

Senatsverwaltung für Inneres



Senatsverwaltung für Inneres, Klosterstraße 47, 10179 Berlin

An die Senatsverwaltungen (einschließlich Senatskanzlei)
 die Verwaltung des Abgeordnetenhauses
 den Präsidenten des Verfassungsgerichtshofes
 den Präsidenten des Rechnungshofes
 den Berliner Beauftragten für den Datenschutz und das
 Recht auf Akteneinsicht
 die Bezirksämter
 die Sonderbehörden
 die nichtrechtsfähigen Anstalten
 die Krankenhausbetriebe

nachrichtlich

an die Eigengesellschaften
 die gemischtwirtschaftlichen Unternehmen,
 an denen Berlin überwiegend beteiligt ist
 die Körperschaften, Anstalten und Stiftungen
 des öffentlichen Rechts
 den Hauptpersonalrat

GeschZ. (bei Antwort bitte angeben)
 ZS A 12 – 076/524

Hr. Piske

Dienstgebäude: Berlin-Mitte

Klosterstraße 47, 10179 Berlin

Verkehrsverbindung U 2 Klosterstraße

Zimmer 2808

Telefon (0 30) 90 27-1060

Telefax (0 30) 90 27-11 34

Vermittlung (0 30) 90 27-0

Intern (927)

E-Mail

Internet <http://www.berlin.de>

Datum 23.01.2001

Rundschreiben ZS Nr. 13 /2001

Betr.: Durchführung des § 257 SGB V und des § 61 SGB XI (Beitragszuschüsse für Arbeiter und Angestellte zur freiwilligen bzw. privaten Krankenversicherung sowie zur sozialen bzw. privaten Pflegeversicherung)
 - Fortschreibung unseres Rundschreibens ZS Nr. 4/2000 vom 10. 1. 2000 -

6 Anlagen

Inhalt:

Informationen für die personalaktenführenden Stellen sowie die Gehalts- und Lohnstellen

- Änderung von Entgelt- und Einkommensgrenzen sowie der Berechnungsfaktoren für die Beitragszuschüsse zum 1. Januar 2001
- Umrechnung der Beitragszuschüsse für freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung und privat Versicherte ab 1. Januar 2001
- Bescheinigungen von Beschäftigten, die freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung bzw. bei einem privaten Versicherungsunternehmen kranken- und pflegeversichert sind
- Bekanntgabe aktualisierter Hinweise zur Durchführung des § 257 SGB V

- Überwachung des Eingangs von Bescheinigungen der privaten Krankenversicherungsunternehmen gem. § 257 Abs. 2a Satz 3 SGB V durch die Personalaktenführenden Stellen

1 Rechtsangleichung in der gesetzlichen Krankenversicherung

1.1 Gesetzliche Kranken- und soziale Pflegeversicherung

Durch das Gesetz zur Rechtsangleichung in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2657) ist mit Wirkung vom 1. Januar 2001 an die Rechtskreistrennung (Sozialversicherungs-Rechtskreise West und Ost) in der gesetzlichen Krankenversicherung aufgehoben worden. Von diesem Zeitpunkt an gelten in der Kranken- und Pflegeversicherung im gesamten Bundesgebiet einheitliche Rechengrößen (Bezugsgröße und Beitragsbemessungsgrenze). Daraus ergibt sich, dass die Krankenkassen, die in beiden Sozialversicherungs-Rechtskreisen vertreten sind, ab 1.1.2001 einheitliche Beitragssätze erheben. In der Renten- und Arbeitslosenversicherung ist dagegen auch über den 31. Dezember 2000 hinaus zwischen den Sozialversicherungs-Rechtskreisen Ost und West zu unterscheiden.

1.2 Zeitversetzte Rechtsangleichung hinsichtlich des Beitragszuschusses für eine private Krankenversicherung

Der Beitragszuschuss zur privaten Krankenversicherung richtet sich u.a. nach dem durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatz aller Krankenkassen nach dem Stand des Vorjahres.

Zum 1. Januar 2000 wurden vom Bundesministerium der Gesundheit für die Sozialversicherungs-Rechtskreise Ost und West noch unterschiedliche allgemeine Beitragssätze ermittelt. Dadurch kommt es hinsichtlich des Arbeitgeberzuschusses für eine private Krankenversicherung zu einer zeitversetzten Rechtsangleichung gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung, so dass die Höchstzuschüsse zur privaten Krankenversicherung im Jahr 2001 noch differieren (vgl. Tzn. 4.1.1 und 4.1.2).

2 Änderung von Entgelt- und Einkommensgrenzen ab 1. Januar 2001

Die jeweilige Höhe der im Kalenderjahr 2001 geltenden Entgelt- und Einkommensgrenzen (Jahresarbeitsentgelt- und Beitragsbemessungsgrenzen, Entgeltgrenze für die Versicherungsfreiheit geringfügig entlohnter Beschäftigten, Einkommensgrenzen für den Anspruch auf Familienversicherung) ergibt sich aus der *Anlage 1*.

3 Umrechnung von Beitragszuschüssen zum 1. Januar 2001 für freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherte

3.1 Durch die Änderung der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung hat sich die Grundlage für die Bemessung der Beitragszuschüsse für die bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig versicherten Beschäftigten vom 1. Januar 2001 an verändert, so dass eine Neuberechnung der Beitragszuschüsse erforderlich wurde.

3.2 Verfahren

3.2.1 Die Beitragszuschüsse zur Krankenversicherung sind im ADV-Verfahren Tarif des Landesverwaltungsamtes Berlin zum 1. Januar 2001 unter Berücksichtigung der geänderten Beitragsbemessungsgrenze umgerechnet worden. Im ADV-Verfahren Tarif erhalten die Zuschussempfänger seit dem 1. Januar 1998 grundsätzlich laufend die monatlichen Höchstbeträge der Beitragszuschüsse zur freiwilligen Krankenversicherung, auch wenn ihr laufendes monatliches Arbeitsentgelt unter der

monatlichen Beitragsbemessungsgrenze in der Krankenversicherung liegt (Vereinfachungsregelung gemäß unserem Rundschreiben ZS (V) Nr. 72/1997).

Bei Neufällen ist ggf. zu prüfen, ob die Vereinfachungsregelung (Zahlung des Höchstbetrages des Beitragszuschusses) angewendet werden kann.

3.2.2 Für Beschäftigte, die bei der Betriebskrankenkasse des Landes Berlin (BKK Berlin) freiwillig krankenversichert sind und deren Beiträge im Gehaltsabzugsverfahren entrichtet werden, werden der einzubehaltende Krankenversicherungsbeitrag und der Beitragszuschuss auf der Grundlage des erzielten sozialversicherungspflichtigen Arbeitsentgelts maschinell berechnet. Es ist daher nichts zu veranlassen.

4 Berechnung von Beitragszuschüssen für die bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versicherten Beschäftigten

4.1 Der Beitragszuschuss zur privaten Krankenversicherung beträgt die Hälfte des Betrages, der sich unter Anwendung des durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes der Krankenkassen vom 1. Januar des Vorjahres und der bei Versicherungspflicht zugrunde zu legenden beitragspflichtigen Einnahmen als Beitrag ergibt (vgl. Tz. 4 unseres Rundschreibens ZS Nr. 10/1998). Der Zuschuss beträgt höchstens jedoch die Hälfte des Betrages, den der Beschäftigte tatsächlich für seine Krankenversicherung zu zahlen hat.

4.1.1 Der vom 1. Januar 2001 an geltende durchschnittliche allgemeine Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung ist zum Stichtag 1. Januar 2000 festgesetzt worden

- im Sozialversicherungs-Rechtskreis West
(einschließlich Gesamt-Berlin) mit 13,5 v.H. und
- im Sozialversicherungs-Rechtskreis Ost mit 13,8 v.H.

4.1.2 Damit beträgt der auf den fiktiven (durchschnittlichen) Arbeitgeberanteil begrenzte Höchstzuschuss

- im Sozialversicherungs-Rechtskreis West
(einschließlich Gesamt-Berlin) 440,44 DM (= 225,19 EUR. *) und
- im Sozialversicherungs-Rechtskreis Ost 450,23 DM (= 230,20 EUR.).

4.1.3 Die Zuschüsse für Beschäftigte, die bei einem privaten Versicherungsunternehmen krankenversichert sind, wurden im ADV-Verfahren Tarif des Landesverwaltungsamtes Berlin zum 1. Januar 2001 unter Berücksichtigung der aktuellen Höchstzuschüsse neu berechnet.

4.2 Zuschuss für privat Versicherte, die bei Mitgliedschaft in einer Krankenkasse keinen Anspruch auf Krankengeld hätten

Wir weisen nochmals darauf hin, dass für privat Versicherte, die im Falle einer Mitgliedschaft in einer Krankenkasse (also in der gesetzlichen Krankenversicherung) keinen Anspruch auf Krankengeld hätten, bei der Berechnung des Zuschusses nur **neun Zehntel** des durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes (Tz. 4.1.1) anzusetzen sind (vgl. Tz. 4.2 unseres Rundschreibens ZS Nr. 10/1998).

5 Beitragsbemessungsgrenze, Beitragssatz und Zuschuss in der Pflegeversicherung

5.1 Die Beitragsbemessungsgrenze in der sozialen Pflegeversicherung entspricht der in der Krankenversicherung maßgeblichen Beitragsbemessungsgrenze und beträgt für das Jahr 2001 **bundeseinheitlich 6.525 DM** monatlich.

5.2 Für die Berechnung des Beitragszuschusses zur sozialen und zur privaten Pflegeversicherung sind ab 1.1.2001 folgende Faktoren maßgebend:

Versicherungszweig	Ab	Privater AG-Anteil	Abtragsbeitrag des privaten AG-Anteils für laufendes Antragsentgelt
Pflegeversicherung (bundeseinheitlich)	1.1.2001	0,85 %	55,46 DM (≈ 28,36 EUR.)

*)Umrechnungskurs: 1,95683

5.3 Berechnung des Beitragszuschusses zur sozialen Pflegeversicherung

Für die maschinelle Berechnung der Beitragszuschüsse zur sozialen Pflegeversicherung im ADV-Verfahren Tarif des Landesverwaltungsamtes Berlin gelten die Ausführungen unter Tz. 3.2 sinngemäß.

5.4 Verfahren zur Umrechnung des Beitragszuschusses zur privaten Pflegeversicherung

Die Beitragszuschüsse zur privaten Pflegeversicherung sind im ADV-Verfahren Tarif des Landesverwaltungsamtes Berlin zum 1. Januar 2001 unter Berücksichtigung des geänderten Arbeitgeberanteils umgerechnet worden. Unterhalten Beschäftigte ihre Pflegeversicherung bei einem privaten Versicherungsunternehmen, ist eine Datenaufgabe zu den Feldern "PV-Zuschuss (Gesamtbeitrag)" und "PV-Zuschuss-Schlüssel" erforderlich, wenn eine Bescheinigung des privaten Versicherungsunternehmens über eine Änderung des Pflegeversicherungsbeitrages vorgelegt wird. Derartige Bescheinigungen über Beitragsänderungen sind ohne Verwendung des Vordrucks Inn II 227 einzureichen.

6 Beitragsnachweis 2000 und Prüfung der Beitragszuschüsse

6.1 Als Nachweis für die im abgelaufenen Kalenderjahr entrichteten Beiträge haben die Zuschussempfänger ihrer Gehalts- und Lohnstelle (Personal-Service-Bereich) eine entsprechende Bescheinigung ihrer Krankenkasse bzw. ihres privaten Versicherungsunternehmens zu übersenden. Die freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten müssen nur die entrichteten Krankenversicherungsbeiträge des abgelaufenen Kalenderjahres nachweisen (vgl. Tz. 6 unseres Rundschreibens ZS Nr. 10/1998). Aus steuerlichen Gründen ist bei privat Versicherten für das vergangene Jahr eine Bescheinigung über die entrichteten Beiträge sowohl zur privaten Kranken- als auch zur Pflegeversicherung erforderlich.

6.2 Angestellte und Arbeiter, für die im ADV-Verfahren Tarif des Landesverwaltungsamtes Berlin nach dem Stand des Änderungsdienstes Dezember 2000 ein Beitragszuschuss zur freiwilligen Krankenversicherung (Wert "A", "K" oder "Z" im Feld "KV-Zuschuss-Schlüssel") bzw. zur privaten Krankenversicherung gespeichert ist (Wert "E", "F" oder "P" im Feld "KV-Zuschuss-Schlüssel"), wurden durch ein maschinell erstelltes Schreiben (Vordruck Inn II 224 - Z - vgl. *Anlage 2* bzw. Vordruck Inn II 224 - P - vgl. *Anlage 3*) darüber informiert, dass die Bescheinigungen bis spätestens Ende Februar 2001 bei ihrem Personal-Service-Bereich einzureichen sind. Von dem Ausdruck des Vordrucks Inn II 224 - Z - ausgenommen sind die freiwillig bei der BKK Berlin versicherten Beschäftigten, deren Beiträge zur Krankenversicherung nach dem Stand Dezember 2000 im Gehaltsabzugsverfahren entrichtet wurden, es sei denn, dass sie ihre Pflegeversicherung bei einem privaten Versicherungsunternehmen abgeschlossen haben; in diesen Fällen wurde der Vordruck Inn II 224 - P - gem. *Anlage 3* maschinell ausgedruckt.

6.3 Der Personal-Service-Bereich überwacht den rechtzeitigen Eingang der Nachweise und prüft, ob bei den freiwillig Versicherten die für 2000 entrichteten Krankenversicherungsbeiträge und bei den privat Versicherten die für 2000 entrichteten Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge der Berechnung der Beitragszuschüsse in zutreffender Höhe zugrunde gelegt worden sind.

6.4 Zur Überwachung des Eingangs der Bescheinigungen haben die am ADV-Verfahren Tarif des Landesverwaltungsamtes Berlin teilnehmenden Personal-Service-Bereiche nach Buchhaltungen sortierte Listen erhalten, in denen die Fälle aufgeführt sind, für die die Vordrucke Inn II 224 - Z - und Inn II 224 - P - ausgefertigt wurden.

7 Neufassung der Hinweise des Bundesministeriums des Innern zur Durchführung des § 257 SGB V

7.1 Im Hinblick auf zahlreiche Änderungen des Krankenversicherungsrechts hat das Bundesministerium des Innern (BMI) mit Datum vom 9. Oktober 2000 eine Neufassung seiner Hinweise zur Durchführung des § 257 SGB V veröffentlicht, die wir als *Anlage 4* mit der Bitte um Beachtung bekannt geben. Wesentliche Änderungen der Neufassung sind durch Kursivdruck kenntlich gemacht. Die unserem Rundschreiben ZS Nr. 10/1998 als *Anlage 1* beigefügten Hinweise des BMI zur Durchführung des § 257 SGB V sind damit gegenstandslos.

7.2 Wir weisen in diesem Zusammenhang auf Folgendes hin:

7.2.1 Aufhebung der Rechtskreistrennung West/Ost in der Krankenversicherung (vgl. Abschnitt I Nr. 2 Buchstabe e und Nr. 7 und Abschnitt III Nr. 1 Buchstabe a letzter Absatz der Durchführungshinweise des BMI)

Zu der am 1. Januar 2001 in Kraft getretenen Aufhebung der Trennung der Sozialversicherungs-Rechtskreise West/Ost in der gesetzlichen Krankenversicherung verweisen wir auf die Ausführungen unter Tz. 1 dieses Rundschreibens.

7.2.2 Versicherungsfreiheit nach § 6 Abs. 3 a SGB V (vgl. Abschnitt I Nr. 2 Buchstabe f der Durchführungshinweise des BMI)

Die Versicherungsfreiheit nach § 6 Abs. 3 a SGB V für Beschäftigte, die das 55. Lebensjahr vollendet haben und bestimmte Voraussetzungen erfüllen, haben wir unter Abschnitt I und Abschnitt II Nr. 4 unseres Rundschreibens ZS Nr. 48/2000 näher erläutert.

7.2.3. Änderung der Anspruchsvoraussetzungen für den Beitragszuschuss zur privaten Krankenversicherung (Abschnitt II Nr. 2 Buchstabe a der Durchführungshinweise des BMI), hier: Bescheinigung über aufsichtsbehördliche Bestätigung

Seit dem 1. Juli 2000 ist der Anspruch auf den Beitragszuschuss nach § 257 SGB V daran geknüpft, dass der Vertrag mit den privaten Krankenversicherungsunternehmen - über die bereits seit 1994 geforderten Voraussetzungen (vgl. unser Rundschreiben ZS Nr. 54/1994) hinaus - auch hinsichtlich bestimmter struktureller Kriterien mit der Qualität des Schutzes in der gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbar ist (vgl. § 257 Abs. 2 a SGB V i.d.F. des Artikels 1 Nr. 69 Buchstabe b des GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000 vom 22. Dezember 1999 - BGBl. I S. 2626). Unter Nummer 5 unseres Rundschreibens ZS Nr. 48/2000 ist auf diese Regelung bereits hingewiesen worden.

Die Zuschussempfänger müssen die Erfüllung dieser Anspruchsvoraussetzung ihrem Arbeitgeber nachweisen. Hierzu haben sie ihrem Arbeitgeber eine Bescheinigung ihres privaten Krankenversicherungsunternehmens darüber vorzulegen, dass die Aufsichtsbehörde dem Versicherungsunternehmen bestätigt hat, dass es die Versicherung, die Grundlage des Versicherungsvertrages ist, nach den Voraussetzungen des § 257 Abs. 2 a Satz 1 SGB V in der vom 1. Juli 2000 an geltenden Fassung betreibt. Die Bescheinigung ist zu den Lohnunterlagen zu nehmen.

Im ADV-Verfahren Tarif des Landesverwaltungsamtes Berlin werden Angestellte und Arbeiter, die nach dem Stand des Änderungsdienstes März 2001 einen Beitragszuschuss zur privaten Krankenversicherung erhalten, durch ein maschinell ausgedrucktes Schreiben gemäß *Anlage 5* gebeten, ihrem Personal-Service-Bereich die erforderliche Bescheinigung ihres Krankenversicherungsunternehmens vorzulegen. Der Eingang der entsprechenden Bescheinigung ist von den personalaktenführenden Stellen zu überwachen. Zu diesem Zweck erhalten die personalaktenführenden Stellen Listen der Fälle, in denen der Ausdruck gemäß *Anlage 5* erstellt worden ist.

Eine entsprechende Bescheinigung muss dem Arbeitgeber jeweils nach Ablauf von drei Jahren, also erneut zum 1. Juli 2003, vorgelegt werden (vgl. § 257 Abs. 2 a Satz 3 SGB V n.F.). Von den personalaktenführenden Stellen ist zu überwachen, dass eine solche Bescheinigung jeweils nach Ablauf von drei Jahren erneut vorgelegt wird. Zu diesem Zweck sind die privat krankenversicherten Zuschussempfänger rechtzeitig vor Ablauf der drei Jahre an ihre Verpflichtung schriftlich zu erinnern.

7.2.4 Änderungen beim Anspruch auf Familienversicherung nach § 10 SGB V (vgl. Abschnitt III Nr. 2 Buchstabe c letzter Absatz der Durchführungshinweise des BMI)

7.2.4.1 Ehegatten sind für die Dauer der Schutzfristen nach § 3 Abs. 2 und § 6 Abs. 1 des Mutterschutzgesetzes sowie des Erziehungsurlaubs (jetzt Elternzeit) von der Familienversicherung nach § 10 SGB V ausgenommen, wenn sie zuletzt vor diesen Zeiträumen nicht gesetzlich krankenversichert waren (§ 10 Abs. 1 letzter Satz SGB V). Dementsprechend ist von uns unter Nummer 6 unseres Rundschreibens ZS Nr. 48/2000 die Auffassung vertreten worden, dass ein privat krankenversicherter Arbeitnehmer während der Schutzfristen und des Erziehungsurlaubs seines Ehegatten keinen Anspruch auf einen (erweiterten) Beitragszuschuss zu den Aufwendungen des privat krankenversicherten Ehegatten für seine Krankenversicherung hat.

7.2.4.2 Dem Abschnitt III Nr. 2 Buchstabe c vorletzter und letzter Absatz der Durchführungshinweise des BMI ist dagegen zu entnehmen, dass in solchen Fällen weiterhin ein erweiterter Beitragszuschuss zusteht. Auf unsere Nachfrage ist vom BMI eine Klärung der Frage beim fachlich zuständigen Bundesministerium eingeleitet worden. Bis zum Abschluss der Klärung bitten wir, weiterhin nach Nummer 6 unseres Rundschreibens ZS Nr. 48/2000 zu verfahren. Wir werden zu gegebener Zeit auf die Angelegenheit zurückkommen.

7.2.5 Bezuschussung des Beitragszuschlags zur Prämienermäßigung im Alter (vgl. Abschnitt III Nr. 2 Buchstabe h der Durchführungshinweise des BMI)

Zuschussfähig sind auch die Beitragszuschläge nach § 12e Versicherungsaufsichtsgesetz i.d.F. des Artikels 14 Nr. 5 GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000. Nach dieser Vorschrift wird der Zuschlag in Höhe von 10 % zur Prämienermäßigung im Alter für die vor dem 1. Januar 2000 geschlossenen Versicherungsverträge in der Weise erhoben, dass der Beitrag jährlich um jeweils 2 % - höchstens 10 % - angehoben wird. In solchen Fällen haben die Versicherten das Recht, der Zuschlagserhebung binnen 3 Monaten mit der Folge zu widersprechen, dass der Zuschlag nicht erhoben wird.

7.3 Im Übrigen geben wir zu den Durchführungshinweisen des Bundesministeriums des Innern noch folgende ergänzenden Hinweise:

7.3.1 Zu Abschnitt IV Nr. 5 der Durchführungshinweise:

Der erste Absatz ist auch weiterhin nicht anzuwenden, weil nach dem im Bereich der Berliner Verwaltung üblichen Verfahren die Beihilfenstelle die in Einzelfällen erforderlichen Informationen beim Personal-Service-Bereich bei Bedarf einholt.

Zum zweiten Absatz wird darauf hingewiesen, dass das Land Berlin auch an neu eingestellte Arbeitnehmer weiterhin Beihilfe gewährt.

7.3.2 Zu Abschnitt IV Nr. 6 der Durchführungshinweise wird erneut darauf hingewiesen, dass der Beitragszuschuss auch nicht für Zeiten zusteht, für die ein Anspruch auf Krankengeldzuschuss nach § 34 Abs. 4 BMT-G/BMT-G-O besteht.

7.3.3 Auf den Abdruck des den Durchführungshinweisen beigefügten Vordruckmusters (Erklärung betreffend Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag nach § 257 SGB V) wurde verzichtet, weil für den Landesbereich zur Geltendmachung des Anspruchs auf den Beitragszuschuss nach § 257 SGB V der Vordruck Inn II 220 zur Verfügung steht.

Im Auftrag
Marten

Anlage 1

Stand 1. Januar 2001

Entgelt- und Einkommensgrenzen in der
Krankenversicherung)

- 1 Die **Jahresarbeitsentgeltgrenze (Krankenversicherungspflichtgrenze)**, zugleich **Beltragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung**, beträgt im Kalenderjahr 2001

- 2 Die nach § 7 SGB V in Verbindung mit § 8 Abs. 1 Nr. 1 SGB IV für die Beurteilung der **Versicherungsfreiheit geringfügig entlohnter Beschäftigungen** (neben der zeitlichen Grenze) maßgebende Entgeltgrenze beträgt im Kalenderjahr 2001

- 3 Die nach § 10 Abs. 1 Nr. 5 SGB V für den Anspruch auf Familienversicherung maßgebende Einkommensgrenze (**allgemeine Einkommensgrenze**) beläuft sich im Kalenderjahr 2001 auf

- 4 Die nach § 10 Abs. 3 SGB V in bestimmten Fällen für den Anspruch auf Familienversicherung für Kinder maßgebende Einkommensgrenze in Höhe eines Zwölftels der Jahresarbeitsentgeltgrenze (**besondere Einkommensgrenze**) beläuft sich im Kalenderjahr 2001 auf

(Bundeseinheitlich)	
jährlich	
78.300 DM (40034,16 EUR.) *)	6.525 DM (3336,18 EUR.)
	630 DM (322,11 EUR.)
	640 DM (327,23 EUR.)
	6.525 DM (3336,18 EUR.)

*) Umrechnungskurs 1,95583

Anlage z
(ohne Rückseite)

Ausgefertigt vom Landesverwaltungsamt Berlin
im Auftrag der zuständigen Abrechnungsstelle im Dezember 2000

Abrechnungsstelle Kapitel	Personal Nr. Quili.Nr.	Buchhaltung Pers.St.
Beschäftigungsstelle		

Betr.: Beitragszuschüsse des Arbeitgebers nach § 257 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr,

wir hatten Sie mit Ablauf des Jahres 1999 dahingehend unterrichtet, dass von den in der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig versicherten Beschäftigten ein Nachweis über entrichtete Krankenversicherungsbeiträge in Form der Jahresbescheinigung erforderlich ist.

Wie im Vorjahr bitten wir Sie nunmehr, auch für das ablaufende Kalenderjahr 2000 eine von Ihrer Krankenkasse ausgestellte Jahresbescheinigung über die von Ihnen entrichteten Krankenversicherungsbeiträge bis **Ende Februar** des kommenden Jahres Ihrem Personalservice-Bereich (Gehalts- und Lohnstelle) formlos zu übersenden. Sofern dies der Arbeitserleichterung Ihrer Krankenkasse dient, können Sie die Höhe der von Ihnen entrichteten Krankenversicherungsbeiträge auch auf der Rückseite dieses Schreibens von Ihrer Krankenkasse bestätigen lassen. Für die Beiträge zur Pflegeversicherung ist eine entsprechende Jahresbescheinigung nicht erforderlich.

Für Beschäftigte, die bei der Betriebskrankenkasse des Landes Berlin freiwillig krankenversichert sind, ist die Einreichung einer Jahresbescheinigung nicht erforderlich, wenn die Krankenversicherungsbeiträge im Rahmen des Gehaltsabzugsverfahrens unmittelbar an die Betriebskrankenkasse abgeführt werden.

Mit freundlichen Grüßen
Ihr Personalservice

Ausgefertigt vom Landesverwaltungsamt Berlin
im Auftrag der zuständigen Abrechnungsstelle im Dezember 2000

Abrechnungsstelle	Personal Nr.	Buchhaltung
Kapitel	Quili.Nr.	Pers.St.
Beschäftigungsstelle		

Betr.: Beitragszuschüsse des Arbeitgebers nach § 257 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) und § 61 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI)

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr,

für die Steuerfreiheit des Beitragszuschusses, den Sie nach § 257 SGB V zu den Aufwendungen für Ihre private Krankenversicherung und zu den Aufwendungen zur privaten Pflegeversicherung nach § 61 SGB XI erhalten, werden Sie gebeten, Ihrem Personalservice-Bereich eine **Bescheinigung** über die Höhe der von Ihnen im ablaufenden Kalenderjahr entrichteten Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge einzureichen.

Die Bescheinigungen sind von Ihrem (Kranken-) Versicherungsunternehmen auszustellen und müssen Ihrem Personalservice-Bereich bis spätestens **Ende Februar** des nächsten Jahres vorliegen.

Beachten Sie bitte, dass Bescheinigungen hinsichtlich aller Krankenversicherungsverhältnisse und aller Pflegeversicherungsverhältnisse einzureichen sind, die bei der Bemessung des Beitragszuschusses nach § 257 SGB V und § 61 SGB XI berücksichtigt worden sind.

Werden die für die Steuerfreiheit erforderlichen Bescheinigungen nicht erbracht, müssen von der Summe der Ihnen gewährten Beitragszuschüsse nachträglich Lohnsteuern und ggf. Sozialversicherungsbeiträge erhoben werden.

Verschiedene (Kranken-) Versicherungsunternehmen übersenden ihren Mitgliedern alljährlich unaufgefordert eine Bescheinigung über die im ablaufenden Kalenderjahr entrichteten Krankenversicherungsbeiträge und über entrichtete Beiträge dort bestehender Pflegeversicherungen. Sollten Sie derartige Bescheinigungen erhalten, werden Sie gebeten, diese Bescheinigungen an Ihren Personalservice-Bereich unverzüglich weiterzuleiten. Sofern Ihnen keine derartigen Bescheinigungen zugehen sollten, können Sie die Höhe der von Ihnen im ablaufenden Kalenderjahr entrichteten Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge sowie die Höhe der vom 1. Januar des neuen Kalenderjahres an zu entrichtenden monatlichen Beiträge von Ihrem (Kranken-) Versicherungsunternehmen auf der Rückseite dieses Schreibens bestätigen lassen.

Sollte die Pflegeversicherung nicht bei dem (Kranken-) Versicherungsunternehmen bestehen, wo Sie krankenversichert sind, bitten wir Sie aus datenschutzrechtlichen Gründen, die erforderlichen Angaben unter Verwendung einer Kopie dieses Vordruckes jeweils getrennt bestätigen zu lassen bzw. eine formlose Bescheinigung bei den zuständigen Versicherungsunternehmen anzufordern und an Ihren Personalservice-Bereich weiterzuleiten.

Hinweis nur für die Angestellten des Tarifgebietes West:

Wenn Sie am 30. Juni 1994 in einem Arbeitsverhältnis gestanden haben, das am 1. Juli 1994 zu demselben Arbeitgeber fortbestanden hat, erhalten Sie im Falle einer z.B. durch Unfall oder durch Krankheit verursachten Arbeitsunfähigkeit bei Erfüllung bestimmter Voraussetzungen Krankenbezüge in Höhe der Urlaubsvergütung für den sechs Wochen überschreitenden Zeitraum.

Die Krankenbezüge werden in solchen Besitzstandsfällen nach § 71 BAT nach einer Dienstzeit von mindestens **zwei Jahren bis zum Ende der 9. Woche, drei Jahren bis zum Ende der 12. Woche, fünf Jahren bis zum Ende der 15. Woche, acht Jahren bis zum Ende der 18. Woche, zehn Jahren bis zum Ende der 26. Woche** seit dem Beginn der Arbeitsunfähigkeit gezahlt.

Der Beginn Ihrer Dienstzeit ist Ihnen von Ihrem Personalservice-Bereich mitgeteilt worden, so dass Sie feststellen können, für welche Dauer Ihnen Krankenbezüge nach § 71 BAT zustehen. Sollten Sie Zweifel über die Dauer Ihres Anspruchs auf Krankenbezüge haben, wenden Sie sich bitte an Ihren Personalservice-Bereich.

Sofern Sie nach § 71 BAT Anspruch auf Krankenbezüge für einen sechs Wochen überschreitenden Zeitraum erreicht haben und aufgrund Ihrer Krankentagegeldversicherung die Zahlung von Krankentagegeld bereits während der Zahlung der Krankenbezüge einsetzt, sollten Sie sich mit Ihrem privaten Krankenversicherungsunternehmen in Verbindung setzen, um den Beginn der Zahlung des Krankentagegeldes an den Zeitpunkt des Wegfalls Ihres Anspruchs auf Zahlung von Krankenbezügen anzupassen. Dadurch können Sie den Beitrag für Ihre private Krankenversicherung reduzieren.

Vergessen Sie bitte nicht, den aufgrund dieser Anpassung neu festgesetzten Beitrag für Ihre private Krankenversicherung Ihrem Personalservice-Bereich mitzuteilen, damit auch der Beitragszuschuss entsprechend angepasst werden kann.

Mit freundlichen Grüßen
Ihr Personalservice

Durchführung des § 257 SGB V

Bezug: Meine Rundschreiben vom 6. Oktober 1997 (GMBI S. 510) – D II 4 – 220 707/22 – und vom 25. Februar 2000 (GMBI S. 287) – D II 2 – 220 770 – 1/18 –

– RdSchr. d. BMI v. 9. 10. 2000 – D II 2 – 220 707/22 –

Auf Grund

- der Artikel 1 und 3 des Gesetzes zur Stärkung der Solidarität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz – GKV-SolG) vom 19. Dezember 1998 (BGBl. I S. 3853)
- des Urteils des Bundessozialgerichts vom 8. Oktober 1998 – B 12 KR 19/97-R –
- des Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000) vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626)
- des Gesetzes zur Rechtsangleichung in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2657)

ist eine Anpassung meines Rundschreibens vom 6. Oktober 1997 zur Durchführung des § 257 SGB V erforderlich. Soweit sich im Vergleich zu den in meinem o. g. Bezugsrundschreiben vom 6. Oktober 1997 enthaltenen Aussagen wesentliche Änderungen ergeben haben, sind diese durch Kursivdruck kenntlich gemacht.

I. Personenkreis

1. Anspruchsberechtigt sind

- a) Angestellte und Arbeiter, deren regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt 75 v. H. der Beitragsbemessungsgrenze nach § 159 bzw. für das Beitrittsgebiet § 275 a SGB VI (Jahresarbeitsentgeltgrenze) übersteigt und die nur deswegen versicherungsfrei sind (§ 6 Abs. 1 Nr. 1, Abs. 4 SGB V, § 3 a Nr. 1 Zweites Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte – KVLG 1989 – bzw. für das Beitrittsgebiet § 309 Abs. 1 SGB V; ab 1. Januar 2001 Aufhebung der Rechtskreistrengung, vgl. Abschnitt I Nr. 7),

oder

Beschäftigte, die auf Antrag von der Versicherungspflicht befreit sind

und die

- b) freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung

oder

bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen unter den nachstehend erläuterten Voraussetzungen

versichert sind.

Ins Ausland entsandte Beschäftigte sind in sinnge-
mäßiger Anwendung der Richtlinien der Spitzen-
verbände der Kranken-, Unfall- und Rentenver-
sicherungsträger zur „Ausstrahlung“ vom 20. No-
vember 1997 (vgl. Zeitschrift „Die Beiträge“ Heft 2/
98, S. 89 ff.) lediglich für die Dauer der im Voraus

zeitlich begrenzten Beschäftigung im Ausland an-
spruchsberechtigt.

2. a) Arbeiter, die die Voraussetzungen des § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V bereits beim In-Kraft-Treten des Gesundheits-Reformgesetzes (GRG) vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2479) am 1. Januar 1989 erfüllten, sind von diesem Tage an versicherungsfrei. § 6 Abs. 4 SGB V ist in diesen Fällen nicht anwendbar, weil die Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht im Verlaufe des Kalenderjahres überschritten wird; wegen der Möglichkeit der freiwilligen Versicherung vgl. die Übergangsvorschrift des Artikels 59 Abs. 1 Nr. 1, Abs. 2 GRG.
- b) Auf Grund der Einfügung des § 3 a KVLG 1989 durch Artikel 11 Nr. 3 des Gesetzes zur Reform der agrarsozialen Sicherung – ASRG 1995 – vom 29. Juli 1994 (BGBl. I S. 1890) sind Arbeitnehmer, die als landwirtschaftliche Unternehmer dem Grunde nach die Voraussetzungen für die Versicherungspflicht nach § 2 Abs. 1 Nr. 1 oder 2 KVLG 1989 erfüllen, in der Krankenversicherung der Landwirte nicht mehr versicherungspflichtig, wenn sie die Voraussetzungen des § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V erfüllen. Wegen der Möglichkeit der freiwilligen Versicherung vgl. die Überleitungsvorschrift in § 63 Abs. 1 KVLG 1989.
- c) Überschreitet das regelmäßige Jahresarbeitsentgelt eines Angestellten oder Arbeiters die Jahresarbeitsentgeltgrenze, so endet die Versicherungspflicht mit Ablauf des Kalenderjahres, in dem die Grenze überschritten wird, wenn das Entgelt auch die vom 1. Januar des nächsten Kalenderjahres an geltende Jahresarbeitsentgeltgrenze übersteigt (§ 6 Abs. 4 SGB V). Nach § 190 Abs. 3 SGB V setzen diese Arbeitnehmer die Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung als freiwillige Mitglieder fort, es sei denn, sie erfüllen die Voraussetzungen für eine freiwillige Versicherung nach § 9 Abs. 1 Nr. 1 SGB V nicht. Die freiwilligen Mitglieder können innerhalb von zwei Wochen nach Hinweis der Krankenkasse auf die Austrittsmöglichkeit ihren Austritt erklären.
- Bisher krankenversicherungspflichtige Arbeitnehmer, die eine Beschäftigung bei einem anderen Arbeitgeber mit einem Arbeitsentgelt oberhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze aufnehmen, unterliegen auf Grund dieser Beschäftigung von Beginn an nicht der Krankenversicherungspflicht (vgl. § 190 Abs. 2, § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V). § 6 Abs. 4 SGB V findet in diesen Fällen keine Anwendung.
- d) Wird das Arbeitsentgelt rückwirkend erhöht, endet die Versicherungspflicht mit Ablauf des Kalenderjahres, in dem der Anspruch auf die rückwirkend erhöhten Bezüge (z. B. durch den Abschluss eines Tarifvertrages) entstanden ist.
- e) Die für das folgende Kalenderjahr geltende Beitragsbemessungsgrenze nach § 159 bzw. für das Beitrittsgebiet nach § 275 a SGB VI wird jeweils gegen Ende des vorhergehenden Jahres gemäß

§ 160 bzw. § 275 b SGB VI von der Bundesregierung mit Zustimmung des Bundesrates durch Rechtsverordnung im Voraus bestimmt. *Ab 1. Januar 2001 gilt § 159 SGB VI auch im Beitrittsgebiet (vgl. § 309 Abs. 1 Nr. 2 SGB V i. d. F. des Artikels 1 Nr. 2 des Gesetzes zur Rechtsangleichung in der gesetzlichen Krankenversicherung).*

- f) *Versicherungsfreiheit besteht auch für Beschäftigte, die auf Grund der Neuregelung des § 6 Abs. 3 a SGB V i. d. F. des Artikels 1 Nr. 3 GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 ab 1. Juli 2000 versicherungsfrei bleiben. Hierunter fallen Beschäftigte, die nach Vollendung des 55. Lebensjahres versicherungspflichtig nach § 5 SGB V würden (z. B. bei Eintritt in eine Teilzeitarbeit, wenn hierdurch die Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht überschritten würde), wenn sie in den letzten fünf Jahren vor Eintritt in die Versicherungspflicht nicht gesetzlich versichert waren, d. h. weder auf Grund einer Pflichtversicherung noch einer freiwilligen Versicherung oder einer Familienversicherung, und in mindestens der Hälfte dieser Zeit versicherungsfrei, von der Versicherungspflicht befreit oder nach § 5 Abs. 5 SGB V nicht versicherungspflichtig waren.*
3. a) Von der Versicherungspflicht befreit bleiben (soweit hier von Belang) Beschäftigte, die
- aa) bis zum 31. Dezember 1988 auf Grund der in § 405 RVO bezeichneten Vorschriften (§§ 173 b, 173 c, 173 f RVO oder Artikel 3 § 1 Abs. 4 des Gesetzes vom 24. August 1965 - BGBl. I S. 912 -) oder
- bb) nach dem 31. Dezember 1988 auf Grund des § 8 SGB V oder des Artikels 57 GRG von der Versicherungspflicht befreit worden sind. Darüber hinaus gehören zu den von der Versicherungspflicht befreiten Beschäftigten auch solche Personen, die vor dem 1. Januar 1989 auf Grund anderer als der in § 405 Abs. 1 RVO bezeichneten Vorschriften (z. B. nach § 173 oder § 173 a RVO) von der Versicherungspflicht befreit worden waren, sofern sie sich vom 1. Januar 1989 an nach § 8 SGB V von der Versicherungspflicht hätten befreien lassen können.
- b) So sind z. B. Empfänger einer Witwen- oder Waisenrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung, die vor dem 1. Januar 1989 nach § 173 a RVO von der Versicherungspflicht befreit worden sind, auch im Sinne des § 257 Abs. 2 SGB V von der Versicherungspflicht befreit, wenn sie sich - ungeachtet der Regelung in § 6 Abs. 3 SGB V - vom 1. Januar 1989 an nach § 8 Abs. 1 Nr. 4, Abs. 2 SGB V hätten befreien lassen können.
- c) Demgegenüber ist z. B. ein Ruhestandsbeamter, der vor dem 1. Januar 1989 nach § 173 RVO von der Versicherungspflicht befreit worden ist, nicht im Sinne des § 257 Abs. 2 SGB V von der Versicherungspflicht befreit, weil er - ebenfalls ungeachtet der Regelung in § 6 Abs. 3 SGB V - bereits nach § 6 Abs. 1 Nr. 6 SGB V versicherungs-

frei wäre und daher nicht mehr nach § 8 SGB V befreit werden könnte.

- d) Zu den Beschäftigten im Sinne des § 257 SGB V gehören auch gegen Arbeitsentgelt zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte (vgl. § 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V). So können z. B. Waisenrentenberechtigte, die nach § 8 Abs. 1 Nr. 4, Abs. 2 SGB V auf Antrag von der Versicherungspflicht befreit worden sind, einen Beitragszuschuss nach § 257 Abs. 2 SGB V erhalten, wenn sie in eine krankenversicherungspflichtige Berufsausbildung eintreten (vgl. § 6 Abs. 3 SGB V).

Auch Ärzte im Praktikum kommen hier in Betracht, die nach § 8 Abs. 1 Nr. 6 SGB V oder nach Artikel 57 GRG von der Versicherungspflicht befreit worden sind.

4. Angestellte und Arbeiter, deren regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt die Jahresarbeitsentgeltgrenze überschreitet, sind nicht anspruchsberechtigt, wenn sie auch aus einem anderen Grund versicherungsfrei sind; in diesem Fall sind sie nicht „nur“ wegen des Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze versicherungsfrei (vgl. z. B. Urteil des BSG vom 10. März 1994 - 12 RK 12/93 -, DÖD 1994 S. 202).
5. Übt ein Arbeitnehmer Beschäftigungen sowohl im Beitrittsgebiet als auch im übrigen Bundesgebiet aus, ist bis zum 31. Dezember 2000 (vgl. Abschnitt I Nr. 7) die Jahresarbeitsentgeltgrenze des Rechtskreises maßgebend, in dem die Beschäftigung mit dem höheren Arbeitsentgelt ausgeübt wird.
6. In der Zeit vom 1. Januar 1995 bis zum 31. Dezember 2000 (vgl. Abschnitt I Nr. 7) ist bei der Prüfung, ob Versicherungsfreiheit wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze besteht, bei Versicherten in Berlin-Ost die für Berlin-West geltende Jahresarbeitsentgeltgrenze heranzuziehen (vgl. § 308 Abs. 3 Satz 3 SGB V).
7. *Zum 1. Januar 2001 wird die Rechtskreistrennung in der gesetzlichen Krankenversicherung aufgehoben, so dass von diesem Zeitpunkt an die für die alten Länder geltende Jahresarbeitsentgeltgrenze auch im Beitrittsgebiet Anwendung findet (§ 309 Abs. 1 Nr. 2 SGB V i. d. F. des Artikels 1 Nr. 2 des Gesetzes zur Rechtsangleichung in der gesetzlichen Krankenversicherung).*

II. Anspruchsvoraussetzungen

1. Beschäftigte, die freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind

Zu den freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten gehören alle Beschäftigten, die bei einer in § 4 Abs. 2 SGB V bezeichneten Krankenkasse freiwillig versichert sind. Diese Beschäftigten brauchen lediglich den Nachweis ihrer freiwilligen Versicherung zu erbringen und die Höhe des von ihnen zu zahlenden Beitrags anzugeben.

2. Beschäftigte, die bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind

- a) Diese Beschäftigten erhalten den Zuschuss zu ihrem Krankenversicherungsbeitrag, wenn sie für sich und ihre Angehörigen, die bei V...

Nr. 60

GMBL 2000

rungspflicht des Beschäftigten nach § 10 SGB V versichert wären, Vertragsleistungen beanspruchen können, die der Art nach den Leistungen des SGB V entsprechen.

Seit 1. Juli 2000 ist die Gewährung eines Beitragszuschusses für die private Krankenversicherung weiter davon abhängig,

aa) dass die private Krankenversicherung einen Standardtarif anbietet (vgl. § 257 Abs. 2 a Satz 1 Nr. 2 bis 2 c SGB V i. d. F. des Artikels 1 Nr. 69 GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000), der Leistungen vorsieht, die den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbar sind. Der Beitrag darf den durchschnittlichen Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung nicht überschreiten. Bei Ehepaaren gelten zusammen 150 v. H. des durchschnittlichen Höchstbeitrages der gesetzlichen Krankenversicherung, solange das jährliche Gesamteinkommen der Ehegatten die Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht übersteigt (vgl. § 257 Abs. 2 a Satz 1 Nr. 2 SGB V).

Der Standardtarif muss für Beschäftigte zugänglich sein

aaa) die das 65. Lebensjahr vollendet haben und über eine Vorversicherungszeit von mindestens zehn Jahren in einem substitutiven Versicherungsschutz nach § 12 Abs. 1 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) verfügen (vgl. § 257 Abs. 2 a Satz 1 Nr. 2 SGB V),

bbb) die das 55. Lebensjahr vollendet haben und kein jährliches Gesamteinkommen haben, das die Jahresarbeitsentgeltgrenze überschreitet, wenn sie die o. g. Vorversicherungszeit erfüllen (§ 257 Abs. 2 a Satz 1 Nr. 2 zweiter Halbsatz SGB V),

ccc) die das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, wenn die übrigen Voraussetzungen unter aaa) und bbb) erfüllt sind, und wenn diese Personen die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese beantragt haben, oder wenn sie ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften beziehen; dies gilt auch für Familienangehörige, die bei Versicherungspflicht des Versicherungsnehmers nach § 10 SGB V familienversichert wären (§ 257 Abs. 2 a Satz 1 Nr. 2 a SGB V),

ddd) die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe haben, wenn die übrigen Voraussetzungen unter aaa) und bbb) erfüllt sind. (Die bei der Beihilfe berücksichtigungsfähigen Angehörigen fallen ebenfalls hierunter.) Der Beitrag zum Standardtarif umfasst in

diesen Fällen prozentual den nicht durch die Beihilfe gedeckten Teil (§ 257 Abs. 2 a Satz 1 Nr. 2 b SGB V),

eee) die nach allgemeinen Aufnahmeregeln aus Risikogründen nicht oder nur zu ungünstigen Konditionen versichert werden könnten, wenn sie das Angebot des Standardtarifs unter den in ddd) genannten Voraussetzungen innerhalb der ersten sechs Monate nach der Feststellung der Behinderung oder der Berufung in das Beamtenverhältnis oder bis zum 31. Dezember 2000 annehmen (§ 257 Abs. 2 a Satz 1 Nr. 2 c SGB V).

bb) dass das Versicherungsunternehmen die Voraussetzungen des § 257 Abs. 2 a SGB V erfüllt. Hierzu hat der Versicherungsnehmer dem Arbeitgeber jeweils nach Ablauf von drei Jahren eine Bescheinigung des Versicherungsunternehmens darüber vorzulegen, dass die Aufsichtsbehörde (i. d. R. ist dies das Bundesaufsichtsamt für das Versicherungswesen) dem Versicherungsunternehmen bestätigt hat, dass es die Versicherung, die Grundlage des Versicherungsvertrages ist, nach den Voraussetzungen des § 257 Abs. 2 a Satz 1 SGB V betreibt (vgl. § 257 Abs. 2 a Satz 3 SGB V). Die der Bescheinigung zugrunde liegende Bestätigung kann auch von der Aufsichtsbehörde eines anderen EU-Staates ausgestellt sein, sofern diese zuständig ist (vgl. BT-Drucks. 12/3608, S. 116).

Soweit das private Krankenversicherungsunternehmen die Voraussetzungen des § 257 Abs. 2 a SGB V nicht erfüllt, kann der Versicherte seit 1. Juli 1994 den Versicherungsvertrag mit sofortiger Wirkung kündigen (vgl. § 257 Abs. 2 c SGB V).

b) Bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen sind Beschäftigte versichert, wenn sie einen Versicherungsvertrag mit einem Krankenversicherungsunternehmen abgeschlossen haben, das nicht zu den in § 4 Abs. 2 SGB V bezeichneten Krankenkassen gehört. Erfasst sind daher nicht nur Unternehmen in privatrechtlicher Rechtsform, sondern auch solche mit öffentlicher Rechtsfähigkeit. Es kann sich auch um ein Versicherungsunternehmen mit Sitz im Ausland handeln, sofern die Vertragsleistungen im Inland erbracht werden.

c) „Angehörige“ sind Personen, die im Falle der Pflichtversicherung des Beschäftigten nach § 10 SGB V als Familienangehörige versichert wären.

Zu den „Angehörigen“ gehören daher

aa) der Ehegatte und

bb) die Kinder einschließlich der nach § 10 Abs. 4 SGB V als Kinder geltenden Stiefkinder, Enkel und Pflegekinder sowie die mit dem Ziel der Annahme als Kind in die Obhut des Beschäftigten aufgenommenen Kinder,

sofern die in § 10 Abs. 1 SGB V erwähnten Voraussetzungen erfüllt sind. Kinder (Doppelbuchstabe bb) sind außerdem nur bis zu den in § 10 Abs. 2 SGB V bezeichneten Lebensaltersgrenzen und unter den dort genannten zusätzlichen Voraussetzungen berücksichtigungsfähig; sie können nicht berücksichtigt werden, wenn im Falle der Pflichtversicherung des Beschäftigten die Voraussetzungen des § 10 Abs. 3 SGB V gegeben wären.

- d) Die Voraussetzungen für eine Anwendung des § 257 Abs. 2 SGB V sind auch dann erfüllt, wenn der Beschäftigte und seine Angehörigen bei mehreren Krankenversicherungsunternehmen unter den in dieser Vorschrift genannten Voraussetzungen versichert sind. Hat der Beschäftigte Versicherungen bei mehreren Krankenversicherungsunternehmen abgeschlossen, wird der Zuschuss nur für Beiträge an solche Versicherungsunternehmen gewährt, die die Voraussetzungen des § 257 Abs. 2 a SGB V erfüllen.
- e) Eine Absicherung des gesamten Leistungskatalogs nach dem SGB V ist nicht erforderlich; dem zuschussberechtigten Beschäftigten bleibt es vielmehr überlassen, welche Leistungen er im Einzelnen absichern will (vgl. auch Töns, BB 1989 S. 140 ff.). Es kommt danach insbesondere nicht darauf an, ob etwa Anspruch auf Krankengeld oder auf eine dem Krankengeld entsprechende Leistung besteht. Andererseits sind Beitragsaufwendungen des Beschäftigten für eine private Versicherung, die solche Leistungen vorsieht, zuschussfähig.

III. Bemessung des Zuschusses

1. Beschäftigte, die freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind

- a) Der Beitragszuschuss für einen in der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig versicherten Beschäftigten (§ 257 Abs. 1 SGB V) beträgt die Hälfte des Beitrags, der bei Versicherungspflicht des Beschäftigten bei der Krankenkasse zu zahlen wäre, bei der die freiwillige Mitgliedschaft besteht; er darf jedoch die Hälfte des tatsächlich zu zahlenden Beitrags nicht übersteigen. Auf Grund dieser Regelung besteht kein Raum mehr für eine Bezuschussung von Aufwendungen für eine Zusatzversicherung bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen.

Bis zum 31. Dezember 2000 bemisst sich der Beitragszuschuss nach § 257 Abs. 1 SGB V bei Versicherten, die ihren Wohnsitz in den alten Bundesländern einschließlich Gesamt-Berlin haben und im Beitragsgebiet beschäftigt sind und deren freiwillige Versicherung bei einer gesetzlichen Krankenkasse in den alten Bundesländern nach § 173 SGB V fortbesteht, nach der Versicherung bei der Krankenkasse in den alten Bundesländern. Ab dem 1. Januar 2001 gilt § 309 Abs. 1 Nr. 2 SGB V i. d. F. des Artikels 1 Nr. 2 des Gesetzes zur Rechtsangleichung in der gesetzlichen Krankenversicherung (vgl. Abschnitt I Nr. 7).

- b) Bestehen innerhalb desselben Zeitraums mehrere Beschäftigungsverhältnisse, sind die Arbeitgeber nach dem Verhältnis der Höhe der jeweiligen Arbeitsentgelte zur Zahlung des Beitragszuschusses verpflichtet.

- c) Beschäftigte, deren Bezüge die Jahresarbeitsentgeltgrenze der gesetzlichen Krankenversicherung nicht schon auf Grund der laufenden Bezüge, sondern erst durch voraussehbare Einmalzahlungen überschreiten, unterliegen nicht der Krankenversicherungspflicht, da es nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V auf das regelmäßige Jahresarbeitsentgelt ankommt. Diese Beschäftigten werden daher als freiwillige Versicherte von dem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung ohne Rücksicht auf die Höhe des laufenden Arbeitsentgelts in Beitragsklassen für solche Arbeitnehmer eingestuft, die wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht krankenversicherungspflichtig sind. Es bestehen keine Bedenken, wenn der Arbeitgeber in solchen Fällen für jeden Monat einen Beitragszuschuss nach § 257 SGB V gewährt, der sich nicht an dem tatsächlichen monatlichen Arbeitsentgelt, sondern an dem Höchstbeitrag orientiert, weil der Arbeitgeber sonst Zuschüsse in dieser Höhe im Monat der Einmalzahlung gewähren müsste.

2. Beschäftigte, die bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind

- a) Auf Grund der durch Artikel 5 Nr. 14 des Gesetzes zur Reform der Arbeitsförderung (Arbeitsförderungs-Reformgesetz - AFRG) vom 24. März 1997 (BGBl. I 1997 S. 594, 693) erfolgten Änderung des § 257 SGB V beträgt seit 1. Januar 1998 der Beitragszuschuss nach § 257 Abs. 2 Satz 2 SGB V für einen bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen Versicherten von diesem Zeitpunkt an die Hälfte des Betrages, der sich unter Anwendung des durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes der Krankenkassen vom 1. Januar des Vorjahres (§ 245 SGB V) und der nach § 226 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V bei Versicherungspflicht zugrunde zu legenden beitragspflichtigen Einnahmen als Beitrag ergibt, höchstens jedoch die Hälfte des Betrages, den der Beschäftigte für seine Krankenversicherung zu zahlen hat. Das Abstellen auf die bei Versicherungspflicht zugrunde zu legenden beitragspflichtigen Einnahmen hat zur Folge, dass z. B. bei Beschäftigten, die nach einem Wechsel aus einer Voll- in eine Teilzeitbeschäftigung von der Versicherungspflicht befreit worden sind (§ 8 SGB V), anstelle des durchschnittlichen Höchstbeitrags das tatsächlich erzielte Entgelt für die Berechnung des Zuschusses maßgeblich ist.

- aa) Seit 1. Januar 1998 wird nach § 257 Abs. 2 a Satz 2 SGB V der durchschnittliche Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung jeweils zum 1. Januar nach dem durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatz der Krankenkassen vom 1. Januar des Vorjahres (§ 245 SGB V) und der Beitragsbemessungsgrenze (§ 223 Abs. 3 SGB V) errechnet. Der

nach § 257 Abs. 2 a Satz 2 SGB V zu er rechnende durchschnittliche Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung ist nur noch für die Frage von Bedeutung, ob die private Krankenversicherung die in § 257 Abs. 2 a Satz 1 Nr. 2 SGB V aufgestellte Voraussetzung erfüllt. Die individuelle Berechnung des Zuschusses bestimmt sich allein nach § 257 Abs. 2 SGB V.

- bb) Nach § 257 Abs. 2 Satz 3 SGB V sind für Personen, die bei Mitgliedschaft in einer Krankenkasse keinen Anspruch auf Krankengeld hätten, bei der Berechnung des Zuschusses neun Zehntel des in § 257 Abs. 2 Satz 2 genannten Beitragssatzes anzuwenden. Der Beitragssatz ist auf eine Stelle nach dem Komma zu runden.

Bis 31. Dezember 1999 war, gebunden an die Wirkungsdauer vom § 311 Abs. 1 Buchst. c SGB V, bei der Bemessung des Beitragszuschusses nach § 257 Abs. 2 SGB V für Beschäftigte, die ihren Wohnsitz in den alten Bundesländern einschließlich Gesamt-Berlin haben und im Beitrittsgebiet beschäftigt sind, die Krankenkasse maßgebend, die zuletzt vor Aufnahme einer Beschäftigung im Beitrittsgebiet heranzuziehen war oder nach § 312 Abs. 7 a SGB V maßgebend gewesen wäre. Dabei war nach § 312 Abs. 7 b Satz 2 SGB V der Beitragszuschuss maßgebend, der sich aus der Regelung des § 257 Abs. 2 a Satz 2 SGB V als durchschnittlicher Höchstbetrag für das Bundesgebiet ohne das Beitrittsgebiet ergab. Die §§ 311 Abs. 1 und 312 Abs. 7 a und b SGB V wurden durch Artikel 1 Nr. 84 und 85 GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 mit Wirkung vom 1. Januar 2000 aufgehoben.

Ist der Beschäftigte innerhalb desselben Zeitraums bei mehreren Arbeitgebern beschäftigt, findet Nr. 1 Buchst. b Anwendung.

- b) Versicherungsbeiträge sind zuschussfähig, soweit die Vertragsleistungen der Art (nicht dem Umfang) nach den Leistungen des SGB V entsprechen. Dabei genügt es, wenn die Vertragsleistung im Kern einer Leistung nach dem SGB V entspricht. Es bestehen keine Bedenken, entsprechend dem Urteil des BSG vom 5. Oktober 1977 - 3 RK 62/75 - (SozR 2200 § 405 RVO Nr. 15) auch einen etwaigen Anspruch auf Krankenhaustagegeld als eine solche Leistung anzusehen.

Zu den Leistungen in diesem Sinne gehören alle in § 11 SGB V bezeichneten Leistungsarten mit Ausnahme des Sterbegeldes (vgl. § 58 SGB V). Sterbegeldversicherungen sind weiterhin nicht zuschussfähig.

- c) Beiträge für Familienmitglieder, die nicht „Angehörige“ im Sinne des Abschnitts II Nr. 2 Buchst. c sind, bleiben bei der Ermittlung der Höhe des Beitragszuschusses außer Betracht.

Beiträge für in Abschnitt II Nr. 2 Buchst. c bezeichnete Familienmitglieder, die ohne eigenes Einkommen oder mit einem unter der Entgeltgrenze des § 7 SGB V liegenden Einkommen

freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, können jedoch bei der Ermittlung der Höhe des Beitragszuschusses berücksichtigt werden. Es bestehen keine Bedenken, in diesen Fällen davon auszugehen, dass solche Familienangehörige bei unterstellter Pflichtversicherung des Beschäftigten nicht freiwillig, sondern nach § 10 SGB V versichert wären. Voraussetzung ist jedoch, dass außer der freiwilligen Versicherung (vgl. § 10 Abs. 1 Nr. 2 SGB V) kein sonstiger in § 10 SGB V aufgeführter, die Familienversicherung ausschließender Grund vorliegt.

Nach dem Urteil des BSG vom 29. Juni 1993 - 12 RK 9/92 - hat ein privat krankenversicherter Arbeitnehmer während des Mutterschutzes und Erziehungsurlaubs seines Ehegatten auch dann Anspruch auf den Beitragszuschuss zu dessen privater Krankenversicherung nach § 257 Abs. 2 i. V. m. § 10 SGB V, wenn das vorher wegen Überschreitens der Entgeltgrenze versicherungsfreie Beschäftigungsverhältnis des Ehegatten ohne Entgeltzahlung fortbesteht. Insofern bestehen keine Bedenken, wenn bei Vorliegen vorgenannter Voraussetzungen ein erweiterter Beitragszuschuss nach § 257 SGB V an den Arbeitnehmer gezahlt wird.

Nach § 10 Abs. 1 Satz 3 (neu) SGB V i. d. F. des Artikels 1 Nr. 6 GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 bleiben bislang privat krankenversicherte Ehegatten, die zuletzt vor Beginn der Schutzfristen nach dem Mutterschutzgesetz oder vor der Inanspruchnahme von Erziehungsurlaub versicherungsfrei oder von der Versicherungspflicht befreit waren, während der Schutzfristen und der Beurlaubungszeit weiterhin privat krankenversichert.

- d) Beiträge, die von versicherungspflichtigen Studenten oder Praktikanten nach §§ 245, 254 SGB V zu zahlen sind, wirtschaftlich jedoch vom zuschussberechtigten Beschäftigten getragen werden, sind bei der Bemessung des Beitragszuschusses zu berücksichtigen, wenn bei unterstellter Versicherungspflicht des Beschäftigten in der gesetzlichen Krankenversicherung der Student oder Praktikant nach § 10 SGB V versichert wäre.

Entsprechendes gilt für die in § 245 Abs. 2 SGB V bezeichneten Beiträge freiwillig weiterversicherter Studenten sowie für Krankenversicherungsbeiträge derjenigen Studenten, die sich nach § 8 Abs. 1 Nr. 5, Abs. 2 SGB V von der Krankenversicherungspflicht haben befreien lassen.

- e) Der Beitragszuschuss ist nicht neu zu berechnen, wenn das private Krankenversicherungsunternehmen nach Ablauf des Versicherungsjahres wegen der Nichtinanspruchnahme von Versicherungsleistungen Beiträge erstattet.

- f) Gewährt ein privates Versicherungsunternehmen einen Beitragsnachlass, weil Beiträge im Wege eines sog. Sammel-Inkasso erhoben werden, so ist der Beitragsnachlass auch bei der Berechnung des

Beitragszuschusses zu berücksichtigen. Dasselbe gilt auch für einen Beitragsnachlass, der für Beitragsvorauszahlungen gewährt wird, weil es sich hierbei ebenfalls, im Gegensatz zur Beitragsrückerstattung (vgl. Buchstabe e), um eine echte Korrektur der Höhe des Beitrags handelt.

- g) In den Fällen, in denen die private Krankenversicherung eine Beitragsermäßigung wegen vereinbarten Selbstbehalts gewährt, beträgt der Zuschuss höchstens die Hälfte des tatsächlich gezahlten Beitrages.
- h) „Vorsorgetarife“, die der garantierten Beitragssenkung im Alter dienen, sind als unselbständige Tarifkomponenten im Rahmen des Arbeitgeberzuschusses nach § 257 SGB V zu berücksichtigen; sie sind daher zuschussfähig. Das gilt auch für den ab 1. Januar 2000 von Neuversicherten zu zahlenden Beitragszuschlag nach § 12 Abs. 4 a Versicherungsaufsichtsgesetz i. d. F. des Artikels 14 Nr. 2 GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000.

IV. Verfahren und Rechtsweg

1. Bei dem Anspruch auf einen Beitragszuschuss nach § 257 SGB V handelt es sich um einen besonderen sozialrechtlichen und daher öffentlich-rechtlichen Anspruch im Sinne des Beschlusses des Gemeinsamen Senats der Obersten Gerichtshöfe des Bundes vom 4. Juni 1974 – GmS OGB 2/73 – (BSGE 37, 292, 295). Die Geltendmachung des Zuschusses durch den Beschäftigten ist nicht materiell-rechtliche Anspruchsvoraussetzung. Der Arbeitgeber ist vielmehr allein auf Grund seiner gesetzlichen Indienstnahme verpflichtet, die Voraussetzungen für die Zahlung des Zuschusses festzustellen und diesen an den Versicherten auszuführen (BSG, Urteil vom 2. Juni 1982 – 12 RK 66/81 –, USK Nr. 82 182 sowie Urteil vom 8. Oktober 1998 – B 12 KR 19/97 R –). Andererseits kann der Arbeitgeber aus dem Arbeitsverhältnis eine Mitwirkungspflicht des Beschäftigten nicht herleiten, wenn die Erfüllung des Anspruchs davon abhängig ist, dass der Beschäftigte Anspruchsvoraussetzungen nachweist, von denen der Arbeitgeber sonst keine Kenntnis hat. In diesen Fällen ist es dem einzelnen Beschäftigten überlassen, ob er den Nachweis führen und damit den Anspruch auf den Beitragszuschuss verwirklichen will.

Voraussetzung für die Zahlung des Beitragszuschusses ist, dass für den in der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig versicherten Beschäftigten durch eine Bescheinigung seiner Krankenkasse das Bestehen der Versicherung und die Höhe des Krankenversicherungsbeitrags nachgewiesen ist. Für den bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versicherten Beschäftigten ist ein entsprechender Nachweis sowie jeweils nach Ablauf von drei Jahren die Vorlage der unter Abschnitt II Nr. 2 Buchst. a Doppelbuchst. bb genannten Bescheinigung des Versicherungsunternehmens nach § 257 Abs. 2 a Satz 3 SGB V erforderlich. Auch muss der Nachweis Angaben über die Art der Vertragsleistungen sowie über die aus der Versicherung berechtigten Personen enthalten.

2. Der Arbeitgeber hat den Beitragszuschuss in der sich nach Abschnitt III jeweils ergebenden Höhe solange an den Beschäftigten zu zahlen, wie die in § 257 SGB V bezeichneten Voraussetzungen gegeben sind. Die Zahlung des Zuschusses ist nicht von dem Nachweis abhängig, dass der Beschäftigte seinen monatlichen Beitrag an die Krankenkasse oder an das private Krankenversicherungsunternehmen tatsächlich gezahlt hat. Es genügt der Nachweis, dass der Beschäftigte verpflichtet ist, den bescheinigten monatlichen Beitrag zu entrichten. Wegen der für eine steuerfreie Auszahlung des Beitragszuschusses erforderlichen Bescheinigungen wird jedoch auf Abschnitt V Nr. 1. Buchst. b verwiesen.

3. Freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Beschäftigte haben dem Arbeitgeber Änderungen der Beitragshöhe und eine Beendigung ihrer Versicherung (vgl. §§ 173 und 191 SGB V) unverzüglich anzuzeigen. Bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versicherte Beschäftigte haben eintretende Änderungen, insbesondere hinsichtlich der Höhe des Beitrags, der Art der Vertragsleistungen und der Zahl der aus der Versicherung berechtigten Personen, ebenfalls unverzüglich dem Arbeitgeber mitzuteilen.

4. Die Mitteilungspflicht gilt für Beschäftigte, die mehrere Versicherungen abgeschlossen haben oder bei mehreren Krankenversicherungsunternehmen versichert sind (Abschnitt II Nr. 2 Buchst. d), lediglich hinsichtlich derjenigen Versicherungen, die bei der Bemessung des Zuschusses berücksichtigt worden sind. Versicherungen sind bei der Bemessung des Zuschusses berücksichtigt, wenn die Höhe des Zuschusses von den für sie gezahlten Beiträgen abhängt.

Beispiele:

- a) Arbeitgeberanteil bei unterstellter Krankenversicherungspflicht 435,38 DM. (Höchstbetrag im Jahr 2000 = 6 450 DM × 6,75 v. H.)

Der Beschäftigte hat drei zuschussfähige Versicherungen angegeben; er zahlt monatlich 490,- DM, 390,- DM und 50,- DM an Beiträgen. Die Höhe des Zuschusses von 435,38 DM hängt nur von den ersten beiden Beiträgen ab, weil bereits die Hälfte dieser Beiträge (= 440,- DM) den Zuschuss übersteigt. Die dritte Versicherung ist nicht bezuschusst.

- b) Arbeitgeberanteil bei unterstellter Krankenversicherungspflicht 435,38 DM.

Der Beschäftigte hat zwei zuschussfähige Versicherungen angegeben; er zahlt monatlich einen Beitrag von 350,- DM und von 220,- DM. Die Höhe des Zuschusses hängt von diesen beiden Beiträgen ab, weil die Hälfte dieser Beiträge (= 285,- DM) für die Zuschusshöhe maßgebend ist.

5. Die für die Gewährung des Zuschusses zuständige Stelle erteilt dem Beschäftigten eine Bescheinigung über die Höhe des ihm monatlich zu zahlenden Beitragszuschusses. In der Bescheinigung sind die Versicherung(en) sowie die Vertragsleistungen zu bezeichnen, die bei der Bemessung des Zuschusses be-

rücksichtigt worden sind. Diese Bescheinigung dient zur Vorlage im Beihilfeverfahren (vgl. meine Rundschreiben

- D II 4 - 220 220-2/35 - (GMBI S. 111, 217) vom 17. Februar und 10. Mai 1971,
- D III 1 - 220 220-2/71/75 - (GMBI S. 584) vom 29. November 1973,
- D III 1 - 220 220-3 c/6 - (GMBI 1986 S. 159) vom 26. September 1985,
- D III 1 - 220 220 - 2b/3.1 - (GMBI S. 751) vom 20. Mai 1994,
- D II 4 - 220 220 - 2b/3.3a - (GMBI S. 206) vom 27. Januar 1999

zur Durchführung der Beihilfetarifverträge).

Mit Wirkung vom 1. August 1998 erhalten Arbeitnehmer, deren Arbeitsverhältnisse nach dem 31. Juli 1998 begründet worden sind, keine Beihilfe mehr, vgl. mein Rundschreiben vom 23. Juni 1998 - D II 4 - 220 220 - 2 b/1 - (GMBI S. 425).

6. Ein Anspruch auf den Zuschuss besteht nur für Zeiten, für die bei Versicherungspflicht des Beschäftigten ein Arbeitgeberanteil zum Krankenversicherungsbeitrag zu zahlen wäre. Der Zuschuss wird daher nur für Zeiten gezahlt, für die dem Beschäftigten Vergütung, Urlaubsvergütung, Lohn, Urlaubslohn oder Krankenbezüge in Höhe der Urlaubsvergütung oder des Urlaubslohnes (oder entsprechende Bezüge aus dem Ausbildungsverhältnis, vgl. Abschnitt I Nr. 3 Buchst. d) zustehen. Der Zuschuss ist somit insbesondere nicht für Zeiten zu zahlen,
- a) in denen das Arbeitsverhältnis wegen der Einberufung zum Grundwehrdienst oder wegen der Gewährung einer befristeten Rente ruht,
 - b) für die die Beschäftigte Mutterschaftsgeld nach § 13 Mutterschutzgesetz - ggf. mit dem Zuschuss zum Mutterschaftsgeld nach § 14 des Mutterschutzgesetzes - erhält oder in denen sich die/der Beschäftigte in Erziehungsurlaub nach dem Bundeserziehungsgeldgesetz befindet,
 - c) für die ein Anspruch auf Krankengeldzuschuss nach § 37 Abs. 3 BAT (gilt in den alten Bundesländern für Angestellte, deren Arbeitsverhältnisse ab 1. Juli 1994 begonnen haben), nach § 37 Abs. 3 BAT-O oder nach § 42 Abs. 3 MTArb/MTArb-O besteht (vgl. §§ 224, 49 Abs. 1 Nr. 1 SGB V).
- Wird während eines Erziehungsurlaubs (vgl. Buchstabe b) eine erziehungsgeldunschädliche Teilzeitbeschäftigung ausgeübt und ist die/der Beschäftigte während dieser Beschäftigung von der Krankenversicherungspflicht gemäß § 8 Abs. 1 Nr. 2 SGB V befreit, kann jedoch für Zeiten, in denen Bezüge zustehen, ein Anspruch auf einen Beitragszuschuss in Betracht kommen.
7. Der Zuschuss ist mit den monatlichen Bezügen zu zahlen. Ist der Zuschuss für Teile eines Monats zu zahlen, gilt § 223 Abs. 1, 2 SGB V sinngemäß.

8. Bei Beschäftigten, denen nach § 1 Abs. 2 des Arbeitsplatzschutzgesetzes Entgelt weiter zu gewähren ist, ist wie folgt zu verfahren:

- a) In der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig versicherte Beschäftigte erhalten für die Dauer der Wehrübung keinen Zuschuss (vgl. § 257 Abs. 1 Satz 1, § 193 Abs. 2, § 244 Abs. 1 Nr. 2, § 251 Abs. 4 SGB V);
- b) Beschäftigte, die bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind, erhalten während des unter Buchstabe a bezeichneten Zeitraums ein Drittel des Arbeitgeberzuschusses, der zu zahlen wäre, wenn die Beschäftigung nicht durch die Wehrübung unterbrochen wäre (vgl. § 257 Abs. 2 Satz 2 i. V. m. § 244 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V).

9. Der Anspruch auf den Beitragszuschuss verjährt in vier Jahren nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem er fällig geworden ist (vgl. Urteil des BSG vom 2. Juni 1982 - 12 RK 66/81 -). Die Vorschriften über die Ausschlussfrist in den Manteltarifverträgen (z. B. § 70 BAT/BAT-O, § 72 MTArb/MTArb-O) gelten nicht.

Eine analoge Anwendung von Vorschriften des SGB X (Verwaltungsverfahren) scheidet aus.

Ein Anspruch kommt auch nicht in Betracht, wenn ein Arbeitnehmer durch die Entgegennahme von Beihilfeleistungen in einer Höhe, wie er sie nicht erhalten hätte, wenn er den Arbeitgeberzuschuss in Anspruch genommen hätte, bei seinem Arbeitgeber einen Vertrauensschutz dahingehend geschaffen hat, dass er für die Zeit der Beihilfeleistung keinen Arbeitgeberzuschuss zur freiwilligen Krankenversicherung verlangen würde. Eine Forderung auf rückwirkende Zahlung des Arbeitgeberzuschusses für den Zeitraum, für den er Beihilfeleistungen in Anspruch genommen hat, verstößt insofern gegen den Grundsatz von Treu und Glauben (vgl. Urteil des SozG Hannover vom 3. Juli 1991 - 3 S 25/90 -).

10. Für Streitigkeiten wegen des Beitragszuschusses ist die Zuständigkeit der Sozialgerichte gegeben (Beschluss des Gemeinsamen Senats der Obersten Gerichtshöfe des Bundes vom 4. Juni 1974 - GmS OGB 2/73 -).
11. Bei der Berechnung des pfändbaren Arbeitseinkommens ist der Beitragszuschuss des Arbeitgebers nicht mitzurechnen (§ 850 e Nr. 1 ZPO).
12. Beitragszuschüsse, die für Zeiträume gezahlt worden sind, in denen die in § 257 SGB V bezeichneten Voraussetzungen nicht oder nicht mehr vorgelegen haben, sind dem Arbeitgeber nach Maßgabe der für das Arbeitsverhältnis geltenden gesetzlichen und tarifvertraglichen Vorschriften zu erstatten. Dieser Erstattungsanspruch des Arbeitgebers ist nicht den Angelegenheiten der Sozialversicherung im Sinne des Beschlusses des Gemeinsamen Senats der Obersten Gerichtshöfe des Bundes vom 4. Juni 1974 zuzuordnen. Er unterliegt somit der sechsmonatigen Ausschlussfrist nach den Vorschriften der Manteltarifverträge (z. B. § 70 BAT/BAT-O, § 72 MTArb/MTArb-O).

V. Steuerfreiheit des Zuschusses, Beitragsfreiheit in der Sozialversicherung, keine Umlagepflicht in der Zusatzversorgung

1. Für die steuerliche Behandlung von Zuschüssen des Arbeitgebers zu den Krankenversicherungsbeiträgen des Arbeitnehmers gilt Folgendes:

- a) Zuschüsse des Arbeitgebers zu den Krankenversicherungsbeiträgen eines nicht versicherungspflichtigen Arbeitnehmers, der in der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig versichert ist, sind nach § 3 Nr. 62 EStG steuerfrei, soweit der Arbeitgeber nach § 257 Abs. 1 SGB V zur Zuschussleistung verpflichtet ist (vgl. Abschnitt I Nr. 1). Wird der für einen versicherungspflichtigen Arbeitnehmer maßgebende Krankenversicherungsbeitrag satzungsgemäß auf den nächsten vollen DM-Betrag aufgerundet, so bleibt aus Vereinfachungsgründen ein Arbeitgeberzuschuss bis zur Hälfte des aufgerundeten Krankenversicherungsbeitrags steuerfrei (vgl. R 24 Abs. 2 Nr. 2 der Lohnsteuer-Richtlinien 2000).
- b) Zuschüsse des Arbeitgebers zu den Krankenversicherungsbeiträgen eines nicht versicherungspflichtigen Arbeitnehmers, der eine private Krankenversicherung abgeschlossen hat, sind ebenfalls nach § 3 Nr. 62 EStG steuerfrei, soweit der Arbeitgeber nach § 257 Abs. 2 und 2 a SGB V zur Zuschussleistung verpflichtet ist.

Der Arbeitgeber darf die Beitragszuschüsse nur dann steuerfrei belassen, wenn der Arbeitnehmer die in Abschnitt IV Nr. 1 Abs. 2 Satz 2 bezeichneten Bescheinigungen vorgelegt hat.

Soweit der Arbeitgeber die steuerfreien Zuschüsse unmittelbar an den Arbeitnehmer auszahlt, hat der Arbeitnehmer die zweckentsprechende Verwendung des Beitragszuschusses durch eine Bescheinigung des Versicherungsunternehmens über die tatsächlich gezahlten Krankenversicherungsbeiträge nach Ablauf eines jeden Kalenderjahres nachzuweisen. Der Arbeitgeber hat diese Bescheinigung als Unterlage zum Lohnkonto aufzubewahren. Die Bescheinigung kann mit der Bescheinigung nach Abschnitt IV

Nr. 1 Abs. 2 verbunden werden (vgl. R 24 Abs. 2 Nr. 3 der Lohnsteuer-Richtlinien 2000).

Arbeitnehmer, die nach Ablauf des Kalenderjahres die Bescheinigung des Versicherungsunternehmens über die zweckentsprechende Verwendung der Beitragszuschüsse nicht innerhalb angemessener Frist vorlegen, sind schriftlich darauf hinzuweisen, dass nach Ablauf einer weiteren, vom Arbeitgeber festgesetzten angemessenen Frist die Anspruchsberechtigung überprüft und vorbehaltlich der Rückforderung zu Unrecht gezahlter Zuschüsse von der Summe der im abgelaufenen Kalenderjahr gewährten Zuschüsse nachträglich die Lohnsteuer nacherhoben werden muss. Wird der Nachweis innerhalb dieser neuen Frist nicht erbracht, ist zu prüfen, ob die in § 257 SGB V geforderten Voraussetzungen noch vorliegen. Liegen diese Voraussetzungen nicht mehr vor, ist Abschnitt IV Nr. 12 anzuwenden. Zu erstattende Beitragszuschüsse sind ggf. aufzurechnen. Für nicht erstattete Zuschüsse ist die Lohnsteuer nachzuerheben.

2. Der Beitragszuschuss unterliegt nicht der Beitragspflicht nach sozialversicherungsrechtlichen Vorschriften und auch nicht der Umlagepflicht nach dem Versorgungstarifvertrag.

VI. Unabdingbarkeit des Zuschussanspruchs

Ein einseitiger Verzicht auf den Zuschuss ist nicht zulässig. Das Bundessozialgericht hat im Urteil vom 8. Oktober 1998 - B 12 KR 19/97 R - festgestellt, dass § 46 Abs. 1 SGB I im Verhältnis zum Arbeitgeber, der nicht Leistungsträger im Sinne dieser Vorschrift ist, weder unmittelbar noch entsprechend Anwendung findet. Anträgen auf „Verzicht“ auf den bisher bezogenen Zuschuss sollte danach nicht entsprochen werden.

Den vorstehenden Durchführungshinweisen wurde das beiliegende Vordruckmuster („Erklärung betreffend Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag“) angepasst. Ich bitte, dieses Vordruckmuster zu verwenden.

Oberste Bundesbehörden
Abteilungen Z und BGS
- im Hause -
nachrichtlich:
Vereinigungen und Verbände

Anlage 5

Betr.: Beitragszuschuss des Arbeitgebers nach § 257 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) zu Ihrer privaten Krankenversicherung

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr,

seit dem 1. Juli 2000 ist Ihr Anspruch auf den Beitragszuschuss zu den Aufwendungen für Ihre private Krankenversicherung zusätzlich davon abhängig, dass der Vertrag mit Ihrem Versicherungsunternehmen - neben den bisher schon geforderten Voraussetzungen - nunmehr auch hinsichtlich bestimmter struktureller Kriterien mit der Qualität des Schutzes in der gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbar ist. Mit der Knüpfung weiterer Voraussetzungen an den Anspruch auf den Beitragszuschuss soll, was auch in Ihrem Interesse liegt, in erster Linie die ausreichende Vorsorge für ältere Versicherte sichergestellt werden. Die Neuregelung beruht auf § 257 Abs. 2 a SGB V in der Fassung des Artikels 1 Nr. 69 Buchstabe b des GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000 vom 22. Dezember 1999 (Bundesgesetzblatt Teil I S. 2626). Einzelheiten können Sie bei Bedarf dem Abschnitt II Nr. 2 des Rundschreibens des Bundesministeriums des Innern vom 9. Oktober 2000 (vgl. Anlage 4 des Rundschreibens ZS Nr. 13 /2001 der Senatsverwaltung für Inneres vom 23. Januar 2001) entnehmen.

Damit Sie die Anspruchsvoraussetzungen für den Ihnen gewährten Beitragszuschuss weiterhin erfüllen, bitten wir Sie, Ihrem Personalservice - entsprechend der gesetzlichen Regelung - eine Bescheinigung Ihres privaten Krankenversicherungsunternehmens vorzulegen. In dieser Bescheinigung muss zum Ausdruck kommen, dass die Aufsichtsbehörde Ihrem Krankenversicherungsunternehmen bestätigt hat, dass es die Versicherung, die Grundlage des mit Ihnen geschlossenen Versicherungsvertrages ist, nach den Voraussetzungen des § 257 Abs. 2 a Satz 1 SGB V in der vom 1. Juli 2000 an geltenden Fassung betreibt.

Sofern Sie bereits eine solche Bescheinigung von Ihrem Krankenversicherungsunternehmen erhalten haben sollten, bitten wir Sie, diese alsbald Ihrem Personalservice zuzuleiten.

Sollten Sie eine solche Bescheinigung bisher noch nicht erhalten haben, bitten wir Sie, die Bescheinigung umgehend bei Ihrem Krankenversicherungsunternehmen anzufordern.

Nach der gesetzlichen Regelung müssen Sie eine entsprechende Bescheinigung zum Nachweis der Anspruchsvoraussetzungen künftig jeweils nach Ablauf von drei Jahren Ihrem Personalservice vorlegen.

Sofern Ihr privates Krankenversicherungsunternehmen die gesetzlich geforderten Voraussetzungen nicht erfüllen sollte, können Sie Ihren Versicherungsvertrag nach § 257 Abs. 2 c SGB V kündigen.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Personalservice

§ 257

Beitragszuschüsse für Beschäftigte

(1) Freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Beschäftigte, die nur wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze versicherungsfrei sind, erhalten von ihrem Arbeitgeber als Beitragszuschuss die Hälfte des Beitrags, der für einen versicherungspflichtig Beschäftigten bei der Krankenkasse, bei der die Mitgliedschaft besteht, zu zahlen wäre, höchstens jedoch die Hälfte des Betrages, den sie tatsächlich zu zahlen haben. Bestehen innerhalb desselben Zeitraumes mehrere Beschäftigungsverhältnisse, sind die beteiligten Arbeitgeber anteilig nach dem Verhältnis der Höhe der jeweiligen Arbeitsentgelte zur Zahlung des Beitragszuschusses verpflichtet. Für Beschäftigte, die Kurzarbeitergeld oder Winterausfallgeld nach dem Dritten Buch beziehen, ist zusätzlich zu dem Zuschuss nach Satz 1 die Hälfte des Betrages zu zahlen, den der Arbeitgeber bei Versicherungspflicht des Beschäftigten bei der Krankenkasse, bei der die Mitgliedschaft besteht, nach § 249 Abs. 2 Nr. 3 als Beitrag zu tragen hätte.

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

§ 257 SGB V Beitragszuschüsse

Beschäftigte, die Kurzarbeitergeld oder Winterausfallgeld nach dem Dritten Buch beziehen, gilt Absatz 1 Satz 3 mit der Maßgabe, dass sie höchstens den Betrag erhalten, den sie tatsächlich zu zahlen haben. Absatz 1 Satz 2 gilt.

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

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

Beitragszuschüsse für Beschäftigte § 257 SGB V

ten, dessen die Beihilfe ergänzende Vertragsleistungen den Leistungen dieses Buches bei Krankheit jeweils vergleichbar sind und dessen Beitrag sich aus der Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den in Nummer 2 genannten Höchstbeitrag ergibt,

- 2c. sich verpflichtet, den branchenüblichen Standardtarif unter den in Nummer 2b genannten Voraussetzungen ohne Berücksichtigung der Vorversicherungszeit, der Altersgrenze und des Gesamteinkommens ohne Risikozuschlag auch Personen anzubieten, die nach allgemeinen Aufnahmeregeln aus Risikogründen nicht oder nur zu ungünstigen Konditionen versichert werden könnten, wenn sie das Angebot innerhalb der ersten sechs Monate nach der Feststellung der Behinderung oder der Berufung in das Beamtenverhältnis oder bis zum 31. Dezember 2000 annehmen,
3. sich verpflichtet, den überwiegenden Teil der Überschüsse, die sich aus dem selbst abgeschlossenen Versicherungsgeschäft ergeben, zugunsten der Versicherten zu verwenden,
4. vertraglich auf das ordentliche Kündigungsrecht verzichtet und
5. die Krankenversicherung nicht zusammen mit anderen Versicherungssparten betreibt oder, wenn das Versicherungsunternehmen seinen Sitz in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union hat, den Teil der Prämien, für den Beschäftigte einen Zuschuss nach Absatz 2 erhalten, nur für die Krankenversicherung verwendet.

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

(2b) Zur Gewährleistung der in Absatz 2a Satz 1 Nr. 2 und 2a bis 2c genannten Begrenzung sind alle Versicherungsunternehmen, die die nach Absatz 2 zuschussberechtigte Krankenversicherung betreiben, verpflichtet, an einem finanziellen Spitzenausgleich teilzunehmen.

§ 257 SGB V Beitragszuschüsse

men, dessen Ausgestaltung zusammen mit den Einzelheiten des Standardtarifs zwischen dem Bundesaufsichtsamt für das Versicherungswesen und dem Verband der privaten Krankenversicherung mit Wirkung für die beteiligten Unternehmen zu vereinbaren ist und der eine gleichmäßige Belastung dieser Unternehmen bewirkt. Für in Absatz 2a Satz 1 Nr. 2c genannte Personen, bei denen eine Behinderung nach § 4 Abs. 1 des Gesetzes zur Eingliederung Schwerbehinderter in Arbeit, Beruf und Gesellschaft festgestellt worden ist, wird ein fiktiver Zuschlag von 100 vom Hundert auf die Bruttoprämie angerechnet, der in den Ausgleich nach Satz 1 einbezogen wird.

(2c) Wer bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert ist, das die Voraussetzungen des Absatzes 2a nicht erfüllt, kann ab 1. Juli 1994 den Versicherungsvertrag mit sofortiger Wirkung kündigen.

(3) Für Bezieher von Vorruhestandsgeld nach § 5 Abs. 3, die als Beschäftigte bis unmittelbar vor Beginn der Vorruhestandsleistungen Anspruch auf den vollen oder anteiligen Beitragszuschuss nach Absatz 1 hatten, bleibt der Anspruch für die Dauer der Vorruhestandsleistungen gegen den zur Zahlung des Vorruhestandsgeldes Verpflichteten erhalten. Der Zuschuss beträgt die Hälfte des Beitrags, den der Bezieher von Vorruhestandsgeld als versicherungspflichtig Beschäftigter zu zahlen hätte, höchstens jedoch die Hälfte des Betrages, den er zu zahlen hat. Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.

(4) Für Bezieher von Vorruhestandsgeld nach § 5 Abs. 3, die als Beschäftigte bis unmittelbar vor Beginn der Vorruhestandsleistungen Anspruch auf den vollen oder anteiligen Beitragszuschuss nach Absatz 2 hatten, bleibt der Anspruch für die Dauer der Vorruhestandsleistungen gegen den zur Zahlung des Vorruhestandsgeldes Verpflichteten erhalten. Der Zuschuss beträgt die Hälfte des aus dem Vorruhestandsgeld bis zur Beitragsbemessungsgrenze (§ 223 Abs. 3) und neun Zehntel des durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes der Krankenkassen als Beitrag errechneten Betrages, höchstens jedoch die Hälfte des Betrages, den der Bezieher von Vorruhestandsgeld für seine Krankenversicherung zu zahlen hat. Absatz 2 Satz 3 gilt entsprechend. Der Beitragssatz ist auf eine Stelle nach dem Komma zu runden.