

Information Anlage 3

über die Gewährung von Beitragszuschüssen nach § 257 SGB V und § 61 SGB XI

Die unter bestimmten Voraussetzungen nicht der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung unterliegenden Arbeitnehmer erhalten von ihrem Arbeitgeber nach § 257 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) einen Zuschuss zu ihren Aufwendungen für eine freiwillige oder private Krankenversicherung und nach § 61 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) einen Zuschuss zu ihren Aufwendungen für ihre soziale bzw. private Pflegeversicherung. Dieses Informationsblatt gibt Auskunft über die wichtigsten mit der Gewährung der Beitragszuschüsse zusammenhängenden Fragen.

I. Personenkreis

a) **Freiwillige oder private Krankenversicherung**

- 1 Anspruchsberechtigt sind Arbeitnehmer, die
 - 1.1 nur wegen **Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze** (Krankenversicherungspflichtgrenze) in der gesetzlichen Krankenversicherung **versicherungsfrei** sind,
oder
 - 1.2 von der **Versicherungspflicht** in der gesetzlichen Krankenversicherung **auf Antrag befreit** worden sind.

b) **Soziale oder private Pflegeversicherung**

- 1.3 Anspruchsberechtigt sind Arbeitnehmer, die nach Tz. 1.1 bzw. Tz. 1.2 nicht der Krankenversicherungspflicht unterliegen und als freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherte der **sozialen Pflegeversicherung** angehören oder bei einem privaten Versicherungsunternehmen krankenversichert sind und der **privaten Pflegeversicherung** angehören. Anspruchsberechtigt sind auch Beschäftigte, die von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung befreit worden sind und bei einem privaten Versicherungsunternehmen pflegeversichert sind.

II. Anspruchsvoraussetzungen

- 2 Die anspruchsberechtigten Personen erhalten den Beitragszuschuss zur Kranken- und Pflegeversicherung unter der Voraussetzung, dass sie
 - in der **gesetzlichen Krankenversicherung** (CITY BKK, Allgemeine Ortskrankenkasse Berlin, Ersatzkassen usw.) freiwillig versichert sind **und** der sozialen Pflegeversicherung angehören
oder
 - bei einem **privaten Versicherungsunternehmen** krankenversichert **und** privat pflegeversichert sind, wenn sie die unter Tz. 3 erläuterten Voraussetzungen erfüllen
oder
 - in der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig versichert, aber von der sozialen Pflegeversicherung befreit sind und bei einem Versicherungsunternehmen privat pflegeversichert sind, wenn sie die unter Tz. 3 erläuterten Voraussetzungen erfüllen.
- 3 Die bei einem privaten Versicherungsunternehmen kranken- und pflegeversicherten Beschäftigten müssen zur Erlangung eines Anspruchs auf den Beitragszuschuss für sich und ihre Angehörigen, die bei Versicherungspflicht des/der Beschäftigten nach § 10 SGB V/§ 25 SGB XI familienversichert wären, Vertragsleistungen beanspruchen können, die der Art nach den Leistungen des SGB V/SGB XI entsprechen.
 - 3.1 Zu den familienversicherten Angehörigen im Sinne des § 10 SGB V/§ 25 SGB XI zählen
 - der Ehegatte, Lebenspartner¹⁾ und
 - die Kinder bis zu bestimmten Lebensaltersgrenzen,wenn diese ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben und über kein Gesamteinkommen verfügen, das nach der gewöhnlich maßgebenden Einkommensgrenze regelmäßig im Monat 350 Euro überschreitet (für geringfügig Beschäftigte beträgt das zulässige Gesamteinkommen 400 Euro).
Voraussetzung für die Familienversicherung ist ferner, dass die genannten Angehörigen
 - nicht krankenversicherungspflichtig und nicht versicherungspflichtig in der sozialen Pflegeversicherung sind,
 - nicht krankenversicherungsfrei (eine Versicherungsfreiheit auf Grund einer geringfügigen Beschäftigung ist jedoch unerheblich) oder nicht von der Krankenversicherungspflicht befreit sind und weder von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung befreit noch in der privaten Pflegeversicherung pflichtversichert sind und
 - nicht hauptberuflich selbstständig erwerbstätig sind (eine selbstständige Tätigkeit ist vom zeitlichen Umfang her als hauptberuflich anzusehen, wenn sie sich auf mindestens 18 Stunden in der Woche erstreckt).
 - 3.2 Zu den Kindern gehören (vgl. auch § 10 Abs. 4 SGB V): eheliche Kinder; für ehelich erklärte Kinder; angenommene Kinder; nicht eheliche Kinder eines männlichen Beschäftigten, wenn seine Vaterschaft festgestellt ist; nicht eheliche Kinder einer Beschäftigten; Stiefkinder (Kinder des Lebenspartners) und Enkel, wenn sie von dem Beschäftigten überwiegend unterhalten werden; Pflegekinder (§ 56 Abs. 2 Nr. 2 SGB I). Kinder, die mit dem Ziel der Annahme als Kind in die Obhut des Annehmenden aufgenommen sind und für die die zur Annahme erforderliche Einwilligung der Eltern erteilt ist, gelten als Kinder des Annehmenden.
 - 3.2.1 Für Kinder würde jedoch dann kein Anspruch auf Familienversicherung bestehen, wenn der mit den Kindern verwandte Ehegatte oder Lebenspartner des/der Beschäftigten nicht Mitglied einer Krankenkasse ist und über ein Gesamteinkommen verfügt, das regelmäßig im Monat ein Zwölftel der Jahresarbeitsentgeltgrenze (zur Zeit = 3.937,50 Euro) überschreitet und zugleich regelmäßig auch höher als das Gesamteinkommen des/der Beschäftigten ist. Für Ehegatten bzw. Lebenspartner, die als Arbeitnehmer am **31.12. 2002** wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze krankenversicherungsfrei **und** bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert **waren**, beträgt im Jahr 2006 die Einkommensgrenze bundeseinheitlich 3.562,50 Euro monatlich. Voraussetzung für die Anwendung dieser Grenze ist, dass es sich bei der privaten Krankenversicherung um eine Versicherung handelt, die geeignet ist, die gesetzliche Krankenversicherung ganz oder teilweise zu ersetzen.
 - 3.3 Als Gesamteinkommen ist die Summe der Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts anzusehen.
 - 3.4 Der Anspruch der **privat** krankenversicherten Beschäftigten setzt nicht voraus, dass die Leistungen des privaten Krankenversicherungsschutzes einen bestimmten Mindestumfang erreichen. Den Beschäftigten bleibt es daher überlassen, welche Leistungen sie im Einzelnen

1) *Gilt nur für eingetragene gleichgeschlechtliche Lebenspartnerschaften im Sinne des § 1 Abs. 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG)*

absichern möchten. Es kommt danach nicht darauf an, ob etwa ein Anspruch auf Krankengeld oder auf eine dem Krankengeld entsprechende Leistung besteht.

- 3.4.1 Der Anspruch der privat pflegeversicherten Beschäftigten setzt voraus, dass der abzuschließende Vertrag Leistungen vorsieht, die nach Art und Umfang den Leistungen der sozialen Pflegeversicherung gleichwertig sind.

III. Bemessung des Beitragszuschusses

- 4 Für die in der **gesetzlichen Krankenversicherung** freiwillig versicherten Beschäftigten beträgt der Beitragszuschuss die Hälfte des Beitrags, der bei Versicherungspflicht des/der Beschäftigten an die Krankenkasse zu zahlen wäre, bei der die Mitgliedschaft besteht. Der Beitragszuschuss darf jedoch die Hälfte des tatsächlich zu zahlenden Beitrags nicht übersteigen. Dabei bleibt der ab 1.7. 2005 zu zahlende zusätzliche Beitrag in der gesetzlichen Krankenversicherung bei der Berechnung des Zuschusses außer Betracht. Der Beitragszuschuss zur **sozialen Pflegeversicherung** ist auf den Betrag begrenzt, der als Arbeitgeberanteil bei bestehender Versicherungspflicht zur sozialen Pflegeversicherung zu zahlen wäre. Ein Beitragszuschuss zu einer privaten Zusatzversicherung zur freiwilligen Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung und in der sozialen Pflegeversicherung kann nicht gewährt werden. Der in der sozialen Pflegeversicherung ggf. zu entrichtende Beitragszuschlag für Kinderlose bleibt bei der Zuschussbemessung außer Betracht.
- 5 Der Beitragszuschuss beträgt für die bei einem **privaten Krankenversicherungsunternehmen** versicherten Beschäftigten die Hälfte des Betrages, der sich ergibt aus dem durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatz aller Krankenkassen und dem beitragspflichtigen Arbeitsentgelt. Der Beitragszuschuss darf jedoch nicht die Hälfte des Betrages übersteigen, den die Beschäftigten für ihren Krankenversicherungsschutz und den ihrer Angehörigen im Sinne der Tz. 3 aufzuwenden haben. Versicherungsbeiträge sind zuschussfähig, soweit die Vertragsleistungen der Art (nicht dem Umfang) nach den Leistungen des SGB V entsprechen. Für Beschäftigte, die bei Mitgliedschaft in einer Krankenkasse keinen Anspruch auf Krankengeld hätten, werden zur Ermittlung des Beitragszuschusses 90 v.H. des durchschnittlichen Beitragssatzes in Ansatz gebracht.
- Der Zuschuss zur **privaten Pflegeversicherung** ist in der Höhe begrenzt auf den Betrag, der als Arbeitgeberanteil bei Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung als Beitragsanteil zu zahlen wäre, höchstens jedoch auf die Hälfte des Betrages, den die/der Beschäftigte für seine private Pflegeversicherung zu zahlen hat.
- 6 Bestehen innerhalb desselben Zeitraumes mehrere Beschäftigungsverhältnisse mit Anspruch auf die Beitragszuschüsse nach den §§ 257 SGB V und 61 SGB XI, sind die Arbeitgeber im Verhältnis der Höhe der jeweiligen Arbeitsentgelte zur Zahlung der Beitragszuschüsse verpflichtet.

IV. Verfahren

- 7 Der Beitragszuschuss kann erst gezahlt werden, wenn die Beschäftigten den Nachweis erbracht haben, dass die in den §§ 257 SGB V und 61 SGB XI geforderten Voraussetzungen vorliegen. Zu diesem Zweck sind die Vordrucke Inn II 220 und Inn II 227 auszufüllen und bei dem Personalservice einzureichen. Dem Vordruck sind Mitgliedsbescheinigungen der Krankenkasse und sozialen Pflegekasse bzw. die von den privaten Versicherungsunternehmen auf Anforderung ausgestellten Bescheinigungen zur Erlangung des Arbeitgeberzuschusses zum Beitrag für eine private Krankenversicherung/Pflegeversicherung gemäß § 257 SGB V und § 61 SGB XI beizufügen. Die nach Tz. 1.2 anspruchsberechtigten Beschäftigten müssen zusammen mit den Vordrucken auch die Bescheinigung der zuständigen Krankenkasse über die Befreiung von der Krankenversicherungspflicht einreichen, es sei denn, dass diese Bescheinigung dem Personalservice bereits vorliegt.
- Beschäftigte, die bei einem privaten Versicherungsunternehmen versichert sind, haben dem Arbeitgeber eine Bescheinigung vorzulegen, aus der sich ergibt, dass die zuständige Aufsichtsbehörde dem Versicherungsunternehmen bestätigt hat, dass es die Versicherung, die Grundlage des Versicherungsvertrages ist, nach den in § 257 Abs. 2a Satz 1 SGB V und § 61 Abs. 6 SGB XI genannten Voraussetzungen betreibt. Eine entsprechende Bescheinigung muss jeweils **nach Ablauf von drei** Jahren dem Personalservice erneut vorgelegt werden.
- 8 Beschäftigte, die einen Beitragszuschuss nach § 257 SGB V bzw. § 61 SGB XI erhalten, müssen alle **individuellen** Änderungen in den Verhältnissen, die dem Grunde oder der Höhe nach Einfluss auf die Gewährung des Beitragszuschusses haben, unter Verwendung des Vordrucks Inn II 220 bzw. Inn II 227 unverzüglich dem Personalservice anzeigen. **Mitteilungspflichtig** sind beispielsweise: Änderungen der Beitragshöhe, die Beendigung der Versicherungen, Änderungen der Art der Leistungen privater Krankenversicherungen und privater Pflegeversicherungen, Änderungen der Zahl der aus der privaten Versicherung berechtigten Personen sowie die Überschreitung der allgemeinen Einkommensgrenze (Tz. 3.1) des Gesamteinkommens der Angehörigen.
- Bei ausschließlich **allgemeiner** Änderung des Beitrags zur privaten Krankenversicherung kann der Vordruck Inn II 222 verwendet werden.
- Freiwillig in der gesetzlichen Krankenkasse versicherte Beschäftigte müssen nach Ablauf des Kalenderjahres – bis Ende Februar des Folgejahres – eine von ihrer Krankenkasse ausgestellte Jahresbescheinigung als Nachweis über entrichtete Krankenversicherungsbeiträge formlos ihrem Personalservice übersenden.
- Beschäftigte, die bei der CITY BKK freiwillig krankenversichert sind und der sozialen Pflegeversicherung angehören, brauchen keine Bescheinigung beizubringen, wenn die Beiträge im Rahmen des maschinellen Abzugsverfahrens durch den Personalservice unmittelbar an die CITY BKK abgeführt werden.
- 8.1 Beschäftigte, die der sozialen Pflegeversicherung angehören, brauchen keine Bescheinigung bei Änderungen der Höhe der Pflegeversicherungsbeiträge einzureichen.
- 9 Aus steuerlichen Gründen müssen **privat versicherte Beschäftigte**, die einen Zuschuss nach § 257 SGB V und § 61 SGB XI erhalten, bis Ende Februar eines jeden Jahres eine **Bescheinigung** ihres Versicherungsunternehmens über die im abgelaufenen Kalenderjahr tatsächlich entrichteten Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge bei ihrem Personalservice einreichen.

V. Sonstiges

- 10 Die Ansprüche auf den Beitragszuschuss nach § 257 SGB V und § 61 SGB XI verjähren in vier Jahren nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem sie fällig geworden sind. Für Streitigkeiten wegen der Beitragszuschüsse nach § 257 SGB V und § 61 SGB XI ist die Zuständigkeit der Sozialgerichte gegeben.
- 11 Wegen der Auswirkungen der Zahlung des Beitragszuschusses nach § 257 SGB V auf die Gewährung von Beihilfen wird auf die Ausführungsvorschriften zum Tarifvertrag vom 26. Mai 1964 über die Gewährung von Beihilfen an Angestellte, Lehrlinge und Anlernlinge (Anlage zum Umdruckschreiben der Senatsverwaltung für Inneres vom 10. März 1971 – II B 4 – 0508/040 -, Umdruckschreiben der Senatsverwaltung für Inneres vom 20. April 1971 – II B 4 – 0508/040/II C 6 sowie Umdruckschreiben der Senatsverwaltung für Inneres vom 30. Juli 1971 – II B 4 – 0508/040 -) und auf die Rundschreiben II Nrn. 36/1974, 105/1985, 27/1986, 51/1989 der Senatsverwaltung für Inneres verwiesen.