die Dauer des Leistungsbezugs unverändert bleibt.

2 Gesamteinkommen

2.1 Allgemeines

Der Begriff des Gesamteinkommens wird in § 16 SGB IV durch eine Legaldefinition umschrieben, die auch für die Durchführung der Familienversicherung maßgebend ist. Nach dieser Vorschrift in Verbindung mit der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (Urteile vom 20.06.1979 - 5 RKn 7/78 -, USK 7976, 22.06.1979 - 3 RK 86/78 - und - 3 RK 8/79 -, USK 7955, 10.07.1979 - 3 RK 16/79 -, USK 7987, 10.11.1982 - 11 RK 3/81 -, USK 82207, - 11 RK 1/82 -, USK 82209, - 11 RK

2/82 -, USK 82215, - 11 RK 3/82 -, USK 82227 sowie 25.02.1997 - 12 RK 19/96 -, USK 9716 und - 12 RK 34/95 -, USK 9718) ist bei der Ermittlung des Gesamteinkommens von der Summe der Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts auszugehen.

Nach § 2 Abs. 1 Einkommensteuergesetz (EStG) unterliegen sieben Einkunftsarten der Einkommensteuer. Für diese Einkunftsarten sind in § 2 Abs. 2 EStG zwei unterschiedliche Arten der Einkunftsermittlung vorgesehen:

- a) die Ermittlung des Überschusses der Einnahmen über die Werbungskosten (Überschuss-Einkünfte) bei
- Einkünften aus nichtselbstständiger Arbeit, und zwar in erster Linie das Arbeitsentgelt (§ 2 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4, §§ 19 EStG),
 - Einkünften aus Kapitalvermögen (§ 2 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5, § 20 EStG),
 - Einkünften aus Vermietung und Verpachtung (§ 2 Abs. 1 Satz 1 Nr. 6, § 21 EStG),
 - sonstigen Einkünften im Sinne des § 22 EStG (§ 2 Abs. 1 Satz 1 Nr. 7 EStG) und
- b) die Gewinnermittlung bei den Einkunftsarten aus selbstständiger Tätigkeit, wie
- Land- und Forstwirtschaft (§ 2 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1, §§ 13 - 14a EStG),
 - Gewerbebetrieb (§ 2 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2, §§ 15 - 17 EStG),
 - selbstständige Arbeit (§ 2 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3, § 18 EStG).

Das Gesamteinkommen in § 16 SGB IV mit seiner Bezugnahme auf die Summe der Einkünfte stellt auf den Einkunfts begriff im Sinne des § 2 Abs. 2 EStG, d. h. auf die Überschuss-Einkünfte bzw. den Gewinn ab. Es ist unzulässig, für die Feststellung des regelmäßigen Gesamteinkommens an andere steuerrechtliche Begriffe, wie beispielsweise an den Gesamtbetrag der Einkünfte im Sinne des § 2 Abs. 3 EStG (Summe der Einkünfte vermindert um den Altersentlastungsbetrag, den Entlastungsbetrag für Alleinerziehende und den Betrag nach § 13 Abs. 3 EStG), an das Einkommen im Sinne des § 2 Abs. 4 EStG (Gesamtbetrag der Einkünfte vermindert um Sonderausgaben und außergewöhnliche Belastungen) oder an das zu versteuernde Einkommen im Sinne des § 2 Abs. 5 EStG, anzuknüpfen.

Dementsprechend dürfen Sonderausgaben (z. B. Vorsorgeaufwendungen) und ausschließlich für die Berechnung der Lohn- oder Einkommensteuer geltende Freibeträge (z. B. Altersentlastungsbetrag, Kinderfreibetrag, Freibetrag für Land- und Forstwirtschaft und für freie Berufe) sowie sonstige vom Einkommen abzuziehende Beträge (z. B. für außergewöhnliche Belastungen) bei der Feststellung der Summe der Einkünfte und damit auch bei der Ermittlung des Gesamteinkommens nicht in Abzug gebracht werden (BSG, Urteil vom 25.08.2004 – B 12 KR 36/03 R –, USK 2004-20).

Auch Verluste nach Maßgabe des § 10d EStG (Verlustvortrag und Verlustrücktrag) dürfen bei der Summe der Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts nicht in Abzug gebracht werden; sie bleiben daher bei der Feststellung des Gesamteinkommens unberücksichtigt (BSG, Urteil vom 16. Mai 2001 - B 5 RJ 46/00 R). Für Landwirte, deren Gewinn nach § 13a EStG ermittelt wird, gelten gemäß § 15 Abs. 2 SGB IV abweichende Regelungen (vgl. Ausführungen zu 2.3).

Bei den Überschuss-Einkünften sind die Einnahmen (§ 8 EStG) um die Werbungskosten zu vermindern (§ 2 Abs. 2 Nr. 2 EStG). Werbungskosten sind im Wesentlichen Aufwendungen zur Erwerbung, Sicherung und Erhaltung der Einnahmen. Sie können nur bei der Einkunftsart geltend gemacht werden, bei der sie erwachsen sind (§ 9 Abs. 1 EStG). Die in § 9a EStG genannten Pauschbeträge für Werbungskosten sind dann zugrunde zu legen, wenn nicht höhere Aufwendungen nachgewiesen werden (vgl. aber Ausführungen zu 2.3.1.2).

Die nach den §§ 3 und 3b EStG steuerfreien Einnahmen gehören auch dann nicht zum Gesamteinkommen, wenn sie Entgeltersatzfunktion haben. Zumal den in § 2 Abs. 1 EStG abschließend aufgeführten steuerpflichtigen Einkunftsarten das Ziel zugrunde liegt, nicht jede, sondern nur die durch eine bestimmte Leistung des Steuerpflichtigen bewirkte Erhöhung seiner wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit zu erfassen. Dies gilt erst recht für solche Einkünfte, die zur Abgeltung eines krankheits- oder behinderungsbedingten Mehrbedarfs dienen, denn der Zufluss begründet wirtschaftlich gesehen keine Erhöhung der finanziellen Leistungsfähigkeit des Steuerpflichtigen. Dies gilt u. a. für ein zinsloses Darlehen, welches Personen in einer pflegebedingten Freistellung von der Arbeitsleistung gem. § 2 Familienpflegezeitgesetz oder § 3 Pflegezeitgesetz gewährt wird und demnach nicht den Einkünften im Sinne des § 2 EStG zuzuordnen ist.

2.2 Korrektur der Summe der Einkünfte nach Maßgabe des § 2 Abs. 5a EStG

2.2.1 Allgemeines

Nach Maßgabe des § 2 Abs. 5a EStG muss u. a. der nach den Rechtsvorschriften des EStG ermittelte Begriff „Summe der Einkünfte“, sofern er in außensteuerlichen Rechtsnormen Anwendung findet, nach einem bestimmten Schema korrigiert werden, um gewisse einkommensteuerrechtliche Besonderheiten zu nivellieren, die außerhalb des Steuerrechts ohne Belang sind. Danach ist das im Recht der Familienversicherung relevante Gesamteinkommen wie folgt zu ermitteln:

- (1) Summe der Einkünfte aus den Einkunftsarten
- (2) Erhöhung um die nach § 32d Abs. 1 und nach § 43 Abs. 5 EStG zu besteuern den Beträge („gesonderter Steuertarif für Einkünfte aus Kapitalvermögen“)
- (3) Erhöhung um die nach § 3 Nr. 40 EStG steuerfreien Beträge und Minderung um die nach § 3c Abs. 2 EStG nicht abzugsfähigen Beträge („Teileinkünfteverfahren“)
- (4) Minderung um die nach § 10 Abs. 1 Nr. 5 EStG abzugsfähigen Kinderbetreuungskosten

(5) = Gesamteinkommen im Sinne der Familienversicherung

2.2.2 Teileinkünfteverfahren

Das Teileinkünfteverfahren bedeutet im Kern, dass bestimmte grundsätzlich steuerpflichtige Einnahmen (Dividenden sowie Veräußerungsgewinne aus Veräußerungen von bestimmten Anteilen an Körperschaften und Personenvereinigungen) nur zu 60 Prozent in die Einkommensteuerpflicht einbezogen und im Übrigen steuerfrei hinsichtlich der Einkommensteuer gestellt werden (vgl. § 3 Nr. 40 EStG). Die mit diesen Einnahmen oder Veräußerungserlösen zusammenhängenden Aufwendungen werden ebenfalls im gekürzten Umfang (zu 60 Prozent) berücksichtigt (§ 3c Abs. 2 EStG).

Das Teileinkünfteverfahren findet grundsätzlich nur bei solchen Einkünften aus Kapitalvermögen Anwendung, die aufgrund der Subsidiaritätsregelung des § 20 Abs. 8 EStG den Einkünften aus Land- und Forstwirtschaft, Gewerbebetrieb oder selbstständiger Arbeit zuzurechnen sind. Ausnahmsweise kann es jedoch vorkommen, dass bei typischerweise unternehmerischen Beteiligungen (vgl. Voraussetzungen des § 32d Abs. 2 Nr. 3 EStG) ein Optionsrecht ausgeübt wird, wonach die Dividendeneinkünfte zwar einkommensteuerrechtlich den Einkünften aus Kapitalvermögen zugerechnet bleiben, aber unter der Anwendung des Teileinkünfteverfahrens besteuert werden.

Werden die Kapitalerträge und Veräußerungsgewinne nach dem Teileinkünfteverfahren nur zu 60 Prozent bei der persönlichen Einkommensteuer des Anteilseigners herangezogen (§ 3 Nr. 40 EStG), ist nach § 2 Abs. 5a EStG für Zwecke der Feststellung des Gesamteinkommens das Ergebnis des Teileinkünfteverfahrens wieder rückgängig zu machen. Diese Korrektur beinhaltet einerseits die Hinzurechnung zu dem steuerrechtlich maßgebenden Wert des nicht angesetzten Teils der Beteiligungserträge (40 Prozent) und andererseits die Minderung des Beitrags um die nach § 3c Abs. 2 EStG nicht berücksichtigten Aufwendungen (40 Prozent der Werbungskosten bzw. der Betriebsausgaben). Die Beträge im Sinne des § 2 Abs. 5a EStG können aus dem Erläuterungstext des Einkommensteuerbescheides entnommen werden.

2.2.3 Kinderbetreuungskosten

Bei der Feststellung des Gesamteinkommens im Rahmen der Prüfung der Familienversicherung ist die Summe der Einkünfte im Sinne des § 2 Abs. 2 EStG um die nach § 10 Abs. 1 Nr. 5 EStG in der Fassung des Steuervereinfachungsgesetzes 2011 als Sonderausgaben abziehbaren Kinderbetreuungskosten zu mindern. Insoweit ist die bis zum 31. Dezember 2011 maßgebende Unterscheidung nach erwerbsbedingten und nicht erwerbsbedingten Kinderbetreuungskosten nicht mehr von Bedeutung.

Hinsichtlich der persönlichen Zuordnung der Kinderbetreuungskosten im Rahmen der Einkommensteuererklärung bei zusammen veranlagten Eheleuten gilt Folgendes:

- Besteht im steuerrechtlichen Sinne ein Dispositionsrecht hinsichtlich der Zuordnung von Kinderbetreuungskosten als Sonderausgaben, gilt das im Rahmen der Einkommensteuererklärung ausgeübte Dispositionsrecht auch für die Feststellung des Gesamteinkommens nach § 10 SGB V.
- Ist dagegen aufgrund der steuerrechtlichen Regelungen keine Aufteilung der Aufwendungen für die Kinderbetreuung zwischen den Elternteilen notwendig – aufgrund der Zusammenveranlagung der verheirateten Eltern nach § 26b EStG –, wird den Eltern für Zwecke der Sozialversicherung ein uneingeschränktes Dispositionsrecht zur Aufteilung der steuerlich anerkannten Kinderbetreuungskosten eingeräumt. Hierzu haben die Ehegatten eine einvernehmliche Erklärung gegenüber der/den zuständige(n) Krankenkasse(n) abzugeben. Diese Entscheidung gilt bis zur nächsten Einkommensüberprüfung nach § 4 der Fami-Meldegrundsätze.

2.3 Überschuss der Einnahmen über die Werbungskosten

2.3.1 Einkünfte aus nichtselbstständiger Arbeit

Zu den Einkünften aus nichtselbstständiger Arbeit im Sinne des § 2 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 EStG gehört in erster Linie das Arbeitsentgelt. Nach § 14 Abs. 1 SGB IV gehören zum Arbeitsentgelt alle laufenden oder einmaligen Einnahmen aus einer Beschäftigung. Unbedeutend ist, ob ein Rechtsanspruch darauf besteht, unter welchen Bezeichnungen oder in welcher Form sie geleistet werden und ob sie unmittelbar aus der Beschäftigung oder lediglich im Zusammenhang damit erzielt werden. Die allgemein für Arbeitnehmer geltenden Regelungen (u. a. die Sozialversicherungsentgeltverordnung - SvEV -) finden Anwendung. Zuwendungen, die nach der SvEV nicht zum Arbeitsentgelt im Sinne der Sozialversicherung gehören, bleiben bei der Ermittlung des Gesamteinkommens unberücksichtigt (zum Umgang mit steuerfreien Aufwandsentschädigungen, vgl. Ziffer 2.3.1.3).

Pfändungen sowie Abtretungen, die das erzielte Arbeitsentgelt vermindern, sind bei der Ermittlung des Gesamteinkommens nicht vom Arbeitsentgelt abzusetzen. Es ist vielmehr der Betrag des Arbeitsentgelts zu berücksichtigen, der dem Betreffenden zusteht und nicht der Betrag, der ihm nach Abzug von gepfändeten Beträgen bzw. sonstigen Abtretungen verbleibt.

Einmalige Einnahmen, deren Gewährung mit hinreichender Sicherheit mindestens einmal jährlich zu erwarten ist (z. B. Weihnachtsgratifikationen, Urlaubsgelder, zusätzliche Monatsarbeitsentgelte), müssen bei der Ermittlung des Gesamteinkommens berücksichtigt werden. Sie sind gleichmä-

Big auf alle Monate zu verteilen und den Monatsbezügen hinzuzurechnen (BSG, Urteile vom 17.08.1982 - 3 RK 68/80 -, USK 82125 und 28.02.1984 - 12 RK 21/83 -, USK 8401).

Wegen der Nichtberücksichtigung familienbezogener Zuschläge bei der Ermittlung des Gesamteinkommens nach § 10 Abs. 3 SGB V bzw. § 25 Abs. 3 SGB XI siehe Ziffer 2.7.

Zu den Einkünften aus nichtselbstständiger Arbeit gehören auch Betriebs- und Werksrenten, wenn sie auf Leistungen des Arbeitgebers beruhen (z. B. Leistungen aus Unterstützungskassen und Direktzusagen), sowie Versorgungsbezüge aus einem früheren Dienstverhältnis (z. B. beamtenrechtliches Ruhegehalt). Der Versorgungsfreibetrag und der Zuschlag zum Versorgungsfreibetrag können von den Versorgungsbezügen nicht abgezogen werden; dies gilt auch für den Werbungs-kostenabzug (vgl. Ziffer 2.3.4.1).

2.3.1.1 Entlassungsentschädigungen (Abfindungen)

Die monatlich gezahlten Beträge einer Abfindung wegen einer vom Arbeitgeber veranlassten oder gerichtlich ausgesprochenen Auflösung des Dienstverhältnisses zählen zum Gesamteinkommen (BSG-Urteil vom 25.01.2006 - B 12 KR 2/05 -, USK 2006-2). Das bedeutet, dass für die Zeit der Auszahlung keine Familienversicherung besteht, soweit die geltende Gesamteinkommensgrenze überschritten wird. Entsprechendes gilt für Übergangsgelder und Übergangsbeihilfen wegen einer nicht auf Antrag des Beschäftigten erfolgten Entlassung aus einem Dienstverhältnis.

Auch einmalig oder in einzelnen Teilbeträgen ausgezahlte Abfindungen, Entschädigungen oder ähnliche Leistungen, die wegen Beendigung des Arbeitsverhältnisses in Form nicht monatlich wiederkehrender Leistungen gezahlt werden (Entlassungsentschädigungen), sind ab dem 11. Mai 2019 als regelmäßiges Gesamteinkommen zu berücksichtigen (§ 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 Teilsatz 2 SGB V). Dabei wird die Entlassungsentschädigung unter Berücksichtigung des zuletzt regelmäßig im Monat erzielten Arbeitsentgelts (Einmalzahlungen sind nicht zu berücksichtigen) fiktiv auf die Zeit nach dem Ende des Beschäftigungsverhältnisses umgelegt und als zum Gesamteinkommen gehörende Einnahme herangezogen. Sofern die Entlassungsentschädigung nicht in einem engen zeitlichen Zusammenhang mit dem Ende des Beschäftigungsverhältnisses, sondern erst zu einem späteren Zeitpunkt ausgezahlt wird, ist sie ab dem Tag nach ihrer Auszahlung entsprechend umzulegen.

Für die Berücksichtigung einmaliger oder in einzelnen Teilbeträgen ausgezahlter Entlassungsentschädigungen als anrechenbares Gesamteinkommen ist unbedeutend, ob die Entlassungsentschädigung aus einem Beschäftigungsverhältnis resultiert, das zur Versicherungspflicht oder zur Versicherungsfreiheit geführt hat, ob der Arbeitnehmer während der Beschäftigung Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung war oder nicht und ob die Beschäftigung im In- oder Ausland

ausgeübt wurde. Wird die Entlassungsentschädigung nicht in einem Betrag, sondern in einzelnen Teilbeträgen (Raten) ausgezahlt, ist gleichwohl der Gesamtbetrag der Entlassungsentschädigung, der dem ehemaligen Arbeitnehmer zusteht bzw. von ihm beansprucht werden kann, für die weitere Berücksichtigung heranzuziehen.

Zur Bestimmung des konkreten Zeitraums, für den die einmalige Entlassungsentschädigung für die Zeit (Tage) nach dem Ende des Beschäftigungsverhältnisses oder nach ihrer Auszahlung zuzuordnen ist, ist – ohne Beachtung der Regelung des § 158 SGB III zum Ruhen des Anspruchs auf Arbeitslosengeld bei Entlassungsentschädigungen – der Auszahlungsbetrag der Entlassungsentschädigung durch den Betrag in Höhe des laufenden kalendertäglichen Arbeitsentgelts (ohne etwaige Begrenzung auf die Beitragsbemessungsgrenze), das zuletzt vor Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses regelmäßig erzielt wurde, zu dividieren und ggf. anschließend kaufmännisch zu runden. Ist das Arbeitsentgelt nicht nach Monaten bemessen, sondern von der Arbeitsleistung abhängig und unterliegt es daher Schwankungen, so ist die Höhe des laufenden Arbeitsentgelts, das zuletzt vor Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses regelmäßig erzielt wurde, anhand des Durchschnitts der letzten drei Kalendermonate zu errechnen. Das Ergebnis ist die Anzahl der Tage, für den die Entlassungsentschädigung als Gesamteinkommen in Höhe des letzten laufenden Arbeitsentgelts heranzuziehen ist.

Beispiel 1

Der bisher aufgrund einer versicherungspflichtigen Beschäftigung nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V versicherte Ehemann des Mitglieds beendet sein Arbeitsverhältnis zum 20. August. In diesem Zusammenhang erhält er eine Entlassungsentschädigung in Höhe von 14.500,00 EUR. Die Höhe des zuletzt erzielten regelmäßigen monatlichen Arbeitsentgelts beträgt 2.800,00 EUR. Für die Zeit ab 21. August tritt kein anderweitiger Versicherungspflichttatbestand ein. Weitere Einkünfte bestehen nicht.

letztes lfd. Arbeitsentgelt:	2.800,00 EUR
kalendertgl. Betrag (2.800,00 : 30=)	93,33 EUR (ktgl.)
Abfindungsbetrag:	14.500,00 EUR : 93,33 EUR = 155,36 (≈ 155) Tage

Berücksichtigungszeitraum:	August	11 Tage
	September	30 Tage
	Oktober	30 Tage
	November	30 Tage
	Dezember	30 Tage
	Januar	24 Tage

Ergebnis

Die Entlassungsentschädigung ist für die Zeit nach Beendigung der versicherungspflichtigen Beschäftigung vom 21. August bis zum 24. Januar des Folgejahres für 155 Tage als Gesamteinkommen in Höhe von tgl. 93,33 EUR heranzuziehen. Dabei sind volle Kalendermonate mit 30 Tagen, Teilmonate mit den tatsächlichen Tagen anzusetzen. Der Abzug des Arbeitnehmer-Pauschbetrages scheidet aus. Das Ergebnis bliebe unverändert, selbst wenn die Entlassungsentschädigung noch während des Beschäftigungsverhältnisses (z. B. mit der letzten Entgeltabrechnung) gezahlt wird.

Beispiel 2

Abweichend von Beispiel 1 erfolgt die Auszahlung am 15. Januar des Folgejahres.

letztes lfd. Arbeitsentgelt: 2.800,00 EUR
kalendertgl. Betrag (2.800,00 : 30=) 93,33 EUR (ktgl.)
Abfindungsbetrag: 14.500,00 EUR : 93,33 EUR = 155,36 (≈ 155) Tage

Berücksichtigungszeitraum:	Januar	16 Tage
	Februar	30 Tage
	März	30 Tage
	April	30 Tage
	Mai	30 Tage
	Juni	19 Tage

Ergebnis

Die Entlassungsentschädigung ist für die Zeit nach der Auszahlung (hier: 16. Januar bis zum 19. Juni = 155 Tage) als Gesamteinkommen in Höhe von tgl. 93,33 EUR heranzuziehen.

Änderungen im Versicherungsstatus des Betroffenen haben keine Auswirkungen auf die fiktive zeitliche Zuordnung der Abfindung nach den vorgenannten Grundsätzen.

Beispiel 3

Abweichend von Beispiel 2 übt der Ehemann in der Zeit vom 1. Februar bis 31. Mai des Folgejahres eine versicherungspflichtige Beschäftigung aus.

Ergebnis

Die Heranziehung der Entlassungsentschädigung für die Zeit nach der Auszahlung (hier: 16. Januar bis zum 19. Juni = 155 Tage) als Gesamteinkommen in Höhe von tgl. 93,33 EUR bleibt unverändert, ungeachtet dessen, dass die Familienversicherung in der Zeit vom 1. Februar bis 31. Mai aufgrund der versicherungspflichtigen Beschäftigung nach § 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V

(und nicht allein aufgrund des Überschreitens der Einkommensgrenze nach § 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V) ausgeschlossen ist.

Auch die sich aus den Abfindungen evtl. ergebenden Einnahmen (z. B. Einkünfte aus Kapitalvermögen) zählen zum Gesamteinkommen.

2.3.1.2 Werbungskosten / Umgang mit dem Arbeitnehmer-Pauschbetrag

Einkünfte aus nichtselbstständiger Arbeit sind nach § 2 Abs. 2 Nr. 2 EStG der Überschuss der Einnahmen über die Werbungskosten (§§ 8 - 9a EStG). Bei der Ermittlung des Gesamteinkommens sind daher die Werbungskosten von den Einkünften aus nichtselbstständiger Arbeit abzuziehen (BSG, Urteile vom 22.07.1981 - 3 RK 7/80 -, USK 81123, 09.09.1981 - 3 RK 19/80 -, USK 81223, 28.10.1981 - 3 RK 8/81 -, USK 81190 und 26.10.1982 - 3 RK 35/81 -, USK 82151). Hierbei ist der Arbeitnehmer-Pauschbetrag nach § 9a Satz 1 Nr. 1 EStG in Höhe von kalenderjährlich 1.000,00 EUR in Abzug zu bringen, sofern nicht höhere Werbungskosten nachgewiesen werden.

Bei pauschal besteuertem Arbeitslohn (z. B. nach § 40a EStG für bestimmte Teilzeitbeschäftigte und geringfügig Beschäftigte möglich) können Werbungskosten nicht abgesetzt werden, weil der Arbeitgeber in diesen Fällen Schuldner der pauschalen Lohnsteuer ist und der pauschal besteuerte Arbeitslohn und die pauschale Lohnsteuer bei einer Veranlagung zur Einkommenssteuer und beim Lohnsteuerjahresausgleich außer Ansatz bleiben.

Der Arbeitnehmer-Pauschbetrag ist bei der Prognose des regelmäßigen Arbeitsentgelts in dem Umfang in Abzug zu bringen, in dem er in der Summe im maßgebenden Beschäftigungszeitraum in Anspruch genommen werden kann, das heißt, er ist außen vor zu lassen, soweit er im laufenden Kalenderjahr durch vorhergehende Beschäftigungen bereits verbraucht ist und insofern nicht mehr zur Verfügung steht. Dies gilt unabhängig davon, ob die Beschäftigung befristet oder unbefristet ausgeübt wird. Damit wird eine kontinuierliche versicherungsrechtliche Beurteilung ermöglicht.

Beispiel 4

Der Ehepartner eines Mitglieds übt eine auf Dauer angelegte geringfügige Beschäftigung aus. Das Arbeitsentgelt aus dieser Beschäftigung - keine Pauschalbesteuerung - beträgt mtl. 440,00 EUR.

Das anrechenbare regelmäßige Gesamteinkommen beträgt mtl. 356,67 EUR
(440,00 EUR x 12 - 1.000,00 EUR) : 12

Ergebnis

Das regelmäßige Gesamteinkommen übersteigt die maßgebende Einkommensgrenze von 450,00 EUR (§ 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 Teilsatz 4 SGB V) nicht. Die Familienversicherung ist möglich, und zwar selbst dann, wenn daneben noch weiteres anrechenbares Gesamteinkommen im Sinne des § 16 SGB IV bis zu einer monatlichen Höhe von 93,33 EUR bezogen wird.

Auch bei Aufnahme oder Beendigung einer Beschäftigung im Laufe eines Kalenderjahres kann der Arbeitnehmer-Pauschbetrag in Höhe von kalenderjährlich 1.000,00 EUR berücksichtigt werden. Dies gilt bei Beendigung der Beschäftigung im Laufe eines Kalenderjahres jedoch nur dann, wenn das Ende der Beschäftigung (von vornherein) feststeht, und bei Beginn einer Beschäftigung im Laufe eines Kalenderjahres nur insoweit, als der Arbeitnehmer-Pauschbetrag noch nicht ausgeschöpft ist.

Beispiel 5

Der Ehepartner eines Mitglieds übt seit dem 01.04. eine auf Dauer angelegte geringfügige Beschäftigung aus. Das Arbeitsentgelt aus dieser Beschäftigung - keine Pauschalbesteuerung - beträgt mtl. 440,00 EUR. Der Arbeitnehmer-Pauschbetrag steht noch in Gänze zur Verfügung.

Das anrechenbare regelmäßige Gesamteinkommen beträgt mtl. 328,89 EUR
(440,00 EUR x 9 - 1.000,00 EUR) : 9

Ergebnis

Das regelmäßige Gesamteinkommen übersteigt die maßgebende Einkommensgrenze von 450,00 EUR (§ 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 Teilsatz 4 SGB V) nicht. Die Familienversicherung ist möglich, und zwar selbst dann, wenn daneben noch weiteres anrechenbares Gesamteinkommen im Sinne des § 16 SGB IV bis zu einer monatlichen Höhe von 121,11 EUR bezogen wird.

Sofern eine auf Dauer angelegte Beschäftigung im Laufe des Kalenderjahres beendet wird und der Arbeitnehmer-Pauschbetrag noch nicht verbraucht ist, berührt eine (rückwirkende) volle Ausschöpfung des Arbeitnehmer-Pauschbetrags die einkommensrechtliche Beurteilung in der Familienversicherung nicht.

Bei der Feststellung des Gesamteinkommens im Rahmen der Prüfung der Voraussetzungen der Familienversicherung von Studenten, die eine mehr als geringfügige, aber nach § 6 Abs. 1 Nr. 3 SGB V versicherungsfreie Beschäftigung ausüben, ist zu beachten, dass für sie die allgemeine Einkommensgrenze des § 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 Teilsatz 1 SGB V gilt.

Bei einer auf Dauer angelegten Beschäftigung dürfte die maßgebende Einkommensgrenze - auch unter Abzug des Arbeitnehmer-Pauschbetrags - regelmäßig überschritten sein. Ein anderes Er-

gebnis kann allenfalls bei regelmäßigen Arbeitsentgelten bis zu monatlich 528,33 EUR (2019: 445 EUR + 83,33 EUR) in Betracht kommen.

Beispiel 6

Ein Student (20-jähriges Kind eines Mitglieds) übt eine auf Dauer angelegte mehr als geringfügige, aber nach § 6 Abs. 1 Nr. 3 SGB V versicherungsfreie Beschäftigung aus. Das Arbeitsentgelt aus dieser Beschäftigung beträgt mtl. 530,00 EUR.

Das anrechenbare regelmäßige Gesamteinkommen beträgt mtl. 446,67 EUR
(530,00 EUR x 12 – 1.000,00 EUR) : 12

Ergebnis

Das regelmäßige Gesamteinkommen übersteigt die maßgebende Einkommensgrenze von 445,00 EUR (§ 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 Teilsatz 1 SGB V). Die Familienversicherung ist daher ausgeschlossen.

Auch bei Ausübung einer befristeten Beschäftigung ist der Arbeitnehmer-Pauschbetrag bei der Prognose des regelmäßigen Arbeitsentgelts in dem Umfang in Abzug zu bringen, in dem er in der Summe im maßgebenden Beschäftigungszeitraum in Anspruch genommen werden kann. Ein Wahlrecht zugunsten der Berücksichtigung des Arbeitnehmer-Pauschbetrags en bloc durch volle Ausschöpfung in den ersten Monaten der Beschäftigung (sog. Abschmelzmodell) kommt nicht in Betracht.

Beispiel 7

Ein Student (20-jähriges Kind eines Mitglieds) übt in der Zeit vom 01.06. bis zum 30.09. eine befristete und nach § 6 Abs. 1 Nr. 3 SGB V versicherungsfreie Beschäftigung aus. Das Arbeitsentgelt aus dieser Beschäftigung beträgt mtl. 800,00 EUR. Der Arbeitnehmer-Pauschbetrag steht noch in Gänze zur Verfügung.

Das anrechenbare regelmäßige Gesamteinkommen beträgt mtl. 550,00 EUR
(800,00 EUR x 4 – 1.000,00 EUR) : 4

Ergebnis

Das regelmäßige Gesamteinkommen übersteigt die maßgebende Einkommensgrenze von 445,00 EUR (§ 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 Teilsatz 1 SGB V). Die Familienversicherung ist daher ausgeschlossen. Ein Abzug des Arbeitnehmer-Pauschbetrags en bloc, wodurch das Arbeitsentgelt im Monat Juni auf 0,00 EUR (800,00 EUR – 800,00 EUR) und im Monat Juli auf 600,00 EUR (800,00 EUR – 200,00 EUR) reduziert und die Einkommensgrenze somit für den Juni nicht überschritten wäre, ist nicht zulässig.

Beispiel 8

Das 23-jährige Kind eines Mitglieds nimmt ab dem 01.10. ein Studium und daneben eine nach § 6 Abs. 1 Nr. 3 SGB V versicherungsfreie Beschäftigung als sog. Werkstudent gegen ein monatliches Arbeitsentgelt in Höhe von 600,00 EUR auf. Im Laufe des Kalenderjahres wurde bereits in der Zeit vom 01.01. bis 30.06. eine versicherungspflichtige Beschäftigung ausgeübt.

Das anrechenbare regelmäßige Gesamteinkommen beträgt mtl. 433,33 EUR
(600,00 EUR x 3 – 500,00 EUR) : 3

Dabei ist aus Vereinfachungsgründen anzunehmen, dass der Arbeitnehmer-Pauschbetrag für die Zeit der Vorbeschäftigung im laufenden Kalenderjahr vom 01.01. bis 30.06. in Höhe von 500,00 EUR (1000,00 EUR : 12 x 6) bereits in Anspruch genommen wurde und in diesem Umfang nicht mehr zur Verfügung steht.

Ergebnis

Das regelmäßige Gesamteinkommen übersteigt die maßgebende Einkommensgrenze von 445,00 EUR (§ 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 Teilsatz 1 SGB V) nicht. Die Durchführung der Familienversicherung für die Zeit ab dem 01.10. ist möglich.

Weiterführung des Beispiels für die Zeit ab dem 01.01.

Das anrechenbare regelmäßige Gesamteinkommen beträgt mtl. 516,67 EUR
(600,00 EUR x 12 – 1.000,00 EUR) : 12

Ergebnis

Das regelmäßige Gesamteinkommen übersteigt die maßgebende Einkommensgrenze von angenommen 455,00 EUR im Jahr 2020* (10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 Teilsatz 1 SGB V). Die Durchführung der Familienversicherung für die Zeit ab dem 01.01. ist nicht mehr möglich.

2.3.1.3 Umgang mit steuerfreien Aufwandsentschädigungen

Steuerfreie Aufwandsentschädigungen einschließlich der in § 3 Nr. 26 und 26a EStG genannten steuerfreien Einnahmen gehören nicht zum Arbeitsentgelt und bleiben daher auch bei der Ermittlung des Gesamteinkommens unberücksichtigt (vgl. Ziffer 2.3.1). Sie sind daher bei der Prognose des regelmäßigen Arbeitsentgelts in dem Umfang in Abzug zu bringen, in dem sie in der Summe

* Die Rechengrößen für 2020 stehen zum Zeitpunkt der Veröffentlichung der Grundsätzlichen Hinweise noch nicht fest. Insofern wird zur Veranschaulichung des Ergebnisses mit einem angenommenen Wert operiert.

vom Arbeitgeber im maßgebenden Beschäftigungszeitraum gewährt werden sollen. Dementsprechend sind

- Ø Einnahmen aus nebenberuflichen Tätigkeiten als Übungsleiter, Ausbilder, Erzieher, Betreuer oder vergleichbaren nebenberuflichen Tätigkeiten, aus nebenberuflichen künstlerischen Tätigkeiten oder für die Pflege alter, kranker oder behinderter Menschen bis zur Höhe von insgesamt 2.400,00 Euro im Kalenderjahr nach § 3 Nr. 26 EStG (Übungsleiterpauschale) sowie
- Ø Vergütungen für ehrenamtliche Tätigkeiten bis zur Höhe von insgesamt 720,00 Euro im Kalenderjahr nach § 3 Nr. 26a EStG (Ehrenamtpauschale) unter den dort näher genannten Voraussetzungen

dem Arbeitsentgelt als Teil des Gesamteinkommens nicht zuzurechnen. Dies gilt unabhängig davon, ob der jeweilige Steuerfreibetrag pro rata, also anteilig auf einen bestimmten Zeitablauf bezogen (z. B. monatlich 200,00 Euro bzw. 60,00 Euro), oder en bloc ausgeschöpft wird. Soweit der Arbeitnehmer die Freibeträge im laufenden Kalenderjahr bereits anderweitig in Anspruch genommen hat bzw. in Anspruch nimmt, muss er dies anzeigen. In diesem Fall kann der kalenderjährliche steuerfreie Höchstbetrag von 2.400,00 Euro bzw. 720,00 Euro nicht oder nur entsprechend reduziert ausgeschöpft werden. Die Übungsleiterpauschale nach § 3 Nr. 26 EStG und die Ehrenamtpauschale nach § 3 Nr. 26a EStG können auch zusammen in einer Beschäftigung berücksichtigt werden, wenn unterschiedliche Tätigkeiten ausgeübt werden.

Die Art der Berücksichtigung steuerfreier Aufwandsentschädigungen bei der Ermittlung des Arbeitsentgelts als Teil des Gesamteinkommens entspricht der Art der Berücksichtigung bei der Ermittlung des regelmäßigen Arbeitsentgelts zur (versicherungsrechtlichen) Prüfung einer geringfügig entlohnten Beschäftigung. Der für das Arbeitgeberverfahren beschriebenen Verfahrensweise, dass im Falle der Berücksichtigung des Steuerfreibetrages en bloc eine beitrags- und meldepflichtige Beschäftigung erst vorliegt, wenn dieser ausgeschöpft ist, kommt bei der Feststellung des Gesamteinkommens zum Zwecke der Prüfung der Voraussetzungen der Familienversicherung keine Bedeutung zu.

Beispiel 9

Der Ehepartner eines Mitglieds übt für die Zeit vom 01.05. bis zum 30.09. eine nebenberufliche Beschäftigung als Übungsleiter gegen ein monatliches Arbeitsentgelt von 800,00 EUR aus. Die Voraussetzungen des § 3 Nr. 26 EStG sind erfüllt. Der Arbeitgeber behandelt das Arbeitsentgelt in den ersten drei Monaten im Rahmen der en bloc-Betrachtung des Jahressteuerfreibetrages in Höhe von 2.400,00 EUR steuerfrei.

Das anrechenbare regelmäßige Gesamteinkommen beträgt mtl. 320,00 EUR

(800,00 EUR x 5 – 2.400,00 EUR) : 5

Ergebnis

Das regelmäßige Gesamteinkommen übersteigt die für geringfügig Beschäftigte maßgebende Einkommensgrenze von 450,00 EUR (§ 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 Teilsatz 4 SGB V) nicht. Die Familienversicherung ist möglich. Dem Umstand, dass die geringfügige Beschäftigung erst nach Ausschöpfung des Steuerfreibetrages ab dem vierten Monat (01.08.) vom Arbeitgeber zu melden ist und auch erst von diesem Zeitpunkt an Beitragspflichten entstehen, kommt bei der Feststellung des regelmäßigen Gesamteinkommens keine Bedeutung zu.

2.3.2 Einkünfte aus Kapitalvermögen

Im Rahmen der Einkünfte aus Kapitalvermögen können Alleinstehende einen Sparer-Pauschbetrag nach § 20 Abs. 9 EStG in Höhe von 801,00 EUR, Ehegatten, die zusammen veranlagt werden, einen gemeinsamen Sparer-Pauschbetrag von 1.602,00 Euro einkommensmindernd in Abzug bringen. Der Abzug der tatsächlichen Werbungskosten ist ausgeschlossen.

Durch das Unternehmenssteuerreformgesetz 2008 wurde ein gesonderter Steuertarif für Einkünfte aus Kapitalvermögen eingeführt. Danach unterliegen die Kapitalerträge im Regelfall dem besonderen Steuersatz von 25 Prozent (vgl. § 32d Abs. 1 Satz 1 EStG) und werden somit dem Wirkungskreis des für alle anderen Einkünfte geltenden progressiven Einkommensteuertarifs entzogen. Die Erhebung des gesonderten Steuersatzes nach § 32d Abs. 1 Satz 1 EStG wird im Regelfall durch Abzug vom Kapitalertrag (Kapitalertragsteuer) nach § 43 Abs. 1 EStG umgesetzt. Mit dem Einbehalt der Kapitalertragsteuer gilt die Einkommensteuer als abgegolten (vgl. § 43 Abs. 5 Satz 1 EStG), sofern es sich nicht um die Sachverhalte im Sinne des § 32d Abs. 2 EStG handelt oder die Einkünfte einer anderen Einkunftsart zugerechnet werden (§ 43 Abs. 5 Satz 2 EStG). In diesem Zusammenhang wird von einer sog. Abgeltungsteuer gesprochen, weil die Kapitaleinkünfte nicht erklärt werden müssen und die Einnahmen grundsätzlich nicht mehr im Rahmen der Veranlagung berücksichtigt werden. Nach § 25 Abs. 1 EStG werden nach § 43 Abs. 5 EStG abgegoltene Kapitalerträge nicht in das zu versteuernde Einkommen einbezogen und daher in dem Einkommensteuerbescheid auch nicht in der Summe der Einkünfte ausgewiesen.

Bei bestimmten Fallkonstellationen werden die Einkünfte aus Kapitalvermögen gleichwohl zur Besteuerung mit dem persönlichen Steuersatz herangezogen und zu den Einkünften bzw. zu der Summe der Einkünfte im Sinne des § 2 Abs. 2 EStG zugerechnet.

Da Einkünfte aus Kapitalvermögen unabhängig von der einkommensteuerrechtlichen Behandlung bei der Ermittlung des Gesamteinkommens zu berücksichtigen sind, ist bei der Ermittlung des Gesamteinkommens eine Erhöhung der Summe der Einkünfte um die nach § 32d Absatz 1 und

nach § 43 Absatz 5 EStG zu versteuernden und ggf. gesondert ausgewiesenen Beträge vorzunehmen (vgl. Abschnitt 2.2).

2.3.3 Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung

Bei den Einkünften aus Vermietung und Verpachtung können sämtliche Aufwendungen abgesetzt werden, die durch die mit dieser Einkunftsart verbundenen wirtschaftlichen Tätigkeiten veranlasst sind. Dazu gehören insbesondere Betriebskosten aller Art, Geldbeschaffungskosten, Versicherungsbeiträge und der Erhaltungsaufwand, soweit sich diese Ausgaben auf das Gebäude beziehen und der Einkommenserzielung in dieser Einkunftsart dienen.

Zur Ermittlung der Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung sind die steuerlichen Vergünstigungen nach § 10e EStG sowie die normalen Abschreibungen nach § 7 Abs. 1 in Verbindung mit Abs. 4 ff. EStG abzugsfähig.

Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung sind in aller Regel dem maßgeblichen Einkommensteuerbescheid zu entnehmen.

2.3.4 sonstige Einkünfte

Zu den sonstigen Einkünften im Sinne des § 22 EStG gehören unter anderem Einkünfte aus Leibrenten (vgl. Ausführungen zu 2.3.4.1), Einkünfte aus Unterhaltsleistungen (vgl. Ausführungen zu 2.3.4.2), Einkünfte aus privaten Veräußerungsgeschäften, Einkünfte aus sonstigen Leistungen (z. B. Einkünfte aus gelegentlichen Vermittlungen und aus der Vermietung beweglicher Gegenstände) und Einkünfte aus Abgeordnetenbezügen.

2.3.4.1 Einkünfte aus Leibrenten

Leibrenten (regelmäßig wiederkehrende Bezüge, deren Zahlungswiederholung von der Lebenszeit der Begünstigten abhängig ist) und andere Leistungen, die aus der gesetzlichen Rentenversicherung, aus der Alterssicherung der Landwirte, aus berufsständischen Versorgungseinrichtungen und aus privaten kapitalgedeckten Leibrentenversicherungen erbracht werden, gehören nach § 22 Nr. 1 EStG steuerrechtlich zu den sonstigen Einnahmen. Zu den Leibrenten und anderen Leistungen im vorstehenden Sinne zählen nicht nur Renten wegen Alters, sondern auch solche, die wegen einer Einschränkung der Erwerbsfähigkeit oder zur Hinterbliebenenversorgung erzielt werden.

Bezüge aus betrieblichen Pensionskassen, die ganz oder teilweise auf früheren Beiträgen des Arbeitnehmers beruhen und Veräußerungsrenten, die aus dem Verkauf eines Hauses oder Betriebes

herrühren (Verkauf auf Rentenbasis), zählen ebenfalls zu den sonstigen Einkünften im Sinne des § 22 Nr. 1 EStG.

Renten sind aufgrund ausdrücklicher gesetzlicher Bestimmung in § 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 Teilsatz 3 SGB V bzw. § 25 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 Teilsatz 3 SGB XI mit ihrem Zahlbetrag und nicht mit dem steuerpflichtigen Betrag zu berücksichtigen. Diese Sonderregelung für Renten geht der allgemeinen Vorschrift über die Berücksichtigung des Gesamteinkommens im Sinne des § 16 SGB IV mit seiner engen Bezugnahme auf das Steuerrecht vor (BSG, Urteile vom 10.03.1994 - 12 RK 4/92 -, USK 9430 und vom 25.01.2006 - B 12 KR 10/04 R -, USK 2006-1).

Das bedeutet, dass nicht nur die Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und die Versorgungsbezüge im Sinne des § 229 SGB V, sondern auch Renten aus privaten Rentenversicherungen in Höhe des Zahlbetrags als Gesamteinkommen zu berücksichtigen sind. Unerheblich ist, ob die Rentenleistung auf der Grundlage einer aufgeschobenen Rentenversicherung oder einer nach Zahlung eines Einmalbetrages sofort beginnenden privaten Rentenversicherung erbracht wird.

Unter Zahlbetrag der Rente ist der - unter Anwendung aller Versagens - oder Nichtleistungsvorschriften - zur Auszahlung gelangende Betrag zu verstehen. Mithin sind auch keine Werbungskosten abzuziehen. Rentenleistungen, die auf Höherversicherungsbeiträgen nach § 280 SGB VI beruhen, werden berücksichtigt. Der Beitragszuschuss des Rentenversicherungsträgers nach § 106 SGB VI zählt dagegen nicht zum Gesamteinkommen. Rentenbeträge, die an Dritte abgezweigt werden, führen - ebenso wie die von den Rentnern zur Kranken- und Pflegeversicherung zu entrichtenden Beiträge - nicht zu einer Minderung des Zahlbetrages. Auch Abzweigungsbeträge, die z. B. auf eine Aufrechnung, Verrechnung, Abtretung oder Pfändung zurückzuführen sind, mindern den Zahlbetrag der Rente bei der Feststellung des Gesamteinkommens nicht.

Der vollständige oder teilweise Verzicht auf eine in- oder ausländische Rente mit dem Ziel, die Einkommensgrenze nach § 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V zu unterschreiten, ist unwirksam (§ 46 Abs. 2 SGB I). Im Gegensatz dazu ist die Wahl, eine Altersrente nicht in voller Höhe sondern als Teilrente in Anspruch zu nehmen (§ 42 Abs. 2 SGB VI), kein Verzicht im Sinne des § 46 SGB I. Soweit Angehörige durch die Ausübung dieses Wahlrechts die Einkommensgrenze nach § 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V unterschreiten, ist die Familienversicherung möglich, sofern die weiteren Voraussetzungen erfüllt werden.

In den Fällen, in denen der monatliche Zahlbetrag einer rückwirkend zugebilligten Rente (bzw. einer der zuvor genannten anderen Leistung) 1/7 der monatlichen Bezugsgröße überschreitet, ist ein rückwirkender Wegfall des Anspruchs auf Familienversicherung ausgeschlossen. Die Familienversicherung endet mit dem Tag vor dem Beginn der regelmäßigen Rentenzahlung.

Abfindungen von Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und von Versorgungsbezügen aufgrund der Beamten-Gesetze sind steuerfrei nach § 3 Nr. 3 EStG und daher nicht als Gesamteinkommen zu berücksichtigen. Die sich aus den Abfindungen eventuell ergebenden Einnahmen (z. B. Einkünfte aus Kapitalvermögen) zählen hingegen zum Gesamteinkommen.

Da bei der Ermittlung des zulässigen Gesamteinkommens bei Renten nur der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt wird (§ 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 Teilsatz 3 SGB V), ist damit ausreichend klar geregelt, dass weder der Betrag der Rente, der auf dem (pauschalen) Zuschlag an Entgeltpunkten für die Kindererziehung in den Bestandsrentenfällen beruht, noch der Betrag, der sich aus den Entgeltpunkten aufgrund der erweiterten Anrechnung von Kindererziehungszeiten ergibt, bei der Ermittlung des relevanten Gesamteinkommens heranzuziehen ist und mithin auch nicht zum Ausschluss der Familienversicherung führen kann.

2.3.4.2 Einkünfte aus Unterhaltsleistungen

Unterhaltsleistungen, die bei bestehender Familiengemeinschaft im Rahmen der Unterhaltsberechtigung/-verpflichtung nach dem BGB für Ehegatten und Kinder bzw. nach dem LPartG für Lebenspartner und Kinder erbracht werden, zählen nicht zum Gesamteinkommen des Familienangehörigen. Dies gilt grundsätzlich auch für Unterhaltszahlungen des Versicherten an getrennt lebende Ehegatten/Lebenspartner im Sinne des LPartG, d. h. die Einnahme wird nicht bei dem getrennt lebenden Ehegatten/Lebenspartner im Sinne des LPartG berücksichtigt. Unterhaltszahlungen von Eltern an ihre studierenden Kinder mit eigener Wohnung zählen unabhängig von deren Höhe ebenfalls nicht zum Gesamteinkommen des Kindes.

Allerdings hat das BSG mit Urteil vom 03.02.1994 - 12 RK 5/92 -, USK 9433, entschieden, dass Unterhaltszahlungen an den dauernd getrennt lebenden, unbeschränkt einkommensteuerpflichtigen Ehegatten im Falle des begrenzten Realsplittings (Absetzung als Sonderausgabe durch den Geber, Versteuerung als sonstige Einnahme durch den Empfänger) für den Empfänger echte einkommensteuerpflichtige Einnahmen im Sinne des § 2 Abs. 1 Satz 1 Nr. 7 in Verbindung mit § 22 Satz 1 Nr. 1a EStG darstellen.

Im Hinblick auf den Wortlaut des § 16 SGB IV ist die Unterhaltszahlung insofern bei der Ermittlung des Gesamteinkommens zu berücksichtigen; der Werbungskostenpauschbetrag ist abzugsfähig. Das Einkommen des Gebers vermindert sich nicht um die Unterhaltszahlungen.

2.4 Gewinnermittlung bei Einkunftsarten aus selbstständiger Tätigkeit

Der Begriff der selbstständigen Tätigkeit in § 15 SGB IV umfasst alle typischerweise mit persönlichem Einsatz verbundenen Einkunftsarten; das sind im Sinne des Steuerrechts Einkünfte aus

- Land- und Forstwirtschaft,
- Gewerbebetrieb,
- selbstständiger Arbeit.

Während das Steuerrecht bei diesen Einkunftsarten vom Gewinn spricht, verwendet § 15 Abs. 1 SGB IV bei den Einkünften aus selbstständiger Tätigkeit den Begriff "Arbeitseinkommen". Inhaltlich sind diese Begriffe aber identisch. Das Arbeitseinkommen entspricht damit dem steuerrechtlichen Gewinn; dieser wird unverändert aus dem Steuerbescheid des Selbständigen übernommen. Für die Bestimmung, welches Einkommen als Arbeitseinkommen zu werten ist, ist nach § 15 Abs. 1 Satz 2 SGB IV das Einkommensteuerrecht maßgebend. Damit wird eine volle Parallelität von Einkommensteuerrecht und Sozialversicherungsrecht sowohl bei der Zuordnung zum Arbeitseinkommen als auch bei der Höhe des Arbeitseinkommens erreicht.

Als Gewinn bezeichnet das EStG bei Bilanzpflichtigen den Unterschiedsbetrag zwischen dem Betriebsvermögen am Schluss des Wirtschaftsjahres und dem Betriebsvermögen am Schluss des vorangegangenen Wirtschaftsjahres, vermehrt um den Wert der Entnahmen und vermindert um den Wert der Einlagen (§ 4 Abs. 1 EStG). Steuerpflichtige, die nicht bilanzpflichtig sind, können als Gewinn den Überschuss der Betriebseinnahmen über die Betriebsausgaben ansetzen (§ 4 Abs. 3 EStG).

Bei Landwirten, deren Gewinn nach § 13a EStG ermittelt wird (nicht buchführende Betriebe = Gewinnermittlung nach Durchschnittssätzen), ist als Arbeitseinkommen der sich aus § 32 Abs. 6 des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte (ALG) i. V. m. der jeweils geltenden Arbeitseinkommenverordnung Landwirtschaft (AELV) ergebende Wert anzusetzen (§ 15 Abs. 2 SGB IV).

2.5 Einkünfte aus dem Ausland

Bei der Feststellung des Gesamteinkommens im Rahmen der Prüfung der Voraussetzungen der Familienversicherung ist Einkommen unabhängig davon, ob es dem deutschen Einkommensteuerrecht unterliegt, als Gesamteinkommen zu berücksichtigen. Entscheidend für die Berücksichtigung von ausländischem Einkommen ist, dass dieses Einkommen nach seinem Charakter einer der in § 2 Abs. 1 Nr. 1 bis 7 EStG genannten Einkunftsarten entspricht. Diese gleiche Heranziehung von in- und ausländischen Einkommen verlangt ferner, dass grundsätzlich die gleichen Abzugsbeträge (z. B. Werbungskosten-Pauschbetrag für Arbeitnehmer) in Ansatz zu bringen sind, wie sie das deutsche Einkommensteuerrecht zur Ermittlung der Einkünfte im Sinne des § 2 Abs. 2 EStG vorsieht. Dies gilt sowohl für die Feststellung des Gesamteinkommens des Familienangehörigen im Rahmen des § 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V bzw. § 25 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB XI als auch

für die Feststellung des Gesamteinkommens der Eltern eines Kindes im Rahmen des § 10 Abs. 3 SGB V bzw. § 25 Abs. 3 SGB XI.

Sofern ausländisches Einkommen nicht in Euro gewährt wird, gelten hinsichtlich der Währungs-umrechnung die Ausführungen in den Grundsätzlichen Hinweisen zu den versicherungs-, beitrags- und melderechtlichen Regelungen für Versorgungsbezüge, Arbeitseinkommen und gesetzliche Renten aus dem Ausland bei Versicherungspflichtigen in der jeweils aktuellen Fassung.

2.6 Saldierung von Einkünften

Sofern mehrere Einkommensquellen unterschiedlicher Einkunftsarten vorliegen (z. B. Einkünfte aus nichtselbstständiger Arbeit und Einkünfte aus Kapitalvermögen), sind die Summen der Einkünfte der einzelnen Einkunftsquellen zu ermitteln. Die Summe der jeweiligen positiven Einkünfte ist danach um negative Summen der Einkünfte aus anderen Einkunftsarten zu mindern. Die Saldierung ist auf die Einkünfte der zu beurteilenden Person beschränkt.

2.7 Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden

Bei der Feststellung des Gesamteinkommens im Rahmen des § 10 Abs. 3 SGB V bzw. § 25 Abs. 3 SGB XI sind aufgrund höchstrichterlicher Rechtsprechung Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, einkommensmindernd zu berücksichtigen (BSG, Urteil vom 29. Juli 2003 – B 12 KR 16/02 R –, USK 2003-18). Zwar gilt vom Wortlaut und der Systematik des SGB V her die Entscheidung des Gesetzgebers, mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlte Zuschläge unberücksichtigt zu lassen, unmittelbar nur für die Frage der Versicherungsfreiheit nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 letzter Halbsatz SGB V; eine verfassungskonforme Auslegung des § 10 Abs. 3 SGB V gebietet es jedoch, derartige Zuschläge auch im Rahmen der Familienversicherung einkommensmindernd zu berücksichtigen.

2.8 Regelmäßigkeit des Gesamteinkommens

Bei der Prüfung der Frage, ob die maßgebende Gesamteinkommensgrenze (§ 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V bzw. § 25 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB XI oder § 10 Abs. 3 SGB V bzw. § 25 Abs. 3 SGB XI) überschritten wird, ist das regelmäßig im Monat erzielte bzw. zufließende Gesamteinkommen zu berücksichtigen. Für die Feststellung des regelmäßigen Gesamteinkommens sind die Grundsätze, die für Statusentscheidungen im Versicherungsrecht (z. B. für die Beurteilung der Versicherungspflicht oder -freiheit von Beschäftigungsverhältnissen) entwickelt wurden, zu beachten.

Grundsätzlich ist eine vorausschauende Betrachtungsweise angezeigt; dies erfordert eine Prognose unter Einbeziehung der mit hinreichender Sicherheit zu erwartenden Einkommensverhältnisse. In Bezug auf die Bewertung des Arbeitsentgelts aus einer geringfügigen Beschäftigung sind die

Richtlinien für die versicherungsrechtliche Beurteilung von geringfügigen Beschäftigungen (Geringfügigkeits-Richtlinien) in der jeweils aktuellen Fassung entsprechend heranzuziehen.

Im Rahmen der vorausschauenden Betrachtungsweise sind also zunächst die monatlich zufließenden Einkünfte sowie die weiteren, nicht monatlich zufließenden, aber auf den Monat bezogenen regelmäßigen Einkünfte zu berücksichtigen. Einmalige Einnahmen, deren Gewährung mit hinreichender Sicherheit mindestens einmal jährlich zu erwarten ist, sind hiernach bei der Ermittlung des regelmäßigen Gesamteinkommens anteilmäßig mit dem auf den Monat bezogenen Betrag zu berücksichtigen.

Beispiel 10

Der Ehepartner eines Mitglieds arbeitet in einem geringfügigen Beschäftigungsverhältnis gegen ein monatliches Arbeitsentgelt von 410,00 EUR. Außerdem erhält er jeweils im Dezember ein ihm vertraglich zugesichertes Weihnachtsgeld in Höhe von 240,00 EUR. Die Lohnsteuer vom Arbeitsentgelt wird pauschal erhoben.

Das regelmäßig im Monat erzielte Gesamteinkommen ist wie folgt zu ermitteln:

Laufendes Arbeitsentgelt (410,00 EUR x 12 =)	4.920,00 EUR
Weihnachtsgeld	<u>240,00 EUR</u>
Zusammen	5.160,00 EUR
Ein Zwölftel dieses Betrages beläuft sich auf	430,00 EUR.

Ergebnis

Das regelmäßige Gesamteinkommen überschreitet nicht die maßgebende Einkommensgrenze von 450,00 EUR (§ 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 Teilsatz 4 SGB V). Die Familienversicherung kann daher durchgeführt werden.

Ein nur gelegentliches und nicht vorhersehbares Überschreiten der maßgebenden Gesamteinkommensgrenze führt nicht zum Ausschluss der Familienversicherung. Als gelegentlich ist dabei - in analoger Anwendung der für das Überschreiten der Arbeitsentgeltgrenze im Bereich der geringfügig entlohnten Beschäftigung entwickelten Regelung - ein Zeitraum bis zu drei Monaten innerhalb eines Kalenderjahres anzusehen.

Beispiel 11

Der familienversicherte Ehepartner eines Mitglieds arbeitet in einem geringfügigen Beschäftigungsverhältnis gegen ein monatliches Arbeitsentgelt von 450,00 EUR. Ende Juni bittet der Arbeitgeber ihn wider Erwarten, vom 01.07. bis zum 30.09. zusätzlich eine Urlaubsvertretung zu übernehmen. Dadurch erhöht sich das Arbeitsentgelt vom 01.07. bis zum 30.09. auf monatlich 900,00 EUR.

Ergebnis

Das Überschreiten der maßgebenden Einkommensgrenze von 450,00 EUR vom 01.07. bis 30.09. ist für das Fortbestehen der Familienversicherung unschädlich, da es sich lediglich um ein gelegentliches Überschreiten handelt.

Einkünfte, die von vornherein für nicht mehr als drei Monate erzielt werden, sind als unregelmäßig anzusehen und schließen die Familienversicherung nicht aus. Bei Einkünften aus nichtselbstständiger Arbeit oberhalb der Einkommensgrenzen des § 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V gilt die Besonderheit, dass nur bei Arbeitsentgelten, die im Rahmen einer kurzfristigen Beschäftigung im Sinne des § 8 Abs. 1 Nr. 2 SGB IV erzielt werden, eine Regelmäßigkeit generell nicht gegeben ist. Damit ist sichergestellt, dass allein die Ausübung einer versicherungsfreien kurzfristigen Beschäftigung unabhängig von der Höhe des in dieser Zeit erzielten Arbeitsentgelts der Familienversicherung nicht entgegensteht.

Beispiel 12 (Drei Monate)

Der familienversicherte Ehepartner eines Mitglieds nimmt am 01.07. eine bis zum 30.09. befristete Beschäftigung gegen ein monatliches Arbeitsentgelt von 1.500,00 EUR auf.

Ergebnis

Es handelt sich bei dem Arbeitsentgelt (aus der kurzfristigen Beschäftigung) nicht um regelmäßige Einnahmen, so dass die Familienversicherung in der Zeit vom 01.07. bis 30.09. fortbestehen kann.

Beispiel 13 (70 Arbeitstage)

Der familienversicherte Ehepartner eines Mitglieds übt vom 17.03. bis zum 15.06. an 4 Tagen in der Woche eine Beschäftigung aus. Die maßgebliche 70-Arbeitstage-Grenze wird nicht überschritten.

Ergebnis

Bei dem (aus der kurzfristigen Beschäftigung) bezogenen Arbeitsentgelt handelt es sich nicht um regelmäßige Einnahmen, so dass die Familienversicherung in der Zeit vom 17.03. bis 15.06. fortbestehen kann.

Bei den nicht im Rahmen einer kurzfristigen Beschäftigung, sondern aufgrund des Werkstudentenprivilegs nach § 6 Abs. 1 Nr. 3 SGB V versicherungsfreien Arbeitnehmern ist unabhängig von der Dauer der Beschäftigung von einer Regelmäßigkeit des Arbeitsentgelts auszugehen. Dies gilt

auch bei kalenderjahresübergreifenden Beschäftigungen, die - bezogen auf das jeweilige Kalenderjahr - die Grenzen einer kurzfristigen Beschäftigung nicht überschreiten.

Beispiel 14

Ein Student (20-jähriges Kind eines Mitglieds) übt in der Zeit vom 01.11. bis zum 31.01. des Folgejahres eine befristete und nach § 6 Abs. 1 Nr. 3 SGB V versicherungsfreie Beschäftigung aus. Das Arbeitsentgelt aus dieser Beschäftigung beträgt mtl. 1.200,00 EUR. Im Laufe des Kalenderjahres wurde bereits in der Zeit vom 15.02. bis 31.03. eine kurzfristige Beschäftigung ausgeübt.

Ergebnis

Die Beschäftigung vom 01.11. bis 31.01. des Folgejahres erfüllt die Voraussetzungen einer kurzfristigen Beschäftigung im Sinne des § 8 Abs. 1 Nr. 2 SGB IV aufgrund der anrechenbaren Vorbeschäftigung (15.02. bis 31.03.) nicht. Das Arbeitsentgelt aus der Beschäftigung vom 01.11. bis 31.01. des Folgejahres ist daher als regelmäßige Einnahme anzusehen, ungeachtet dessen, dass der Zeitraum, in dem das Arbeitsentgelt erzielt wird, für sich betrachtet nicht mehr als drei Monate beträgt. Die Familienversicherung ist in der Zeit vom 01.11. bis 31.01. des Folgejahres nicht möglich.

Unterliegt das Einkommen Schwankungen, so ist das regelmäßige Gesamteinkommen im Wege der Schätzung - ggf. unter Berücksichtigung des letzten Jahreseinkommens - zu ermitteln. Ändern sich die maßgebenden Einkommensverhältnisse nicht nur vorübergehend, so ist das auf den Monat bezogene Einkommen neu festzustellen (BSG, Urteil vom 04.06.1981 - 3 RK 5/80 -, USK 81134).

Zur Bestimmung des Arbeitseinkommens aus selbstständiger Tätigkeit im Zusammenhang mit der Feststellung des regelmäßigen Gesamteinkommens ist auf den letzten (aktuellen) Einkommensteuerbescheid zurückzugreifen. Die daraus hervorgehenden Angaben sind vom Beginn des auf die Ausstellung des Steuerbescheides folgenden Monats an zu berücksichtigen. Änderungen des Arbeitseinkommens wirken sich dementsprechend erst dann (zeitverschoben) aus, wenn der nächste (aktuelle) Einkommensteuerbescheid ausgestellt wird. Hiervon abweichend sind wesentliche Änderungen der Einkommensverhältnisse auch vor Ausstellung des nächsten Einkommensteuerbescheides zu berücksichtigen. Dabei ist eine wesentliche Änderung der Verhältnisse an der Differenz zwischen dem bisher zugrunde gelegten und dem aktuell nachgewiesenen Arbeitseinkommen festzumachen. In Anlehnung an die Regelung zur unverhältnismäßigen Belastung nach § 6 Abs. 3a der Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler ist von einer wesentlichen Änderung der Verhältnisse, die zu einer Neubestimmung des regelmäßigen Gesamteinkommens führt, dann auszugehen, wenn das aktuell nachgewiesene Arbeitseinkommen um mehr als ein Viertel des über den Einkommensteuerbescheid zuletzt festgestellten Arbeitseinkommens reduziert ist.

Bei schwankenden Einnahmen - wie bei Einkünften aus selbstständiger Tätigkeit oder aus Kapitalvermögen typisch - ist für die Feststellung, ob ein Gesamteinkommen „regelmäßig im Monat“ überschritten wird, vom gezwölfelten Jahreseinkommen auszugehen (BSG, Urteil vom 07.12.2000 - B12 KR 3/99 R -, USK 2000-64).

Bei einmaligen Kapitalleistungen sowohl aus einer betrieblichen als auch aus einer privaten Altersversorgung sowie Einkünften aus privaten Veräußerungsgeschäften handelt es sich nicht um ein regelmäßiges Einkommen im Sinne des § 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V und demzufolge nicht um Gesamteinkommen, und zwar, unabhängig von der Frage, ob und in welchem Umfang es sich dabei um Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts und damit um Gesamteinkommen handelt. Gleiches gilt auch für Abfindungen (einschl. Rückkauf) aus einer privaten Renten- oder Lebensversicherung.

3 Zurechnung von Einkünften

3.1 Allgemeines

Für die persönliche Zurechnung von Einkünften ist maßgebend, welche Person sie im Sinne des § 2 Abs. 1 Satz 1 EStG „erzielt“ hat. Danach sind Einkünfte demjenigen zuzurechnen, der wirtschaftlich diejenigen Leistungen, durch die der Tatbestand der Einkünfterzielung verwirklicht wird, bewirkt. Bei Ehegatten spielt für die Zurechnung bestimmter Einkunftsarten auch der eheliche Güterstand eine wesentliche Rolle.

Mit dem in § 16 SGB IV definierten Begriff des Gesamteinkommens wird eine volle Parallelität zwischen Steuerrecht und Sozialversicherungsrecht hergestellt. Für die Zurechnung von Einkünften ist deshalb grundsätzlich auf den Einkommensteuerbescheid abzustellen.

3.2 Einkünfte aus selbstständiger und nicht selbstständiger Arbeit, sonstige Einkünfte

Einkünfte aus selbstständiger und nichtselbstständiger Arbeit sind ausnahmslos demjenigen zuzurechnen, der die Erwerbstätigkeit, mit der diese Einkünfte erzielt werden, ausübt. Dieser Grundsatz gilt auch bei Ehegatten, und zwar unabhängig vom Güterstand. Selbst bei vereinbarter Gütergemeinschaft sind die Einkünfte aus selbstständiger und nichtselbstständiger Arbeit nicht schon deshalb beiden Ehegatten je zur Hälfte zuzurechnen, weil sie rechtlich betrachtet ins Gesamtgut fallen. Entscheidend ist auch hier vielmehr, wer diese Einkünfte erzielt hat.

Entsprechendes gilt für sonstige Einkünfte im Sinne des § 2 Abs. 1 Satz 1 Nr. 7 und § 22 EStG mit der Maßgabe, dass diese Einkünfte unabhängig vom Güterstand der Ehegatten und unabhängig von der Einkommensteuerpflicht des Gebers dieser Einkünfte dem betreffenden Ehegatten zuzurechnen sind.

Einkünfte aus selbstständiger und nicht selbstständiger Arbeit sind grundsätzlich nur für den Zeitraum, in dem sie erzielt werden, als Gesamteinkommen anrechenbar. Das aus einer versicherungspflichtigen Beschäftigung, die zum Ausschluss der Familienversicherung nach § 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V führt, erzielte Arbeitsentgelt strahlt insofern nicht auf die sich an das Ende der Beschäftigung anschließende beschäftigungslose Zeit aus, selbst wenn sich Beschäftigungen von kurzer Dauer und anschließende beschäftigungslose Zeiten, in denen eine Familienversicherung in Betracht kommt, häufig wiederholen.

3.3 Einkünfte aus Gewerbebetrieb, Land- und Forstwirtschaft

Bei einem auf den Namen eines Ehegatten geführten Gewerbebetrieb sind die Einkünfte bei der Ermittlung des Gesamteinkommens grundsätzlich nur diesem Ehegatten, bei einem auf den Namen beider Ehegatten geführten Gewerbebetrieb den Ehegatten je zur Hälfte zuzurechnen, da hier im Grundsatz Alleinunternehmerschaft eines Ehegatten bzw. Mitunternehmerschaft beider Ehegatten vorliegt.

Darüber hinaus ist für die Annahme einer steuerrechtlichen Mitunternehmereigenschaft ein zivilrechtliches Gesellschaftsverhältnis weder erforderlich noch genügend; Mitunternehmer ist vielmehr, wer eine gewisse Unternehmerinitiative entfalten kann und ein Unternehmerrisiko trägt.

Dem muss nicht entgegenstehen, dass nur einer der beiden Ehegatten nach außen auftritt. Kommt danach eine Mitunternehmerschaft in Betracht, sind die Einkünfte gleichfalls je zur Hälfte zuzurechnen.

Abweichend hiervon können die Ehegatten durch Vereinbarung eine andere Beteiligungsregelung treffen. Dies gilt jedenfalls für den Fall einer bestehenden Zugewinnngemeinschaft und für den Güterstand der Gütertrennung.

Bei einer vereinbarten Gütergemeinschaft ist grundsätzlich eine Mitunternehmerschaft der Ehegatten anzunehmen, wenn ein Gewerbebetrieb zum Gesamtgut gehört - unabhängig davon, dass nur einer der Ehegatten nach außen auftritt -. Hier ergibt sich die Mitunternehmerschaft des anderen Ehegatten aus den ihm bei der Gütergemeinschaft zustehenden Mitwirkungs- und Kontrollrechten. In diesem Falle sind den Ehegatten die Einkünfte je zur Hälfte zuzurechnen. Für eine abweichende Beteiligungsregelung ist - anders als bei einer Zugewinnngemeinschaft oder bei Gütertrennung - grundsätzlich kein Raum.

Allerdings wird eine Mitunternehmerschaft nicht anzunehmen sein, wenn im Gewerbebetrieb kein nennenswertes, ins Gesamtgut fallendes Kapital eingesetzt wird, sondern die persönliche Leistung

eines Ehegatten überwiegt (BSG, Urteile vom 10.11.1982 - 11 RK 1/82 -, USK 82209, - 11 RK 2/82 -, USK 82215).

Gehört der Gewerbebetrieb bei bestehender Gütergemeinschaft allerdings zum Sonder- bzw. Vorbehaltsgut eines Ehegatten, finden die vorstehenden Grundsätze zur Gütergemeinschaft keine Anwendung. Vielmehr wird hier der betreffende Ehegatte regelmäßig als Alleinunternehmer anzusehen sein, sofern nicht nach allgemeinen Grundsätzen Mitunternehmerschaft beider Ehegatten vorliegt.

Die vorstehenden Grundsätze gelten grundsätzlich auch für die Zuordnung von Einkünften aus Land- und Forstwirtschaft.

Dabei besteht für den im Rahmen einer Gütergemeinschaft errichteten Land- bzw. Forstwirtschaftsbetrieb eine Besonderheit darin, dass dieser weitgehend auf dem ins Gesamtgut fallenden Kapital - bzw. Vermögenseinsatz beruht, nicht jedoch auf der persönlichen Leistung eines Ehegatten, dem gegebenenfalls die Einkünfte allein zuzurechnen wären. Vielmehr bleibt es hier ohne Ausnahme bei der Teilung der Einkünfte. Ausnahmeregelungen können die Ehegatten insoweit nur bei einer Zugewinnngemeinschaft oder für den Fall der Gütertrennung vornehmen.

Dies gilt jedoch nicht für die Familienversicherung nach § 7 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte (KVLG 1989) in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung.

3.4 Einkünfte aus Kapitalvermögen, Vermietung und Verpachtung

Während die Zurechnung von Kapitalerträgen im Allgemeinen der wirtschaftlichen Inhaberschaft an dem zugrunde liegenden Kapitalvermögen folgt, ist für die Zurechnung von Einkünften aus Vermietung und Verpachtung nicht maßgeblich, ob der Steuerpflichtige rechtlicher oder wirtschaftlicher Eigentümer des Mietobjekts ist und wem letztlich das wirtschaftliche Ergebnis der Vermietung zugutekommt. Entscheidend ist vielmehr, wer den Tatbestand der Erzielung von Einkünften aus Vermietung und Verpachtung verwirklicht. Das ist derjenige, der die rechtliche oder tatsächliche Macht hat, eines der in § 21 Abs. 1 EStG genannten Wirtschaftsgüter anderen entgeltlich auf Zeit zur Nutzung zu überlassen; er muss Vermieter oder Verpächter und damit Träger der Rechte und Pflichten aus dem Mietvertrag oder Pachtvertrag sein.

Sofern und soweit Ehegatten steuerrechtlich ein Dispositionsrecht hinsichtlich der Zuordnung der Einkünfte eingeräumt ist, gilt diese Zurechnung dann aber auch auf jeden Fall für die Feststellung des Gesamteinkommens im Rahmen der Familienversicherung. Die Regelung bezüglich der Zurechnung der Einkünfte gilt allerdings nur im Falle der Zugewinnngemeinschaft nach § 1363 BGB sowie für den Güterstand der Gütertrennung, soweit Einkünfte nach den obengenannten Voraus-

setzungen aus einem gemeinschaftlichen Vermögensgegenstand erzielt werden. Bei einer vereinbarten Gütergemeinschaft sind diese Einkünfte hingegen ausschließlich beiden Ehegatten je zur Hälfte zuzurechnen, da es sich um Einkünfte aus einem ins Gesamtgut fallenden Vermögensgegenstand handelt (BSG, Urteile vom 10.11.1982 - 11 RK 1/82 -, USK 82209, - 11 RK 2/82 -, USK 82215).

4 Kindererziehungsleistungen an Mütter

Bei der Leistung für Kindererziehung gemäß §§ 294, 294 a SGB VI handelt es sich um keine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung (im Gegensatz zu den Rentenleistungen für Kindererziehungszeiten, vgl. Ausführungen zu 2.3.4.1), sondern eine von der gesetzlichen Rentenversicherung zu erbringende Leistung besonderer Art. Rechtlich ist diese Leistung auch kein Bestandteil der Rente. Da diese Leistung steuerfrei ist, rechnet sie nicht zum Gesamteinkommen.

5 Pflegeleistungen/-gelder

5.1 Leistungen bei Pflegebedürftigkeit (§§ 36 ff. SGB XI, § 35 BVG, § 44 SGB VII, § 64a SGB XII)

Nach § 13 Abs. 5 SGB XI bleiben die Leistungen der Pflegeversicherung als Einkommen bei Sozialleistungen, deren Gewährung von anderen Einkommen abhängig ist, unberücksichtigt.

Dies hat zur Folge, dass die Leistungen nach den §§ 36 ff. SGB XI nicht zum Gesamteinkommen zählen. Entsprechendes gilt auch für Leistungen aus einer privaten Pflegeversicherung sowie für Geldleistungen bei Pflegebedürftigkeit nach § 44 SGB VII, § 64a SGB XII und § 35 BVG.

Eine Entschädigung, die eine nicht erwerbsmäßig tätige Pflegeperson für ihre Tätigkeit von den Pflegebedürftigen erhält, wird insoweit nicht berücksichtigt, als sie das Pflegegeld im Sinne der vorgenannten Vorschriften nicht übersteigt.

5.2 Pflegegeld für eine Kinderbetreuung im Rahmen der Tagespflege

Bei der eigenverantwortlich ausgeübten Kindertagespflege handelt es sich in der Regel um eine selbstständige Tätigkeit. Die hieraus erzielten Einkünfte (Geldleistungen) sind als Einkünfte aus selbstständiger Arbeit im Sinne des § 2 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 in Verb. mit § 18 EStG zu qualifizieren und zählen grundsätzlich zum Gesamteinkommen. Dies gilt unabhängig von der Anzahl der betreuten Kinder und von der Herkunft der vereinnahmten Mittel. Bei der Ermittlung der Höhe der Einkünfte ist auf den im Einkommensteuerbescheid ausgewiesenen Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit abzustellen. Sofern ein Einkommensteuerbescheid noch nicht vorliegt, gelten die nachfolgenden Grundsätze:

Neben den laufenden Geldleistungen, die eine Tagespflegeperson erhält und die neben der Erstattung des Sachaufwandes (§ 23 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB VIII) die Förderleistung anerkennen soll (§ 23 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB VIII), gehören auch die Erstattung nachgewiesener Aufwendungen für Beiträge zu einer Unfallversicherung, hälftig die Erstattung nachgewiesener Aufwendungen zu einer angemessenen Alterssicherung (§ 23 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB VIII) sowie die Hälfte der Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge, die vom Träger der Jugendhilfe erstattet werden (§ 23 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 SGB VIII), zu den steuerrechtlich als Einkünfte aus selbstständiger Arbeit im Sinne des § 2 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 in Verb. mit § 18 EStG qualifizierten Einnahmen.

Nach § 3 Nr. 9 EStG sind die Erstattungen nach § 23 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 und 4 SGB VIII (Beiträge zur Unfallversicherung sowie hälftig Aufwendungen für die Alterssicherung und für die Krankheitsvorsorge) jedoch steuerfrei. Die Steuerfreiheit mindert damit die grundsätzlich steuerbaren Einkünfte aus selbstständiger Arbeit. Dementsprechend sind die steuerfreien Erstattungsbeträge bei der Feststellung des Gesamteinkommens nicht zu berücksichtigen.

Bei der Ermittlung der Einkünfte aus selbstständiger Arbeit sind nachgewiesene Betriebsausgaben abzuziehen. Aus Vereinfachungsgründen wird zugelassen, dass anstelle der tatsächlichen Betriebsausgaben von den erzielten Einnahmen 300,00 EUR je Kind und Monat (bei einer Betreuungszeit von mindestens 8 Stunden pro Kind und Tag) pauschal als Betriebsausgaben abgezogen werden. Bei einer geringeren Betreuungszeit ist die Betriebsausgabenpauschale anteilig zu kürzen (BMF-Schreiben vom 17.12.2007, BStBl I 2008 S. 17).

5.3 Pflegegeld für eine Kinderbetreuung im Rahmen der Vollzeitpflege

Die an Personen, die ein fremdes Kind im Rahmen der Vollzeitpflege nach § 33 SGB VIII versorgen und erziehen, aus öffentlichen Mitteln gezahlten finanziellen Leistungen nach § 39 Abs. 1 bis 3 SGB VIII, welche die materiellen Aufwendungen und die Kosten der Erziehung abdecken, sind steuerfreie Beihilfen im Sinne des § 3 Nr. 11 EStG, sofern die Pflege nicht erwerbsmäßig betrieben wird. Die Geldleistungen zählen demnach nicht zum Gesamteinkommen (BMF-Schreiben vom 20.11.2007, BStBl I 2007 S. 824).

Die nach § 39 Abs. 4 Satz 2 SGB VIII nachgewiesenen Aufwendungen für Beiträge zu einer Unfallversicherung sowie die hälftigen nachgewiesenen Aufwendungen zu einer angemessenen Alterssicherung, die vom Träger der Jugendhilfe erstattet werden, sind nach § 3 Nr. 9 bzw. 11 EStG steuerfrei und zählen somit ebenfalls nicht zum Gesamteinkommen.

Leistungen, die aus öffentlichen Mitteln der Jugendhilfe für die Aufnahme von Pflegepersonen in einen Haushalt über Tag und Nacht als Vollzeitpflege nach § 33 SGB VIII gewährt werden, stellen

steuerfreie Beihilfen nach § 3 Nr. 11 EStG dar und zählen demzufolge nicht zum Gesamteinkommen (vgl. BFH-Urteil vom 05.11.2014 - VIII R 29/11, BStBl. II 2017, S. 432).

Die an Bereitschaftspflegepersonen gezahlten so genannten Platzhaltekosten und Bereitschaftsgelder, die unabhängig von der tatsächlichen Aufnahme von Kindern geleistet werden, sind steuerpflichtig nach § 18 Abs. 1 Nr. 1 EStG und zählen demnach zum Gesamteinkommen.

Anlage Alphabetische Auflistung und Zuordnung der Einkunftsarten

Einkunftsart	Textziffer	Rechtsgrundlage	Gesamteinkommen
A			
Abfindung aus privater Lebensversicherung	2.3.4.1	-	nein
Abfindung (Entlassungsentschädigung) bei Beendigung des Arbeits- oder Dienstverhältnisses	2.3.1.1	-	ja, bei monatlicher Auszahlung, einmalig oder in Teilbeträgen ausgezahlte Abfindungen
Abfindung von Versorgungsbezügen aufgrund der Beamtengesetze	2.3.4.1	§§ 21, 48 Abs. 1 BeamtVG, §§ 28 - 35, 38 Abs. 1 SVG	nein
Abfindung von Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung	2.3.4.1	§ 107 SGB VI	nein
Abfindung von Renten aus der gesetzlichen Unfallversicherung		§ 80 SGB VII i. V. m. § 3 Nr. 1 Buchst. a EStG	nein
Altersmehrbedarf		§ 30 Abs. 1 Nr. 1 SGB XII	nein
Anpassungsgeld im Bergbau		APG-Richtlinien	nein
Arbeitnehmersparzulage		5. VermBG	nein (BSG, Urteil vom 22.07.1981 - 3 RK 7/80 -, USK 81123)
Arbeitseinkommen		§ 15 SGB IV	ja
Arbeitsentgelt		§ 14 SGB IV i. V. m. SvEV	ja
Arbeitsentgelt aus nebenberuflicher Tätigkeit (z. B. Ausbilder, Betreuer, Erzieher, Übungsleiter oder vergleichbare Tätigkeiten)		§ 14 SGB IV i. V. m. § 1 Abs. 1 Satz 1 Nr. 16 SvEV und § 3 Nr. 26a EStG	ja, soweit steuerpflichtig (über 2.400,00 EUR jährlich)
Arbeitsförderungsgeld		§ 59 SGB IX	nein
Arbeitslosenbeihilfe		§ 86a SVG	nein

Grundsätzliche Hinweise des GKV-Spitzenverbandes

Gesamteinkommen im Rahmen der Prüfung der Voraussetzungen der Familienversicherung

vom 12. Juni 2019

Einkunftsart	Textziffer	Rechtsgrundlage	Gesamteinkommen
Arbeitslosengeld, Teilarbeitslosengeld		§§ 136, 162 SGB III	nein
Arbeitslosengeld II		§ 19 SGB II	nein
Asylbewerberleistungsgesetz, Grundleistungen nach dem -		§ 3 AsylbLG	nein
Aufstiegsfortbildungsförderungsgesetz, Leistungen nach dem -		AFBG	nein
Aufstockungsbeträge bei Altersteilzeit		§ 3 Abs. 1 Nr. 1 Buchst. a AtG	nein
Aufwandsentschädigung für ehrenamtliche Tätigkeit		-	ja, soweit steuerpflichtig
Aufwendungsersatz für Betreuer		§ 1835 BGB	nein
Ausbildungsbeihilfe der Telekom während eines Berufsgrundbildungsjahres		-	nein
Ausbildungsgeld		§ 122 SGB III	nein
Ausbildungsvergütung		BBiG	ja
Ausgleichsgeld		§§ 9, 10 FELEG	nein
Ausgleichsleistungen für Opfer politischer Verfolgung im Beitrittsgebiet		§ 8 BerRehaG	nein
Ausgleichsleistungen nach dem Lastenausgleichsgesetz		§§ 243 ff. LAG	nein
Ausgleichsrente		§§ 32, 41, 43, 47 BVG	nein
Au-pair-Tätigkeit, Bezüge aus (Unterkunft, Verpflegung, Taschengeld)		BFH-Urteil vom 27.10.2004 – VIII R 8/04	nein
B			
BAföG		§§ 11 ff. BAföG	nein
Barbetrag bei Heimunterbringung		§ 27b Abs. 2 SGB XII	nein
Baukindergeld		§ 34f EStG	nein
Beihilfe zum Versorgungskrankengeld		§ 17 BVG	nein

Grundsätzliche Hinweise des GKV-Spitzenverbandes

Gesamteinkommen im Rahmen der Prüfung der Voraussetzungen der Familienversicherung

vom 12. Juni 2019

Einkunftsart	Textziffer	Rechtsgrundlage	Gesamteinkommen
Beihilfen in Krankheits-, Geburts- und Todesfällen		BhV des Bundes bzw. der Länder	nein
Beitragszuschuss des Arbeitgebers zur Kranken- und Pflegeversicherung		§ 257 SGB V, § 61 SGB XI	nein
Beitragszuschuss zum Beitrag zur Alterssicherung der Landwirte		§ 32 ALG	nein
Beitragszuschüsse von der Rentenversicherung für freiwillig versicherte Rentenbezieher zur Krankenversicherung		§ 106 SGB VI	nein
Bekleidungs-geld		§ 15 BVG, § 27b Abs. 2 SGB XII	nein
Berufsausbildungsbeihilfe für Behinderte		§ 115 Nr. 2 SGB III	nein
Berufsausbildungsbeihilfen		§§ 56, 70 SGB III oder Landesgesetze	nein
Berufsschadenausgleich		§ 30 BVG	nein
Betriebshilfe		§§ 10, 36 - 39 ALG, § 9 KVLG 1989, § 54 SGB VII	nein
Betriebsrenten als Einkünfte aus nichtselbstständiger Arbeit	2.3.1	§ 19 EStG	ja
Betriebsrenten als sonstige Einkünfte	2.3.4.1	§ 22 EStG	ja
Blindenführhund (Unterhaltungskosten)		§ 14 BVG, § 33 SGB V, § 72 SGB XII	nein
Blindengeld		Landesgesetze	nein
Blindenhilfe		§ 72 SGB XII	nein
C			

Grundsätzliche Hinweise des GKV-Spitzenverbandes

Gesamteinkommen im Rahmen der Prüfung der Voraussetzungen der Familienversicherung

vom 12. Juni 2019

Einkunftsart	Textziffer	Rechtsgrundlage	Gesamteinkommen
Conterganrente		§§ 12 ff. des Gesetzes über die Conterganstiftung für behinderte Menschen (Conterganstiftungsgesetz - ContStifG)	nein
D			
Darlehen, (zinslos) welches Personen in einer pflegebedingten Freistellung von der Arbeitsleistung gem. § 2 Familienpflegezeitgesetz oder § 3 Pflegezeitgesetz gewährt wird	2.1		nein
E			
Ehegattenzuschlag		§ 33a BVG	nein
Ehrensold für ehemalige Wahlbeamte		-	ja
Ehrensold für Künstler sowie Zuwendungen aus Mitteln der Deutschen Künstlerhilfe, wenn es sich um Bezüge aus öffentlichen Mitteln handelt, die wegen der Bedürftigkeit des Künstlers gezahlt werden		-	nein
Einstiegsgeld (Beachte: Bezieher sind bereits hauptberuflich selbstständig erwerbstätig nach § 10 Abs. 1 Nr. 4 SGB V)		§ 16b SGB II	nein
Elterngeld		§ 1 BEEG	nein
Elternrente		§ 49 BVG	nein
Entlassungsgeld für Soldaten		§ 9 WSG	ja, soweit steuerpflichtig
Entschädigungen als Ersatz für entgangene oder entgehende Einnahmen		§ 24 Nr. 1 Buchst. a EStG	ja
Entschädigungen für die Aufgabe oder Nichtausübung einer Tätigkeit		§ 24 Nr. 1 Buchst. b EStG	ja
Entschädigungen nach dem Infektionsschutzgesetz		IfSG	nein

Grundsätzliche Hinweise des GKV-Spitzenverbandes
 Gesamteinkommen im Rahmen der Prüfung der Voraussetzungen der Familienversicherung
 vom 12. Juni 2019

Einkunftsart	Textziffer	Rechtsgrundlage	Gesamteinkommen
Entschädigungen aufgrund des Gesetzes über die Entschädigung ehemaliger deutscher Kriegsgefangener		§ 3 KgfEG	nein
Entschädigungsrente für Opfer des Nationalsozialismus		§§ 2, 3 ERG	nein
Erstausstattung für Bekleidung einschließlich bei Schwangerschaft und Geburt, Leistungen für -		§ 24 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB II, § 31 Abs. 1 Nr. 2 SGB XII	nein
Erstausstattung für die Wohnung, Leistungen für -		§ 24 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB II, § 31 Abs. 1 Nr. 1 SGB XII	nein
Erziehungsbeihilfe		§ 27 BVG	nein
Europäischen Sozialfonds, Leistungen aus Mitteln des -		ESF-Richtlinien	nein
Existenzgründungsbeihilfe (Beachte: Bezieher sind bereits hauptberuflich selbstständig erwerbstätig nach § 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V)		Landesvorschriften	nein
F			
Fahrkostenerstattung durch Sozialleistungsträger		z. B. § 60 SGB V	nein
Familiengeld		Landesgesetze	nein
Familienzuschläge	2.3.1, 2.7		ja, ausgenommen bei Anwendung des § 10 Abs. 3 SGB V bzw. § 25 Abs. 3 SGB XI
Freie Förderung		§ 16f SGB II	nein
G			
Geld- und Sachbezüge für Soldaten		§ 1 Abs. 1 WSG	nein
Geld- und Sachbezüge für Zivildienstleistende		§ 35 ZDG	nein

Grundsätzliche Hinweise des GKV-Spitzenverbandes

Gesamteinkommen im Rahmen der Prüfung der Voraussetzungen der Familienversicherung

vom 12. Juni 2019

Einkunftsart	Textziffer	Rechtsgrundlage	Gesamteinkommen
Geldrenten und Kapitalentschädigungen, die aufgrund gesetzlicher Vorschriften zur Wiedergutmachung nationalsozialistischen Unrechts gewährt werden		§§ 15 ff. BEG	nein
Gewerbebetrieb, Einkünfte aus -	2.4	-	ja
Gründungszuschuss (Beachte: Bezieher sind bereits hauptberuflich selbstständig erwerbstätig nach § 10 Abs. 1 Nr. 4 SGB V)		§ 93 SGB III, § 49 Abs. 3 Nr. 6 SGB IX	nein
Grundrente für Beschädigte		§ 31 BVG	nein
Grundrente für Hinterbliebene		§§ 40, 43, 46 BVG	nein
Grundsicherungsleistung		§ 42 SGB XII	nein
H			
Härtefonds für rassistisch Verfolgte nicht jüdischen Glaubens (HNG-Fonds), Leistungen aus dem -		-	nein
Härteleistungen an Opfer von nationalsozialistischen Unrechtsmaßnahmen im Rahmen des allgemeinen Kriegsfolgengesetzes		AKG-Richtlinien	nein
Härteleistungen an Verfolgte nicht jüdischer Abstammung zur Abgeltung von Härten in Einzelfällen im Rahmen der Wiedergutmachung		Richtlinien der Bundesregierung für die Vergabe von Mitteln an Verfolgte nicht jüdischer Abstammung	nein
Härteleistungen für Opfer terroristischer Straftaten aus dem Bundeshaushalt			nein
Haushaltshilfe		§ 10 KVLG 1989, § 38 SGB V, § 70 SGB XII	nein

Grundsätzliche Hinweise des GKV-Spitzenverbandes

Gesamteinkommen im Rahmen der Prüfung der Voraussetzungen der Familienversicherung

vom 12. Juni 2019

Einkunftsart	Textziffer	Rechtsgrundlage	Gesamteinkommen
Hepatitis-C-Virus-Infektion, Einmalzahlungen wegen Minderung der Erwerbsfähigkeit infolge einer -		§ 3 Abs. 3 AntiDHG	nein
Hepatitis-C-Virus-Infektion, Renten wegen Minderung der Erwerbsfähigkeit infolge einer -		§ 3 Abs. 2 AntiDHG	nein
Hilfe zum Lebensunterhalt		§ 27a BVG, § 19 SGB XII	nein
Hilfe zur Erziehung für Patenschaftsfamilien		§ 27 SGB VIII i. V. m. § 3 Nr. 11 EStG	nein
I			
Insolvenzgeld		§ 165 SGB III	nein
J			
Jobticket		-	nein, wenn nach § 3 Nr. 15 EStG steuerfrei
K			
Kapitalentschädigung für Opfer rechtswidriger Strafverfolgung im Beitrittsgebiet		§ 17 StrRehaG	nein
Kapitalleistungen (einmalige) sowohl aus einer betrieblichen als auch aus einer privaten Altersversorgung	2.8		nein
Kapitalvermögen, Einkünfte aus -	2.3.2, 2.3.4.1	-	ja
Kindererziehungsleistung (für Frauen, die vor 1921 bzw. 1927 geboren sind)	4	§§ 294, 294a SGB VI	nein
Kindergartenzuschüsse		-	nein
Kindergeld		§§ 62 ff. EStG, §§ 1 ff. BKGG	nein

Grundsätzliche Hinweise des GKV-Spitzenverbandes

Gesamteinkommen im Rahmen der Prüfung der Voraussetzungen der Familienversicherung

vom 12. Juni 2019

Einkunftsart	Textziffer	Rechtsgrundlage	Gesamteinkommen
Kinderzulage		§ 217 SGB VII	nein
Kinderzuschlag		§ 6a BKGG, § 33b BVG	nein
Klassenfahrten, Leistungen für mehrtägige -		§ 28 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB II	nein
Krankengeld		§§ 44, 44a, 45 SGB V, §§ 12, 13 KVLG 1989	nein
Krankenversicherungszuschlag		§ 13 Abs. 2a BAföG	nein
Kriegsbeschädigtenrente		§§ 31, 32 BVG	nein
Kriegsschadenrente		§ 261 LAG	nein
Kurzarbeitergeld, Saison-Kurzarbeitergeld, Transferkurzarbeitergeld		§§ 95, 101, 111 SGB III	nein
L			
Land- und Forstwirtschaft, Einkünfte aus -		-	ja
Landeserziehungsgeld		Landesgesetze	nein
Leibrenten, private	2.3.4.1	-	ja
Leistungen bei Pflegebedürftigkeit	5.1	§§ 36 ff. SGB XI, § 44 SGB VII, § 35 BVG, §§ 61, 64a SGB XII	nein
M			
Mehrbedarf		§ 30 Abs. 1 SGB XII	nein
Mehrbedarfe beim Lebensunterhalt, Leistungen für -		§ 21 SGB II	nein
Mehrbedarf für kostenaufwendige Ernährung		§ 30 Abs. 5 SGB XII	nein
Mehrbedarfsrente		§ 843 BGB	nein
Mehrleistungen der gesetzlichen Unfallversicherung		§ 94 SGB VII	nein
Meisterbafög		AFBG	nein
Montanunion-Vertrag, Leistungen nach dem -		Art. 56 MUV	nein

Grundsätzliche Hinweise des GKV-Spitzenverbandes

Gesamteinkommen im Rahmen der Prüfung der Voraussetzungen der Familienversicherung

vom 12. Juni 2019

Einkunftsart	Textziffer	Rechtsgrundlage	Gesamteinkommen
Mutterschaftsgeld		§ 19 MuSchG i.V.m. § 24i SGB V, § 14 KVLG 1989	nein
N			
Nutzungsvergütungen		§ 24 Nr. 3 EStG	ja
Nutzungswert der Sachbezüge		§ 21 Abs. 2 EStG	ja, in Höhe der Beträge der Sozialversicherungsentgeltverordnung (§ 8 Abs. 2 Satz 6 EStG)
P			
Pauschale Beihilfe an Beamte und Versorgungsempfänger des Landes Hamburg		§ 80 Abs. 11 HmbBG	ja, soweit steuerpflichtig
Pflegegeld	5.1	§ 37 SGB XI, § 44 SGB VII, § 64a SGB XII bzw. Landesgesetze	nein
Pflegegeld für eine Kinderbetreuung im Rahmen der Tagespflege	5.2		
a. Kosten für den Sachaufwand und Betrag zur Anerkennung der Förderungsleistung		§ 23 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 und 2 SGB VIII	a. ja, soweit die tatsächlichen, mindestens aber die steuerlich pauschal absetzbaren Betriebsausgaben überschritten werden
b. Aufwendungen für Beiträge zu einer Unfallversicherung sowie die hälftige Erstattung nachgewiesener Aufwendungen zu einer angemessenen Alterssicherung, Krankenversicherung und Pflegeversicherung		§ 23 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 und 4 SGB VIII i. V. m. § 3 Nr. 9 EStG	b. nein

Grundsätzliche Hinweise des GKV-Spitzenverbandes

Gesamteinkommen im Rahmen der Prüfung der Voraussetzungen der Familienversicherung

vom 12. Juni 2019

Einkunftsart	Textziffer	Rechtsgrundlage	Gesamteinkommen
Pflegegeld für eine Kinderbetreuung im Rahmen der Vollzeitpflege	5.3		
a. Kosten für den Sachaufwand, Kosten für die Pflege und Erziehung sowie einmalige Beihilfen oder Zuschüsse,		§ 39 Abs. 1 bis 3 SGB VIII i. V. m. § 3 Nr. 11 EStG	a. ja, sofern die Vollzeitpflege erwerbsmäßig ausgeübt wird
b. Platzhaltekosten und Bereitschaftsgelder		§ 39 Abs. 1 bis 3 SGB VIII	b. ja
c. Aufwendungen für Beiträge zu einer Unfallversicherung sowie die hälftige Erstattung nachgewiesener Aufwendungen zu einer angemessenen Alterssicherung		§ 39 Abs. 4 Satz 2 SGB VIII i. V. m. § 3 Nr. 9 bzw. 11 EStG	c. nein
d. Leistungen, die aus öffentlichen Mitteln der Jugendhilfe für die Aufnahme von Pflegepersonen in einen Haushalt über Tag und Nacht als Vollzeitpflege nach § 33 SGB VIII gewährt werden		BFH-Urteil vom 05.11.2014, VIII R 29/11	d. nein, da steuerfreie Beihilfe im Sinne des § 3 Nr. 11 EStG
Pflegeversicherungszuschlag		§ 13a BAföG	nein
Pflegewohngeld		z. B. § 12 PfgNW	nein
Pflegezulage	5.1	§ 35 BVG	nein
Produktionsaufgaberente		§§ 5, 6 FELEG	ja, soweit steuerpflichtig
R			
Regelleistung zur Sicherung des Lebensunterhalts		§ 20 SGB II	nein
Reisekosten im Zusammenhang mit Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben oder zur medizinischen Rehabilitation		§ 73 SGB IX	nein
Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung	2.3.4.1	SGB VI	ja
Renten aus der gesetzlichen Unfallversicherung an Versicherte		§ 56 SGB VII	nein

Grundsätzliche Hinweise des GKV-Spitzenverbandes

Gesamteinkommen im Rahmen der Prüfung der Voraussetzungen der Familienversicherung

vom 12. Juni 2019

Einkunftsart	Textziffer	Rechtsgrundlage	Gesamteinkommen
Renten aus der gesetzlichen Unfallversicherung an Hinterbliebene		§§ 65 - 67, 69 SGB VII	nein
Renten aus einer Höherversicherung		§ 280 SGB VI	ja
Renten aus privater Lebensversicherung oder anderen Verträgen	2.3.4.1	-	ja
Renten aus privater Unfallversicherung	2.3.4.1	-	ja
Renten aus Versorgungs- und Zusatzversorgungskassen	2.3.4.1	-	ja
Renten der Alterssicherung der Landwirte		ALG	ja
Renten nach sozialem Entschädigungsrecht		BVG und andere soziale Entschädigungsgesetze (z. B. HHG, IfSG, OEG, SVG, ZDG)	nein
Renten von ausländischen Rentenversicherungsträgern und -stellen		-	ja
Ruhegehalt		BeamtVG	ja
S			
Sachbezüge		§§ 2 und 3 SvEV	ja
Sachschadenersatz		§ 13 SGB VII	nein
Sanierungsgewinn		SG Leipzig S 8 KR 144/08	ja
Schadenersatzrente		§ 843 BGB	nein
Schadensausgleich		§ 40a BVG	nein
Schmerzensgeld		§ 253 Abs. 2 BGB	nein
Schwangerenmehrbedarf		§ 30 Abs. 2 SGB XII	nein
Schwerverletztenzulage		§ 57 SGB VII	nein
Selbstständige Arbeit, Einkünfte aus -	2.4	-	ja
Sozialgeld		§ 19 SGB II	nein

Grundsätzliche Hinweise des GKV-Spitzenverbandes

Gesamteinkommen im Rahmen der Prüfung der Voraussetzungen der Familienversicherung

vom 12. Juni 2019

Einkunftsart	Textziffer	Rechtsgrundlage	Gesamteinkommen
Stiftung „Erinnerung, Verantwortung und Zukunft“, Leistungen der -		Gesetz zur Errichtung der Stiftung „Erinnerung, Verantwortung und Zukunft“ (EVZStiftG)	nein
Stiftung „Hilfe für NS-Verfolgte“, Leistungen der Hamburger -		-	nein
Stiftung „Humanitäre Hilfe für durch Blutprodukte HIV-infizierte Personen“, Leistungen der -		HIV-Hilfegesetz	nein
Stiftung „Mutter und Kind - Schutz des ungeborenen Lebens“, Leistungen der -		§§ 1 ff. des Gesetzes zur Errichtung einer Stiftung „Mutter und Kind - Schutz des ungeborenen Lebens“ (MuKStiftG)	nein
Stipendien (steuerfrei)		-	nein
Streikgelder		-	ja
Studienbeihilfe der Bundesagentur für Arbeit (BA)		Vereinbarung der BA mit ihren studierenden Mitarbeitern	ja, in Höhe des Grundbetrages
Studienbeihilfe der Telekom während eines Hochschulstudiums		Telekom-Verfügung 724.7 B 6674 vom 03.02.1993	ja
T			
U			
Überbrückungsgeld		§ 38 ALG	ja
Überbrückungsgeld aus der Seemannskasse		§§ 10, 11 Satzung der Seemannskasse	ja
Übergangsgebühren bzw. Ausgleichsbezüge nach dem Ausscheiden als Zeitsoldat		§§ 11, 11a SVG	ja

Grundsätzliche Hinweise des GKV-Spitzenverbandes
 Gesamteinkommen im Rahmen der Prüfung der Voraussetzungen der Familienversicherung
 vom 12. Juni 2019

Einkunftsart	Textziffer	Rechtsgrundlage	Gesamteinkommen
Übergangsgeld		§ 119 SGB III, § 26a BVG, §§ 49 ff. SGB VII, § 20 SGB VI	nein
Übergangsgelder und Übergangsbeihilfen wegen Entlassung aus einem Dienstverhältnis	2.3.1.1	§§ 62 ff. BAT, § 47 BeamtVG	ja, bei monatlicher Auszahlung, einmalig oder in Teilbeträgen ausgezahlte Abfindungen
Unfallruhegehalt		BeamtVG	nein
Unterbringungskosten im Alten- und Pflegeheim, die von Dritten getragen werden		-	nein
Unterhalt, den getrennt lebende oder geschiedene Ehegatten erhalten	2.3.4.2	§§ 1361 Abs. 4, 1585 Abs. 1 BGB	ja, im Falle des begrenzten Realsplittings
Unterhalt, den getrennt lebende Lebenspartner oder Lebenspartner nach gerichtlich aufgehobener Lebenspartnerschaft erhalten	2.3.4.2	§§ 12, 16 LPartG	ja, im Falle des begrenzten Realsplittings
Unterhalt, den ständig im Heim lebende Ehe- bzw. Lebenspartner vom anderen Ehe- bzw. Lebenspartner erhalten		§ 1360 BGB, § 5 LPartG	nein
Unterhalt, den Kinder von Dritten (z. B. von einem nicht regelmäßig mit ihnen zusammenlebenden Elternteil, vom Sozialamt, vom Jugendamt) erhalten		z. B. UVG	nein
Unterhaltsbeihilfen		§ 26a BVG	nein
Unterhaltshilfe		§ 267 ff. LAG	nein
Unterhaltshilfe wegen Pflegebedürftigkeit, Erhöhung der -		§ 267 LAG	nein
Unterhaltssicherung, Leistungen zur -		§§ 5 ff. USG	nein
Unterkunft und Heizung, Leistungen für		§ 22 SGB II	nein

Grundsätzliche Hinweise des GKV-Spitzenverbandes

Gesamteinkommen im Rahmen der Prüfung der Voraussetzungen der Familienversicherung

vom 12. Juni 2019

Einkunftsart	Textziffer	Rechtsgrundlage	Gesamteinkommen
Unterstützungsleistungen für Opfer rechtswidriger Strafverfolgung im Beitrittsgebiet		§ 18 StrRehaG	nein
V			
Veränderungsgeld der Deutschen Telekom AG		-	ja, soweit steuerpflichtig
Veräußerungsleibrente auf Lebenszeit	2.3.4.1	-	ja
Verdienstausfallerstattung bei Haushaltshilfe, Mitaufnahme einer Begleitperson in das Krankenhaus, Dialyse, Organspende			nein
Vergütung für Berufsbetreuer		§ 1836 BGB	ja
Verletztengeld		§ 45 SGB VII	nein
Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus -	2.3.3	-	ja
Vermögenswirksame Leistungen		§ 14 SGB IV i. V. m. VermBG	ja
Verschollenheitsrente		§ 52 BVG	nein
Versorgungsbezüge als Einkünfte aus nichtselbstständiger Arbeit	2.3.1	§ 19 EStG	ja, und zwar ohne Abzug des Versorgungsfreibetrages und des Zuschlages zum Versorgungsfreibetrag
Versorgungsbezüge als sonstige Einkünfte	2.3.4.1	§ 22 EStG	ja
Versorgungskrankengeld		§§ 16, 17 BVG	nein
Vorruhestandsgeld		-	ja, soweit steuerpflichtig
W			
Waisengeld		§ 23 BeamtVG	ja
Werksrente	2.3.1, 2.3.4.1	§§ 19, 22 EStG	ja
Wintergeld, Zuschuss		§ 133 Abs. 4 SGB III	ja

Grundsätzliche Hinweise des GKV-Spitzenverbandes

Gesamteinkommen im Rahmen der Prüfung der Voraussetzungen der Familienversicherung

vom 12. Juni 2019

Einkunftsart	Textziffer	Rechtsgrundlage	Gesamteinkommen
Wintergeld		§ 102 SGB III	nein
Witwen-, Waisen-, Witwerbeihilfe		§ 48 BVG	nein
Witwengeld		§ 19 BeamtVG	ja
Wohngeld		§ 3 WoGG	nein
Z			
Zinsen aus Kapitalvermögen	2.3.2	-	ja
Zinszuschüsse des Arbeitgebers zu Darlehen, die mit der Errichtung oder dem Erwerb einer eigengenutzten Wohnung des Arbeitnehmers zusammenhängen		-	ja, soweit steuerpflichtig
Zuschläge für Sonntags-, Feiertags- und Nachtarbeit bei einem Stundenlohn bis einschließlich 50 EUR		§ 3b EStG	nein
Zuschläge für Sonntags-, Feiertags- und Nachtarbeit für Besserverdienende mit einem Stundenlohn über 50 EUR		§ 3b EStG	ja
Zuschüsse des Arbeitgebers zum Mutterschaftsgeld		§ 14 MuSchG	nein
Zuschüsse während der Mutterschutzfrist für Beamtinnen		§ 3a MuSchEltZV	nein
Zuwendungen, die Arbeitnehmer anlässlich ihrer Eheschließung oder der Geburt eines Kindes von ihrem Arbeitgeber erhalten			ja
Zuwendung für Haftopfer, Besondere -		§ 17a StrRehaG	nein

Top 3

Familienversicherung;

hier: Grundsätzliche Hinweise zur Feststellung der Haushaltsaufnahme sowie des überwiegenden Unterhalts im Rahmen der Familienversicherung für Stief- und Enkelkinder

Sachverhalt:

Durch das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) ist das Merkmal des überwiegenden Unterhalts als weitere Voraussetzung für die Familienversicherung von Stief- und Enkelkindern durch das alternative Kriterium der Aufnahme des Stief- und Enkelkindes in den Haushalt des Mitglieds ergänzt worden (Änderung des § 10 Abs. 4 Satz 1 SGB V).

Diese Rechtsänderung hat der GKV-Spitzenverband zum Anlass genommen, gemeinsam mit den Krankenkassenorganisationen auf Bundesebene die Richtlinien für die Feststellung des überwiegenden Unterhalts im Rahmen der Familienversicherung für Stief- und Enkelkinder vom 8. November 2005 an die aktuelle Rechtslage anzupassen und in die vorliegenden Grundsätzlichen Hinweise zur Feststellung der Haushaltsaufnahme sowie des überwiegenden Unterhalts im Rahmen der Familienversicherung für Stief- und Enkelkinder zu überführen.

Infolge der gesetzlichen Änderung des § 10 Abs. 4 Satz 1 SGB V sind auch die Regelungen in den einheitlichen Grundsätzen zum Meldeverfahren bei Durchführung der Familienversicherung (Fami-Meldegrundsätze) über die Nachweisführung anzupassen. § 5 Abs. 4 der Fami-Meldegrundsätze soll daher bei nächster Gelegenheit entsprechend geändert werden. Dabei soll als Nachweis der Haushaltsaufnahme eine schriftliche Erklärung des Mitglieds darüber verlangt werden, dass das Stief- oder Enkelkind nicht nur vorübergehend im Haushalt des Mitglieds lebt und von ihm versorgt und betreut wird; die Erklärung ist für Kinder, die das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, spätestens alle drei Jahre, ansonsten jährlich zu verlangen. Für die Prüfung des überwiegenden Unterhalts sind Nachweise vorzusehen, die belegen, dass das Mitglied regelmäßig Zuwendungen zugunsten des Stief- oder Enkelkindes leistet; diese Nachweise sind jährlich zu verlangen.

Ergebnis:

Die Fachkonferenzteilnehmer kommen überein, die Grundsätzlichen Hinweise zur Feststellung der Haushaltsaufnahme sowie des überwiegenden Unterhalts im Rahmen der Familien-

Ergebnisniederschrift
Fachkonferenz Beiträge
12. Juni 2019



versicherung für Stief- und Enkelkinder in der vorliegenden überarbeiteten Fassung (vgl. Anlage) unter dem Datum vom 12. Juni 2019 zu verabschieden.

Anlage



Grundsätzliche Hinweise
Feststellung der Haushaltsaufnahme
sowie des überwiegenden
Unterhalts im Rahmen der Familienver-
sicherung für Stief- und Enkelkinder
vom 12. Juni 2019



Einleitung

Die Feststellung des überwiegenden Unterhalts als weitere Voraussetzung der Familienversicherung von Stief- und Enkelkindern wurde bislang in den Richtlinien für die Feststellung des überwiegenden Unterhalts im Rahmen der Familienversicherung für Stief- und Enkelkinder (§ 10 Abs. 4 SGB V) der ehemaligen Spitzenverbände der Krankenkassen vom 8. November 2005 beschrieben.

Durch das Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG – wird das Merkmal des „überwiegenden Unterhalts“ als weitere Voraussetzung für die Familienversicherung von Stief- und Enkelkindern ab dem 11. Mai 2019 durch das alternative Kriterium der Aufnahme des Stief- oder Enkelkindes in den Haushalt des Mitglieds ergänzt. Eine Aufnahme des Stief- oder Enkelkindes in den Haushalt des Mitglieds liegt vor, wenn eine auf längere Dauer angelegte häusliche Gemeinschaft zwischen dem Mitglied und dem Stief- bzw. Enkelkind besteht. Diese Rechtsänderung sowie die infolgedessen veränderten Anforderungen an die Feststellung des überwiegenden Unterhalts sind zur Sicherung einer einheitlichen Rechtsanwendung durch die Krankenkassen in den vorliegenden Grundsätzlichen Hinweisen zur Feststellung der Haushaltsaufnahme sowie des überwiegenden Unterhalts im Rahmen der Familienversicherung für Stief- und Enkelkinder mit empfehlendem Charakter für die Krankenkassen beschrieben.

Diese Grundsätzlichen Hinweise ersetzen hinsichtlich der Feststellung des überwiegenden Unterhalts die Richtlinien der ehemaligen Spitzenverbände der Krankenkassen vom 8. November 2005. Hiernach ist vom 11. Mai 2019 an zu verfahren. Dies gilt sowohl in den Fällen der erstmaligen Aufnahme in die Familienversicherung als auch in den Fällen der Überprüfung der Familienversicherung (Bestandspflege) für Zeiträume ab 11. Mai 2019. Hinsichtlich der Feststellung des überwiegenden Unterhalts für Zeiträume vor dem 11. Mai 2019 ist auf die Richtlinien vom 8. November 2005 zurückzugreifen.

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.....	4
2	Haushaltsaufnahme	4
3	Überwiegender Unterhalt bei fehlender Haushaltsaufnahme	5
3.1	Allgemeines.....	5
3.2	Ermittlung des Unterhaltsbedarfs für Kinder	6
3.3	Feststellung des überwiegenden Unterhalts	6

Anlage

Muster eines Fragebogens mit den Mindestinhalten zur Feststellung der Haushaltsaufnahme oder des überwiegenden Unterhalts im Rahmen der Familienversicherung von Stief- und Enkelkindern

1 Allgemeines

Die Familienversicherung für Stief- und Enkelkinder von Mitgliedern der Krankenkassen und damit der Anspruch dieser Personen auf die im Rahmen der Familienversicherung zu erbringenden Leistungen ist u. a. davon abhängig, dass sie entweder vom Mitglied überwiegend unterhalten werden oder in seinen Haushalt aufgenommen worden sind (§ 10 Abs. 4 Satz 1 SGB V). In der landwirtschaftlichen Krankenversicherung gilt dies entsprechend für die durch die Satzung in die Familienversicherung einbezogenen sonstigen Angehörigen (§ 7 Abs. 2 KVLG 1989).

Die Voraussetzungen für die Familienversicherung von Stief- und Enkelkindern können von Rechts wegen alternativ entweder durch die Haushaltsaufnahme (siehe Ausführungen unter Nr. 2) oder den überwiegenden Unterhalt (siehe Ausführungen unter Nr. 3) erfüllt werden. Aus verwaltungsökonomischen Gründen wird empfohlen, das Merkmal der Haushaltsaufnahme zuerst zu prüfen und somit die Prüfung des überwiegenden Unterhalts auf Fälle zu begrenzen, bei denen konkrete Anhaltspunkte für das Fehlen einer häuslichen Gemeinschaft vorliegen. Liegt eine häusliche Gemeinschaft zwischen dem Stief- oder Enkelkind und dem Mitglied vor, ist davon auszugehen, dass bei Gewährung des überwiegenden Unterhalts ohnehin regelmäßig auch die Voraussetzungen der Haushaltsaufnahme erfüllt sind; insofern würde eine gegenüber der Feststellung der Haushaltsaufnahme aufwändigere Prüfung des überwiegenden Unterhalts in diesen Fällen zu keinem abweichenden Ergebnis hinsichtlich der Erfüllung der Voraussetzungen des § 10 Abs. 4 Satz 1 SGB V führen.

Durch das alternative Kriterium der Haushaltsaufnahme ist auch weiterhin der Anwendungsbereich der Norm auf Konstellationen begrenzt, die dem Schutzzweck der Familienversicherung entsprechen.

2 Haushaltsaufnahme

Eine Aufnahme des Stief- oder Enkelkinds in den Haushalt des Mitglieds liegt vor, wenn eine auf längere Dauer angelegte häusliche Gemeinschaft zwischen dem Mitglied und dem Stief- oder Enkelkind besteht. Wesentlich für die Haushaltsaufnahme ist aber auch, dass das Kind innerhalb der Familiengemeinschaft versorgt und betreut wird.

Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (vgl. Urteil des BSG vom 08.07.1998 – B 13 RJ 97/97 R –) kommt es insoweit auf das Bestehen einer Familiengemeinschaft an, die eine Schnittstelle von Merkmalen örtlicher (Familienwohnung), materieller (Versorgung, Unterhalt) und immaterieller Art (Zuwendung von Fürsorge, Begründung eines familienähnlichen Bandes) darstellt. Diese Kriterien stehen in enger Beziehung zueinander und können sich auch teilweise überschneiden; keines davon darf jedoch gänzlich fehlen bzw. entfallen. Im Regelfall kann davon aus-

gegangen werden, dass eine solche häusliche Gemeinschaft besteht, wenn das Stief- oder Enkelkind im Haushalt des Mitglieds seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt (§ 30 Abs. 1 SGB I) hat. Dies ist u. a. in den Fällen anzunehmen, in denen das Stief- oder Enkelkind eine Schule besucht oder an einer staatlich- oder staatlich anerkannten Hochschule eingeschrieben ist und der Schul- bzw. Studienort nicht vom Wohnsitz bzw. gewöhnlichen Aufenthalt abweicht. Eine Haushaltsaufnahme liegt auch dann noch vor, wenn das Stief- oder Enkelkind zu Studienzwecken eine Wohnung am Studienort unterhält, sofern Anhaltspunkte vorliegen, dass das Kind weiterhin in die Familiengemeinschaft eingebunden ist. Dies ist insbesondere dann anzunehmen, wenn das Studium vom Mitglied finanziert wird und das Kind im Rahmen der Möglichkeiten mehr oder minder regelmäßig in den Haushalt des Mitgliedes zurückkehrt.

Zur Feststellung der Voraussetzung der Haushaltsaufnahme kann ein Fragebogen entsprechend dem als Anlage beiliegenden Muster verwendet werden.

3 Überwiegender Unterhalt bei fehlender Haushaltsaufnahme

3.1 Allgemeines

Im Recht der Krankenversicherung ist nicht geregelt, wie der überwiegende Unterhalt zu ermitteln ist. Daher ist auf die Regelungen des Familienrechts zurückzugreifen (BSG vom 30.08.1994 – 12 RK 41/94, USK 9449). Nach § 1610 Abs. 2 BGB umfasst der Unterhalt den gesamten Lebensbedarf einschließlich der Kosten einer angemessenen Vorbildung zu einem Beruf, bei einer der Erziehung bedürftigen Person auch die Kosten der Erziehung. Hiervon ausgehend wäre bei der Ermittlung des überwiegenden Unterhalts zunächst im konkreten Einzelfall festzustellen, welche von dritter Seite erbrachten Geld-, Sach- und Betreuungsleistungen zum Lebensbedarf des Kindes gehören, und was als eigene Einnahmen des Kindes zu werten ist.

In den hier vorliegenden Fällen, in denen Stief- und Enkelkinder vom Mitglied getrennt leben, erscheint ein Rückgriff auf die Regelungen des Unterhaltsrechts jedoch nur eingeschränkt sachgerecht und vertretbar. Dies gilt vor allem mit Blick darauf, dass Betreuungsleistungen seitens des Mitglieds gegenüber dem Stiefkind oder Enkel angesichts der fehlenden häuslichen Gemeinschaft üblicherweise nicht erbracht werden, sodass in der Regel nur Geld- oder Sachleistungen als für den überwiegenden Unterhalt anrechenbare Leistungen in Betracht kommen.

Leben Stief- und Enkelkinder, deren überwiegender Unterhalt festzustellen ist, vom Mitglied getrennt, so ist der überwiegende Unterhalt nur dann gewährt, wenn das Mitglied mehr als die Hälfte des Unterhaltsbedarfs des jeweiligen Stief- oder Enkelkindes trägt.

3.2 Ermittlung des Unterhaltsbedarfs für Kinder

Da sich die Unterhaltspflicht für Kinder im besonderen Maße auf Minderjährige erstreckt, wird es für sachgerecht erachtet, den Unterhaltsbedarf des Kindes auf der Grundlage des § 1612a BGB durch unmittelbaren Bezug auf das sächliche Existenzminimum gemäß dem Existenzminimumbericht der Bundesregierung zu ermitteln. Mit dem sächlichen Existenzminimum bzw. Bedarf sind die Beträge gemeint, die erforderlich sind, um die finanzielle Versorgung eines Kindes in Form des Kindesunterhalts sicherzustellen.

Das Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (BMJV) legt den Mindestunterhalt alle zwei Jahre durch Rechtsverordnung (sog. Mindestunterhaltsverordnung), die nicht der Zustimmung des Bundesrates bedarf, fest.

Nach der aktuellen Mindestunterhaltsverordnung beträgt der Mindestunterhalt ab dem 1. Januar 2019 monatlich entsprechend dem Alter des Kindes:

Altersstufe		Mtl. Mindestunterhalt
1.	(0 bis 5 Jahre)	354,00 EUR
2.	(6 bis 11 Jahre)	406,00 EUR
3.	(12 bis 17 Jahre)	476,00 EUR
4.	(ab 18 Jahre)	527,00 EUR*

*(Dieser Wert ist nicht Gegenstand der Mindestunterhaltsverordnung, sondern aus der aktuellen Düsseldorfer Tabelle entnommen).

Der Unterhalt einer höheren Altersstufe ist ab dem Beginn des Monats maßgebend, in dem das Kind das betreffende Lebensjahr vollendet.

3.3 Feststellung des überwiegenden Unterhalts

Das Mitglied hat ein von ihm getrennt lebendes Stief- oder Enkelkind dann überwiegend unterhalten, wenn es mehr als die Hälfte von dessen Mindestunterhalt aus seinem Einkommen zugunsten des Kindes aufgebracht hat. Ob das Stief- oder Enkelkind selbst über Einkünfte verfügt oder ihm solche einschließlich etwaiger Unterhaltsleistungen von anderer Seite zur Verfügung stehen, ist für die Feststellung des überwiegenden Unterhalts im Sinne der Voraussetzungen der Familienversicherung nicht relevant. Dementsprechend bleiben nicht nur die eigenen Einkünfte des Kindes oder Zuwendungen in Form von Bar- oder Naturalunterhalt von anderer Seite als der des Mitglieds (ungeachtet der Höhe), sondern auch der Betreuungsunterhalt, den das Kind innerhalb

der Haushaltsgemeinschaft, in der es lebt, erfährt, bei der Feststellung des überwiegenden Unterhalts unberücksichtigt.

Beispiel 1

Ein Stiefkind (8 Jahre) lebt nicht im Haushalt des Mitglieds, sondern im Haushalt seines leiblichen Vaters. Der leibliche Vater stellt neben der Betreuung auch den Naturalunterhalt (Verpflegung und Unterkunft) zur Verfügung. Das Mitglied leistet Zuwendungen für den Unterhalt des Kindes in Form einer Geldzahlung in Höhe von mtl. 250,00 EUR.

Ergebnis

Der Mindestunterhalt des Stiefkindes im Jahr 2019 beträgt mtl. 406,00 EUR. Da das Mitglied mehr als die Hälfte des Mindestunterhalts (203,00 EUR) aufbringt, unterhält es das Stiefkind überwiegend. Eine Familienversicherung ist daher – unter Berücksichtigung der weiteren Voraussetzungen – möglich.

Beispiel 2

Ein Stiefkind (17 Jahre) lebt nicht im Haushalt des Mitglieds, sondern im eigenen Haushalt. Die Schulausbildung des Kindes wird durch BAföG-Leistungen gefördert. Das Mitglied leistet Zuwendungen für den Unterhalt des Kindes in Form einer Geldzahlung in Höhe von mtl. 350,00 EUR.

Ergebnis

Der Mindestunterhalt des Stiefkindes im Jahr 2019 beträgt mtl. 476,00 EUR. Da das Mitglied mehr als die Hälfte des Mindestunterhalts (238,00 EUR) aufbringt, unterhält es das Stiefkind überwiegend. Eine Familienversicherung ist daher – unter Berücksichtigung der weiteren Voraussetzungen – möglich.

Zur Feststellung der Voraussetzung des überwiegenden Unterhalts kann ein Fragebogen entsprechend dem als Anlage beiliegenden Muster verwendet werden.

Muster eines Fragebogens mit den Mindestinhalten zur Feststellung der Haushaltsaufnahme oder des überwiegenden Unterhalts im Rahmen der Familienversicherung von Stief- und Enkelkindern

Persönliche Angaben des Mitglieds

Name, Vorname	KV-Nummer

Für mein Stiefkind Enkelkind

Name, Vorname	Geburtsdatum	KV-Nummer

soll eine Familienversicherung durchgeführt werden.

Die Familienversicherung in der Kranken- und Pflegeversicherung für Stief- und Enkelkinder setzt unter anderem voraus, dass sie entweder vom Mitglied in seinen Haushalt aufgenommen worden sind oder von ihm überwiegend unterhalten werden (§ 10 Absatz 4 Satz 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch – SGB V). Die folgenden Fragen dienen zur Feststellung dieser Voraussetzungen.

A Angaben zur Haushaltsaufnahme

Mein Stief-/Enkelkind lebt im Rahmen einer auf längere Dauer angelegten häuslichen Gemeinschaft in meinem Haushalt: Ja Nein

Mein Stief-/Enkelkind wird von mir versorgt und betreut: Ja Nein

Zusatzangabe bei zusätzlicher, auswärtiger Unterkunft am Ausbildungs-/Studienort:

- Eine Einbindung in die häusliche Gemeinschaft liegt weiterhin vor: Ja Nein

B Angaben zum überwiegenden Unterhalt (nur bei fehlender Haushaltsaufnahme erforderlich)

Ich leiste regelmäßig Unterhalt in Form von Geld-/Sachleistungen: Ja Nein

Art der Leistung	Monatlicher Betrag
	€
	€

(geeignete Nachweise, z. B. Kontoauszüge, sind beizufügen)

-
- Generalklausel zur Mitteilungspflicht bei Änderung der Verhältnisse sowie zum Datenschutz
 - Datum-/Unterschriftsfeld

Top 4

Zeitliche Verzögerung der Anwendung eines veränderten Zusatzbeitragssatzes bei Renten und Versorgungsbezügen;
hier: Fusionen von Krankenkassen

Sachverhalt:

Seit Einführung des einkommensabhängigen kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes zum 1. Januar 2015 wirken sich Veränderungen des Beitragssatzes (hier: kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes) für die Beiträge aus Renten der gesetzlichen Rentenversicherung (nachfolgend: Renten) und Versorgungsbezüge - wieder - mit einer zeitlichen Verzögerung aus. Konkret bestimmen § 247 Satz 3 SGB V für Renten und § 248 Satz 3 SGB V für Versorgungsbezüge in den aktuellen Fassungen, dass Veränderungen des (kassenindividuellen) Zusatzbeitragssatzes bei versicherungspflichtigen Rentnern und Versorgungsbeziehern im Zahlstellenverfahren jeweils vom ersten Tag des zweiten auf die Veränderung folgenden Kalendermonats an, also mit einer zweimonatigen Verzögerung, gelten. Dies gilt ausdrücklich nicht für ausländische Renten nach § 228 Abs. 1 Satz 2 SGB V. Für freiwillige Mitglieder findet die Verzögerung weder bei Renten noch bei Versorgungsbezügen Anwendung (vgl. Verweise in § 240 Abs. 2 Satz 5 SGB V). Dagegen ist für den Zuschuss des Rentenversicherungsträgers zur Krankenversicherung für freiwillig versicherte Rentenbezieher § 247 Satz 3 SGB V ab 1. Januar 2019 entsprechend anzuwenden (§ 106 Abs. 2 Satz 2 SGB VI). In der Auffang-Versicherungspflicht wird als Ausnahme das Zahlstellenverfahren nicht praktiziert.

Vom 1. Januar 2009 bis 31. Dezember 2014 bedurfte es aufgrund der zu dieser Zeit geltenden Rechtslage zu den Beitragssätzen bzw. zum Zusatzbeitrag keiner Regelung zur zeitlichen Verzögerung der Geltung von Beitragssatzveränderungen.

Vor dieser Zeit kam in der Pflichtversicherung für die Beiträge aus Renten der gesetzlichen Rentenversicherung und Versorgungsbezügen (und damals auch noch aus Arbeitseinkommen) der - damals maßgebende - allgemeine Beitragssatz der jeweiligen Krankenkasse ebenfalls erst mit einer zeitlichen Verzögerung (in unterschiedlicher Ausprägung) zur Anwendung (§ 247 Abs. 1 Satz 2 SGB V a. F., § 248 Satz 1 SGB V a. F.). Im Anwendungsbereich des § 240 SGB V fand damals keine derartige zeitliche Verzögerung statt.

Mit Urteil vom 18. Dezember 2001 – B 12 RA 2/01 R – (USK 2001-50) hatte das Bundessozialgericht (BSG) entschieden, dass die damalige Verzögerung bei Veränderung des allgemei-

nen Beitragssatzes der Krankenkasse für die Beiträge aus Renten nach § 247 Abs. 1 Satz 2 SGB V auch bei einer Vereinigung (nachfolgend: Fusion) von Krankenkassen Anwendung findet. Danach war der am 1. Januar eines Kalenderjahres geltende Beitragssatz der Krankenkasse des Versicherungspflichtigen für das folgende Geltungsjahr (1. Juli dieses Kalenderjahres bis zum 30. Juni des folgenden Kalenderjahres, damaliges sog. „verzögertes Jahresprinzip“) auch dann anzuwenden, wenn sich seine Krankenkasse in der Zeit vom 2. Januar dieses Kalenderjahres bis zum Ablauf des folgenden Geltungsjahres (30. Juni des nächsten Kalenderjahres) mit einer anderen Krankenkasse vereinigt und bei der vereinigten Krankenkasse ein anderer Beitragssatz gilt.

Die damaligen Spitzenverbände der Kranken- und Rentenversicherungsträger sind in der Besprechung zur Kranken- und Pflegeversicherung der Rentner am 29./30. Oktober 2002 dem Urteil gefolgt. In dem Besprechungsergebnis wurde ergänzend festgehalten, dass dann, wenn Rentenbezieher mit oder nach dem Vereinigungszeitpunkt Mitglied der neuen Krankenkasse werden, ohne unmittelbar vor diesem Zeitpunkt Mitglied einer der sich vereinigenden Krankenkassen gewesen zu sein, bis zur ersten Anwendung des § 247 Abs. 1 Satz 2 SGB V der zum Vereinigungszeitpunkt maßgebliche Beitragssatz gilt. Entsprechendes galt für die Beitragssätze zur Berechnung der Beiträge aus Versorgungsbezügen.

Das Ergebnis dieser Besprechung ist in das Gemeinsame Rundschreiben vom 1. Oktober 2005 zur Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner zum 1. Oktober 2005 eingeflossen und in der nachfolgenden Fassung vom 30. Dezember 2008 (für Zeiten bis 31. Dezember 2008) fortgeschrieben worden. In der letzteren Fassung wurde für die Fälle eines Krankenkassenwechsels ohne Berührung zu einer Fusion die Aussage hinzugefügt, dass vom Zeitpunkt des Krankenkassenwechsels an der unter Berücksichtigung der (damals geltenden) Dreimonatsregelung des § 247 Abs. 1 Satz 2 SGB V a. F. maßgebende Beitragssatz der gewählten Krankenkasse gilt. Die Auffassung hatte bereits das BSG in dem genannten Urteil vom 18. Dezember 2001 vertreten (vgl. Rz. 22).

In das Gemeinsame Rundschreiben vom 2. Dezember 2014 zur Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner zum 1. Januar 2015 wurden schließlich wieder Ausführungen zur – nunmehr nur noch zweimonatigen – verzögerten Wirkung von Veränderungen des (jetzt) Zusatzbeitragssatzes auf Renten und Versorgungsbezüge aufgenommen, jedoch ohne auf den Fall der Fusion von Krankenkassen einzugehen. In die Grundsätzlichen Hinweise des GKV-Spitzenverbandes zu den versicherungs-, beitrags- und melderechtliche Regelungen

für Versorgungsbezüge, Arbeitseinkommen und gesetzliche Renten aus dem Ausland bei Versicherungspflichtigen in den hier maßgebenden Fassungen vom 29. September 2016 und 10. Juli 2018 wurden ebenfalls keine entsprechenden Aussagen zum Fusionsfall aufgenommen. Eine inhaltliche Auseinandersetzung mit der Thematik fand damals nicht statt.

Es stellt sich die Frage, ob in den Fällen der Fusion von Krankenkassen die genannte BSG-Rechtsprechung vom 18. Dezember 2001 nach Einführung einkommensabhängiger Zusatzbeitragsätze zum 1. Januar 2015 für die Bemessung der Beiträge aus Renten und Versorgungsbezügen - unter Maßgabe des aktuellen Rechts - weiterhin zu beachten ist. Während die Rentenversicherungsträger die Rechtsprechung des BSG vom 18. Dezember 2001 nach wie vor bzw. ab 2015 wieder in der im Gemeinsamen Rundschreiben vom 30. Dezember 2008 beschriebenen Ausprägung ohne Bedenken auf die Rente anwenden, findet die zeitliche Verzögerung für die Berechnung der Beiträge aus Versorgungsbezügen bei einer Fusion weder in der zentralen Beitragssatzdatei bei der ITSG GmbH noch in den bei den Zahlstellen eingesetzten Abrechnungsprogrammen Berücksichtigung.

Ergebnis:

Dem Urteil des BSG vom 18. Dezember 2001 – B 12 RA 2/01 R – wird auch unter Geltung der aktuellen Rechtslage gefolgt. Damit findet die verzögerte Berücksichtigung von Veränderungen des Zusatzbeitragsatzes nach § 247 Satz 3 SGB V und § 248 Satz 3 SGB V auch in den Fällen der Fusion von Krankenkassen weiterhin Anwendung, und zwar sowohl für die Beiträge aus Renten als auch für die Beiträge aus Versorgungsbezügen. Die Aussagen im Gemeinsamen Rundschreiben vom 30. Dezember 2008 zu den Auswirkungen eines Krankenkassenwechsels auf den anzuwendenden Beitragssatz werden ebenso aufrechterhalten. Die Veränderung der Zusatzbeitragsätze in Folge einer Fusion von Krankenkassen steht in der Regel erst wenige Wochen vor dem Änderungs- bzw. Fusionszeitpunkt fest. Eine verzögerte Wirkung der Veränderung der Zusatzbeitragsätze für die Bemessung der Beiträge aus Renten und Versorgungsbezüge erscheint daher im Hinblick auf die Regelungsintention auch in diesen Fällen sachgerecht. Dies bedeutet Folgendes:

1. Bei versicherungspflichtigen Rentenbeziehern ist der vor der Fusion geltende Zusatzbeitragsatz der „bisherigen“ Krankenkasse über den Vereinigungszeitpunkt hinaus noch für zwei Kalendermonate der Bemessung der Beiträge aus der Rente zugrunde zu legen. Der Zusatzbeitragsatz der neuen, durch die Fusion entstandenen Krankenkasse findet erst vom Beginn des zweiten auf die Vereinigung folgenden Kalendermonats an Anwen-



- dung. Für Rentenbezieher, die mit oder nach dem Fusionszeitpunkt Mitglied der neuen Krankenkasse werden, ohne unmittelbar vor diesem Zeitpunkt Mitglied einer der sich vereinigenden Krankenkassen gewesen zu sein, gilt der Zusatzbeitragssatz der neuen Krankenkasse hingegen bereits vom Beginn der Mitgliedschaft an, da in diesem Fall nicht auf einen „alten“ Zusatzbeitragssatz der vereinigten Krankenkasse zurückgegriffen werden kann.
2. Im Falle eines Krankenkassenwechsels ohne Berührung mit einer Fusion gilt hingegen für versicherungspflichtige Rentenbezieher der unter Berücksichtigung der Zweimonatsregelung des § 247 Satz 3 SGB V maßgebende Zusatzbeitragssatz der gewählten Krankenkasse vom Zeitpunkt des Krankenkassenwechsels an. Damit kommt für sie wie bei den „Bestandsmitgliedern“ noch für die ersten zwei Monate ab Veränderung des Zusatzbeitragssatzes der „alte“ Zusatzbeitragssatz der gewählten Krankenkasse zur Anwendung.
 3. Für versicherungspflichtige Versorgungsbezieher, ausgenommen Personen in der Auf-fang-Versicherungspflicht, gelten die Grundsätze unter 1. und 2. für den Zusatzbeitragssatz auf Versorgungsbezüge aufgrund der inhaltsgleichen Regelung des § 248 Satz 3 SGB V entsprechend. Die Zahlstellenabrechnungsprogramme sind so anzupassen, dass die Änderung bei möglichen Fusionen von Krankenkassen ab 1. Januar 2021 für die Bemessung der Beiträge aus Versorgungsbezügen im Zahlstellenverfahren Berücksichtigung findet.
 4. Bei der Bemessung und Erhebung der Beiträge aus Renten und Versorgungsbezügen für freiwillig Versicherte kommt es hingegen nicht zu einer verzögerten Anwendung des neuen Zusatzbeitragssatzes der in Folge einer Fusion entstandenen Krankenkasse. Für die Bemessung des Zuschusses des Rentenversicherungsträgers zur Krankenversicherung für freiwillig versicherte Rentenbezieher gelten jedoch nach § 106 Abs. 2 Satz 2 SGB VI die Grundsätze der zeitlichen Verzögerung entsprechend.

Das Gemeinsame Rundschreiben zur Kranken- und Pflegeversicherung der Rentner sowie die Grundsätzlichen Hinweise zu den versicherungs-, beitrags- und melderechtliche Regelungen für Versorgungsbezüge, Arbeitseinkommen und gesetzliche Renten aus dem Ausland bei Versicherungspflichtigen werden bei der nächsten Gelegenheit entsprechend ergänzt.