RUNDSCHREIBEN

RS 2018/689 vom 14.12.2018

Spitzenverband

Versicherungs- und beitragsrechtliche Änderungen durch das GKV-Versichertenentlastungsgesetz (GKV-VEG)

Themen: Mitgliedschaft/Beiträge

Kurzbeschreibung: Wir informieren über die versicherungs- und beitragsrechtlichen Änderungen durch das GKV-Versichertenentlastungsgesetz

Sehr geehrte Damen und Herren,

Ihre Ansprechpartner/innen:
Holger Eckhardt

Ref. Mitgliedschafts- u. Beitragsrecht
Tel.: 030 206288-1136
holger.eckhardt@gkv-spitzenverband.de

im Bundesgesetzblatt Teil I Nr. 45 vom 14. Dezember 2018 wurde auf den Seiten 2387 ff. das

Gesetz zur Beitragsentlastung der Versicherten
in der gesetzlichen Krankenversicherung
(GKV-Versichertenentlastungsgesetz - GKV-VEG)
vom 11. Dezember 2018

verkündet. Das Gesetz ist als Anlage beigefügt.

Mit dem GKV-Versichertenentlastungsgesetz wird zunächst vorrangig entsprechend der Vereinbarung der Regierungsparteien im Koalitionsvertrag geregelt, dass die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung ab dem 1. Januar 2019 in gleichem Maße von den Beschäftigten und ihren Arbeitgebern bzw. den Rentnern und den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung getragen werden. In der Konsequenz wird künftig auch der Zusatzbeitrag paritätisch finanziert. Entsprechend werden die Regelungen der Beitragstragung dergestalt angepasst, dass künftig u. a. Versicherte und Arbeitgeber bzw. Rentenversicherungsträger den Zusatzbeitrag jeweils zur Hälfte tragen.

Ferner wird eine weitere Vereinbarung der Koalitionsparteien umgesetzt, die eine signifikante Reduzierung der von hauptberuflich selbstständig Erwerbs-

Sämtliche Rundschreiben finden Sie tagesaktuell unter dialog.gkv-spitzenverband.de

tätigen zu zahlenden Beiträge zur Folge hat. Hintergrund ist der Umstand, dass auch aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes die bislang geltenden Regelungen der Beitragsfestsetzung für selbstständig Erwerbstätige, inklusive der gesetzlich vorgegebenen Mindestbeitragsbemessungsgrenzen, der veränderten Lebens- und Einkommenssituation dieser Mitgliedergruppe nicht mehr uneingeschränkt gerecht werden. Für alle freiwilligen Mitglieder ist die Mindestbeitragsbemessungsgrundlage mit Wirkung ab dem 1. Januar 2019 auf den neunzigsten Teil der monatlichen Bezugsgröße festgelegt; eine Differenzierung in der Höhe zwischen hauptberuflich selbstständig Erwerbstätigen einerseits und sonstigen freiwilligen Mitgliedern andererseits sieht die Systematik der Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder künftig nicht mehr vor.

Das GKV-Versichertenentlastungsgesetz sieht als weiteren wesentlichen Regelungsteil ein Maßnahmenpaket zur Reduzierung von Beitragsschulden für sogenannte Selbstzahler in der GKV vor. In diesem Zusammenhang werden u. a. Regelungen geschaffen, die den Zugang in die freiwillige Krankenversicherung im Rahmen der obligatorischen Anschlussversicherung sowie die Fortführung der freiwilligen Mitgliedschaft für Personen beschränken, deren Aufenthaltsort nicht feststellbar ist. Um eine einheitliche Vorgehensweise aller Krankenkassen zu gewährleisten, hat der GKV-Spitzenverband auf der untergesetzlichen Ebene Grundsätze zu den insoweit erforderlichen Ermittlungsaktivitäten festzulegen. Die bereits in der Vergangenheit geführten „problematischen“ Mitgliedschaften werden einer Bestandsbereinigung zugeführt; im Ergebnis sind diese Versicherungszeiten bei Erfüllung der Voraussetzungen zu stornieren.

Nachfolgend gehen wir auf die Änderungen im Versicherungs- und Beitragsrecht der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung im Einzelnen ein.

1. Beitragsparität für Beschäftigte und Arbeitgeber

Nach § 249 Abs. 1 Satz 1 SGB V in der ab 1. Januar 2019 geltenden Fassung tragen Beschäftigte, die nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 oder Nr. 13 SGB V versicherungspflichtig sind, und ihre Arbeitgeber die aus dem Arbeitsentgelt zu bemessenden Beiträge jeweils zur Hälfte. Die Beitragsparität erstreckt sich somit nicht mehr nur auf die Beiträge, die auf Grundlage des allgemeinen bzw. ermäßigten Beitragssatzes (§ 241 SGB V, § 243 SGB V) erhoben werden, son-

dern erfasst künftig auch den kassenindividuellen Zusatzbeitrag (§ 242 SGB V).

Die Beitragsverfahrensverordnung (BVV) schreibt im Falle der hälftigen Beitragstragung durch Arbeitgeber und Arbeitnehmer vor, dass die Beiträge durch Anwendung des halben Beitragssatzes auf das beitragspflichtige Arbeitsentgelt und anschließender Verdoppelung des gerundeten Ergebnisses zu berechnen sind (§ 2 Abs. 1 Satz 1 BVV). Diese Berechnungssystematik gilt auch vor dem Hintergrund, dass die gesonderte Ausweisung des Zusatzbeitrags im Beitragsnachweis-Datensatz weiterhin eine getrennte Berechnung des Zusatzbeitrags erforderlich macht, gleichermaßen für den Zusatzbeitrag.

Beispiel (der Zusatzbeitragssatz der Krankenkasse beträgt 0,9 %)

monatliches Arbeitsentgelt	4.133,00 €
KV-Beitrag (4.133,00 € x 7,3 %)	(gerundet) 301,71 €
KV-Beitrag gesamt:	603,42 €
Zusatzbeitrag (4.133,00 € x 0,45 %)	(gerundet) 18,60 €
Zusatzbeitrag gesamt:	37,20 €
➢ KV-Gesamtbeitrag (603,42 € + 37,20 €)	640,62 €

Die paritätische Finanzierung des Zusatzbeitrags erstreckt sich naturgemäß auch auf die Beschäftigungsverhältnisse in der Gleitzone; die Regelung zur Beitragstragung in § 249 Abs. 3 Satz 1 SGB V wird daher entsprechend angepasst. Der Krankenversicherungsbeitrag sowie der Zusatzbeitrag werden auf Grundlage der reduzierten beitragspflichtigen Einnahme berechnet und in der gleichen Systematik ermittelt. Der auf den Arbeitgeber entfallende Beitragsanteil berechnet sich nach § 2 Abs. 2 Satz 2 BVV in der ab 1. Januar 2019 geltenden Fassung durch Anwendung des halben Beitragssatzes zur Krankenversicherung zuzüglich des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes auf das der Beschäftigung zugrunde liegende „tatsächliche“ Arbeitsentgelt. Auch in den Gleitzonenfällen ist der Zusatzbeitrag getrennt vom allgemeinen Krankenversicherungsbeitrag zu ermitteln und nachzuweisen. Nähere Hinweise hierzu wird auch das Gemeinsame Rundschreiben der Spitzenorganisationen der Sozialversicherung zu dem mit dem Gesetz über Leistungsverbesserungen und Stabilisierung in der gesetzlichen Rentenversicherung (RV-Leistungs-

verbesserungs- und -Stabilisierungsgesetz) ab 1. Juli 2019 in Kraft tretenden Übergangsbereich enthalten.

Bei Auszubildenden mit einem Arbeitsentgelt bis 325 EUR (sogenannte Geringverdiener, vgl. § 20 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB IV) ist der Zusatzbeitrag unter Anwendung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes zu berechnen; er wird wie die übrigen Beiträge vom Arbeitgeber allein getragen. Wird jedoch die Geringverdienergrenze durch eine Einmalzahlung überschritten, tragen Auszubildender und Arbeitgeber die Beiträge aus dem übersteigenden Betrag jeweils zur Hälfte; dies gilt künftig für den Zusatzbeitrag gleichermaßen.

Freiwillig in der GKV versicherte Beschäftigte, die wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze versicherungsfrei sind, erhalten von ihrem Arbeitgeber als Beitragszuschuss den Betrag, den der Arbeitgeber bei Versicherungspflicht des Beschäftigten zu tragen hätte (§ 257 Abs. 1 SGB V). Der Arbeitgeberzuschuss ist demnach in Höhe des Betrages zu leisten, der sich durch Anwendung des halben allgemeinen bzw. halben ermäßigten Beitragssatzes sowie des halben kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes auf das beitragspflichtige Arbeitsentgelt ergibt.

Der Arbeitgeberzuschuss zum Zusatzbeitrag ist wie der Beitragsanteil des Arbeitgebers für versicherungspflichtige Arbeitnehmer getrennt zu berechnen. Im Rahmen des sogenannten Firmenzahlerverfahrens ist der abzuführende Zusatzbeitrag – einschließlich des Arbeitgeberzuschusses – wie bisher im Beitragsnachweis gesondert nachzuweisen.

Bei der Berechnung des Beitragszuschusses für privat krankenversicherte Arbeitnehmer ist neben dem halben allgemeinen bzw. halben ermäßigten Beitragssatz künftig auch der halbe durchschnittliche Zusatzbeitragssatz nach § 242a SGB V zu berücksichtigen; eine entsprechende Ergänzung sieht § 257 Abs. 2 SGB V in der ab 1. Januar 2019 geltenden Fassung vor.

2. Beitragsparität für Rentner und Rentenversicherungsträger

Versicherungspflichtige, die eine Rente der deutschen gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, und die Träger der Rentenversicherung tragen die nach der Rente zu bemessenen Beiträge jeweils zur Hälfte (vgl. § 249a Satz 1 SGB V in der ab 1. Januar 2019 geltenden Fassung). Die Beitragsparität um-

fasst damit, wie bei den Beschäftigten, auch den Zusatzbeitrag. Veränderungen des Zusatzbeitragssatzes gelten für die Berechnung der Beiträge aus der Rente weiterhin vom ersten Tag des 2. auf die Veränderung folgenden Kalendermonats an (§ 247 Satz 3 SGB V).

Als Folge der Neuregelung zur Beitragsparität umfasst bei freiwillig versicherten Rentenbeziehern der hälftige Zuschuss zur Krankenversicherung nach § 106 Abs. 2 SGB VI in der ab 1. Januar 2019 geltenden Fassung auch den Zusatzbeitrag. Durch eine entsprechende Anwendung des § 247 Satz 3 SGB V in § 106 Abs. 2 SGB VI wird erreicht, dass Veränderungen des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes für die Berechnung des Beitragszuschusses erst vom ersten Tag des 2. auf die Veränderung folgenden Kalendermonats an gelten. Auf die Höhe der Beiträge zur freiwilligen Krankenversicherung hat dieser Zeitverzug allerdings keine Auswirkungen.

Der Zuschuss zur Krankenversicherung für privat versicherte Rentenbezieher umfasst nunmehr auch den halben Betrag, der sich aus der Anwendung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a SGB V auf den Zahlbetrag der Rente ergibt (vgl. § 106 Abs. 3 SGB VI in der ab 1. Januar 2019 geltenden Fassung).

Bei Waisenrentnern der gesetzlichen Rentenversicherung wirkt sich die Neuregelung zur vollständigen Beitragsparität insofern aus, dass im Fall einer nach § 237 Satz 2 SGB V beitragsfreien Waisenrente der Rentenversicherungsträger auch die Hälfte des Zusatzbeitrags zu tragen hat (vgl. § 249a Satz 2 SGB V in der ab 1. Januar 2019 geltenden Fassung).

Für die Bemessung der Beiträge aus vergleichbaren gesetzlichen Renten aus dem Ausland kommt – für versicherungspflichtig und freiwillig Versicherte – neben der Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes künftig nur noch die Hälfte des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes zur Anwendung; die Regelung in § 247 Satz 2 SGB V wird entsprechend angepasst. Nach der Gesetzesbegründung wird damit der Grundgedanke der paritätischen Finanzierung der Beiträge für Versicherungspflichtige, die eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, aus Gründen der Gleichbehandlung auch für Empfänger ausländischer Renten nach § 228 Absatz 1 Satz 2 SGB V nachvollzogen.

Die vorstehend beschriebenen Änderungen werden entsprechend auf die landwirtschaftliche Krankenversicherung übertragen, wobei hier der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz Anwendung findet (§ 39 Abs. 3 Satz 2 und § 48 Abs. 3 Satz 1 KVLG 1989).

3. Auswirkungen der Beitragsparität auf weitere Personenkreise

Die nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz versicherten Personen zahlen zur gesetzlichen Krankenversicherung die Hälfte des Beitrags, der sich aus der Anwendung des allgemeinen Beitragssatzes der gesetzlichen Krankenversicherung zuzüglich des hälftigen Zusatzbeitrages nach § 242 Abs. 1 SGB V ergibt; eine entsprechende Anpassung sieht § 16 Abs. 1 Satz 1 KSVG vor. Insoweit wird die paritätische Beitragstragung hinsichtlich des Zusatzbeitrages entsprechend nachvollzogen.

In der Konsequenz berechnet sich nach § 10 Abs. 1 KSVG in der ab 1. Januar 2019 geltenden Fassung der Beitragszuschuss für selbstständige Künstler und Publizisten, die nach § 7 KSVG von der Versicherungspflicht befreit sind und freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, auf Grundlage der Hälfte des allgemeinen (bzw. des ermäßigten) Beitragssatzes und der Hälfte des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes; insgesamt ist der Zuschuss auf die Hälfte des tatsächlich zu zahlenden Beitrags begrenzt.

Der Beitragszuschuss für selbstständige Künstler und Publizisten, die nach § 6 Abs. 3a SGB V i. V. m. § 5 Abs. 1 Nr. 4 KSVG versicherungsfrei oder nach den §§ 6 oder 7 KSVG von der Versicherungspflicht befreit und bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind, berechnet sich nach § 10 Abs. 2 KSVG in der ab 1. Januar 2019 geltenden Fassung auf Grundlage der Hälfte des allgemeinen (bzw. des ermäßigten) Beitragssatzes und der Hälfte des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a SGB V; insgesamt ist der Zuschuss auf die Hälfte des tatsächlich zu zahlenden Beitrags begrenzt.

Für die Bemessung der Beiträge aus Versorgungsbezügen nach § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V (Renten und Landabgaberenten nach dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte – ALG) gilt nach § 248 Satz 2 SGB V nunmehr neben der Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes nur noch die Hälfte des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes. Entsprechendes gilt nach § 39 Abs. 2

Satz 3 KVLG 1989 in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung, wobei hier der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz Anwendung findet.

Im Übrigen hat die paritätische Finanzierung des Zusatzbeitrages keine Auswirkungen auf die im Wege der Auslegung bestimmte Tragung des Zusatzbeitrages für Bezieher von Pflegeunterstützungsgeld. Hier bleibt es bei der alleinigen Tragung des Zusatzbeitrages durch die Pflegekasse bzw. die die Leistung gewährenden Stellen.

4. Neue Systematik der Beitragsbemessung für hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige

Mit dem GKV-VEG vollzieht der Gesetzgeber einen Paradigmenwechsel in der Systematik der Beitragsbemessung für hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige. Zum einen wird der Grundsatz einer regelhaften Beitragsbemessung für diesen Personenkreis auf der Grundlage der Beitragsbemessungsgrenze aufgegeben. Zum anderen entfällt eine Differenzierung in der Höhe der maßgeblichen Mindestbeitragsbemessungsgrundlage zwischen hauptberuflich selbstständig Erwerbstätigen einerseits und sonstigen freiwilligen Mitgliedern andererseits. Für alle freiwilligen Mitglieder ist die Mindestbeitragsbemessungsgrundlage mit Wirkung ab dem 1. Januar 2019 auf den neunzigsten Teil der monatlichen Bezugsgröße (2019: 1.038,33 Euro monatlich) festgelegt; entsprechende Regelungen sieht § 240 Abs. 4 SGB V in der ab 1. Januar 2019 geltenden Fassung vor.

Die Rechtsänderung hat weitreichende Folgen für die Verwaltungspraxis der Krankenkassen. Insbesondere erübrigt sich die Notwendigkeit einer verwaltungsaufwendigen Prüfung einer besonderen Mindestbeitragsbemessungsgrundlage für sog. Härtefälle und Existenzgründer. Die Prüfung des Vorliegens einer haupt- oder nebenberuflichen Selbstständigkeit entfällt künftig in den Fällen, in denen diese Unterscheidung nur im Hinblick auf die Bestimmung der maßgeblichen Mindestbeitragsbemessungsgrundlage relevant war. Dennoch ergibt sich die Notwendigkeit einer derartigen Prüfung regelmäßig auch weiterhin; die Anlässe hierzu resultieren aus den Vorgaben des Versicherungs-, Beitrags- oder Leistungsrechts.

Die aus der geänderten gesetzlichen Regelungssystematik ergebenden Folgen wurden im Rahmen der Achten Änderung der Beitragsverfahrensgrundsätze

Selbstzahler des GKV-Spitzenverbandes nachvollzogen. Über die weiteren Inhalte der Achten Änderung der Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler werden wir Sie in Kürze mit einem separaten Rundschreiben ausführlich informieren.

5. Beitragsfestsetzung im Anwendungsbereich des § 240 SGB V im Falle der nachgeholten Mitwirkung des Mitglieds

Durch das GKV-VEG wird das Verfahren der Festsetzung der Beiträge für freiwillige Mitglieder, die verspätet Angaben zu ihren beitragspflichtigen Einnahmen machen, neu geordnet. Diese Rechtsänderung tritt bereits am Tag nach der Verkündung des Gesetzes in Kraft. Die Neuregelung in § 240 Abs. 1 Satz 3 SGB V ermöglicht es den freiwilligen Mitgliedern, innerhalb einer Frist von zwölf Monaten nach endgültiger Festsetzung von Höchstbeiträgen geringere Einkünfte nachzuweisen und eine rückwirkende Reduzierung der Beiträge auf Grundlage der tatsächlichen beitragspflichtigen Einnahmen, ggf. unter Berücksichtigung der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage, für die nachgewiesenen Zeiträume zu erreichen.

Darüber hinaus ist eine zweite Fallkonstellation vorgesehen, bei der die Krankenkasse den ursprünglichen Sanktionsbescheid rückwirkend zugunsten des Mitglieds zu korrigieren hat. Durch die Neuregelung in § 240 Abs. 1 Satz 4 SGB V wird die Krankenkasse verpflichtet, von Amts wegen – also ohne Nachweisführung durch das Mitglied – die Beitragsfestsetzung auf Grundlage der Beitragsbemessungsgrenze rückwirkend zu korrigieren, wenn aufgrund hinreichender Anhaltspunkte klar ist, dass die beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds die jeweilige Mindestbeitragsbemessungsgrundlage nicht überschreiten. Hinsichtlich der Auslegung des unbestimmten Rechtsbegriffs „hinreichende Anhaltspunkte“ wird auf die Niederschrift der Fachkonferenz Beiträge des GKV-Spitzenverbandes am 20. November 2018 verwiesen, die in Kürze veröffentlicht wird.

6. Beitragsfreiheit bei Krankengeld und Mutterschaftsgeld im Anwendungsbereich des § 240 SGB V

Mit Wirkung ab dem 1. Januar 2019 wird § 224 Abs. 1 SGB V angepasst. In der Konsequenz werden freiwillige Mitglieder von der Pflicht zur Zahlung von Mindestbeiträgen während des Bezuges von Krankengeld oder Mutterschafts-

geld entbunden. Dies führt im Ergebnis dazu, dass künftig hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige während des Bezugs einer Entgeltersatzleistung keine Beiträge mehr aus dem Differenzbetrag zwischen dem vor dem Leistungsbezug beitragspflichtigen Arbeitseinkommen und der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage zu entrichten haben. Weitere Auslegungshinweise zur Umsetzung der Neuregelung ergeben sich aus der angekündigten Veröffentlichung der Achten Änderung der Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler.

Die bestehenden Regularien zur Beitragsbemessung während des Bezugs von Elterngeld sind von der Anpassung des § 224 SGB V nicht tangiert.

7. Keine freiwillige Mitgliedschaft für Personen mit einem ungeklärten Aufenthaltsort

Für Personen, die aus der Versicherungspflicht oder Familienversicherung ausscheiden, ist die obligatorische Anschlussversicherung nach der Neuregelung des § 188 Abs. 4 Satz 4 SGB V ausgeschlossen, wenn die Krankenkasse trotz Ausschöpfung der ihr zur Verfügung stehenden Ermittlungsmöglichkeiten weder den Wohnsitz noch den gewöhnlichen Aufenthalt des Mitglieds im Geltungsbereich des SGB ermitteln konnte. Darüber hinaus ist mit dem neu eingeführten § 191 Nr. 4 SGB V die Möglichkeit eröffnet, eine bestehende freiwillige Mitgliedschaft unter den dort genannten Voraussetzungen zu beenden, sofern der Aufenthalt des Betroffenen in Deutschland innerhalb von sechs Monaten nicht feststellbar ist.

Über die neuen Rahmenbedingungen für das Zustandekommen der obligatorischen Anschlussversicherung im Sinne des § 188 Abs. 4 SGB V sowie des damit verbundenen Verfahrens zur Bestandsbereinigung nach § 323 SGB V haben wir bereits mit Rundschreiben 2018/620 vom 22. November 2018 berichtet.

8. Beitrittsrecht zur freiwilligen Krankenversicherung für ehemalige Soldaten auf Zeit

Mit Wirkung ab 1. Januar 2019 ist für Personen, die aus dem Dienstverhältnis als Soldat auf Zeit ausscheiden und Übergangsgebührnisse nach § 11 SVG beziehen, eine Reihe an rechtlichen Veränderungen hinsichtlich der Zugangsmöglichkeiten zur gesetzlichen Krankenversicherung vorgesehen. Das

Kernstück des entsprechenden Maßnahmenpakets bildet das neue Beitrittsrecht zur freiwilligen Krankenversicherung nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 8 SGB V. Mit den eröffneten Beitrittsmöglichkeiten sowie dem gleichzeitigen Wegfall des dem Personenkreis der ehemaligen Zeitsoldaten bislang eingeräumten Beihilfeanspruchs für die Zeit des Bezugs von Übergangsgebührnissen gehen auch eine Reihe von beitragsrechtlichen Konsequenzen einher.

Über die Gesamtheit der im Versicherungs- und Beitragsrecht geltenden Besonderheiten für diesen Personenkreis werden wir Sie kurzfristig mit einem gesonderten Rundschreiben detailliert informieren.

9. Prüfung der Hauptberuflichkeit für Tagespflegepersonen

Die Regelung in § 10 Abs. 1 Satz 3 SGB V, nach der bislang für Tagespflegepersonen, die bis zu fünf gleichzeitig anwesende, fremde Kinder in der Tagespflege betreuen, pauschalierend keine hauptberuflich selbstständige Tätigkeit anzunehmen ist, wird mit Wirkung ab dem 1. Januar 2019 ersatzlos gestrichen. Dies gilt auch für die entsprechende Verweisregelung innerhalb des § 240 Abs. 4 SGB V. Somit finden für die Beurteilung der Hauptberuflichkeit von Tagespflegepersonen künftig die allgemein gültigen Kriterien Anwendung; insoweit wird auf die Grundsätzlichen Hinweise des GKV-Spitzenverbandes zum Begriff der hauptberuflich selbstständigen Erwerbstätigkeit vom 23. Juli 2015 verwiesen. Die Beurteilung der Hauptberuflichkeit ist u. a. bei der Prüfung des § 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V im Rahmen der Feststellung der Familienversicherung von Bedeutung. Im Beitragsrecht der freiwilligen Krankenversicherung ist diese Beurteilung ungeachtet der Vereinheitlichung der bisherigen Mindestbeitragsbemessungsgrundlagen darüber hinaus relevant, sofern die freiwillige Mitgliedschaft unter Einbeziehung des gesetzlichen Krankengeldanspruchs nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V geführt werden soll.

10. Befreiung von der Krankenversicherungspflicht

Nach dem Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) vom 27. April 2016 – B 12 KR 24/14 R –, USK 2016-30, ist eine Befreiung von der Krankenversicherungspflicht nach § 8 SGB V nicht möglich, wenn unmittelbar vor der Versicherungspflicht, von der eine Befreiung erfolgen soll, bereits eine Versicherungspflicht aufgrund eines anderen Tatbestandes bestand und die betreffende

Person daher nicht versicherungspflichtig im Sinne des § 8 Abs. 1 SGB V wird (vgl. Ergebnisniederschrift zu Top 2 der Fachkonferenz Beiträge am 22. November 2016).

Die mit dieser Rechtsprechung einhergehende generelle Einschränkung des Rechts auf Befreiung von der Versicherungspflicht wird seitens des Gesetzgebers für unverhältnismäßig erachtet. In der Konsequenz wird § 8 Abs. 1 SGB V entsprechend ergänzt; das Recht auf Befreiung von der Versicherungspflicht setzt danach künftig nicht mehr voraus, „dass der Antragsteller erstmals versicherungspflichtig wird".

In der Gesetzesbegründung wird ergänzend klargestellt, dass mit der Änderung ein Recht auf Befreiung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung auch dann besteht, wenn unmittelbar vor Eintritt des Befreiungstatbestandes bereits eine Versicherungspflicht aus einem anderen Grund bestand. Damit wird also die vor dem genannten BSG-Urteil praktizierte Anwendung des Befreiungsrechts gesetzlich wieder hergestellt.

Die Änderung gilt für alle in § 8 Abs. 1 SGB V genannten Befreiungstatbestände und tritt am Tag nach der Verkündung des Gesetzes in Kraft; sie entfaltet grundsätzlich Wirkung für alle Befreiungsanträge, die ab dem Tag des Inkrafttretens und innerhalb des in § 8 Abs. 2 Satz 1 SGB V genannten Zeitraums gestellt werden. Darüber hinaus bestehen aus unserer Sicht keine Bedenken, das Recht auf Befreiung von der Versicherungspflicht auch in den Fällen einzuräumen, in denen der Befreiungsantrag bereits vor Inkrafttreten des Gesetzes gestellt wurde; Voraussetzung hierfür ist jedoch, dass die o. g. Antragsfrist zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des Gesetzes noch nicht abgelaufen ist.

Eine entsprechende Änderung wird im Recht der landwirtschaftlichen Krankenversicherung für die Befreiung von der Versicherungspflicht nach § 4 KVLG 1989 nachvollzogen.

11. Teilbarkeit von Versorgungsleistungen in einen betrieblichen und einen privaten Teil

Nach den Beschlüssen des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) vom 28. September 2010 – 1 BvR 1660/08 – und vom 27. Juni 2018 – 1 BvR 100/15, 1 BvR 249/15 – sind Leistungen aus einer Direktversicherung oder aus einer

Versicherung bei einer Pensionskasse unter bestimmten Bedingungen in einen betrieblichen und einen privaten Teil aufzuteilen; der private Teil stellt dann kein Versorgungsbezug im Sinne des § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V dar (vgl. zuletzt Rundschreiben 2018/545 vom 15. Oktober 2018). Die vom BVerfG vorgenommene beitragsrechtliche Bewertung entfaltet Rechtswirkung sowohl für die Zukunft als auch für die Vergangenheit.

Die vom BVerfG insofern entwickelten Kriterien sind nunmehr durch eine Ergänzung von § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V in allgemeiner Weise, d. h. nicht nur bezogen auf Direktversicherungen und Versicherungen bei Pensionskassen, nachvollzogen und einheitlich gesetzlich festgeschrieben worden. Danach werden Leistungen der betrieblichen Altersversorgung, die der Versicherte nach dem Ende des Arbeitsverhältnisses als alleiniger Versicherungsnehmer aus nicht durch den Arbeitgeber finanzierten Beiträgen erworben hat, von den Versorgungsbezügen ausgenommen.

In der Gesetzesbegründung wird ergänzend darauf hingewiesen, dass die von der Zahlstelle vorzunehmende Aufteilung der Gesamtversorgungsleistung in einen betrieblichen und einen privaten Anteil entsprechend der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts vom 30. März 2011 – B 12 KR 16/10 R – vorzugsweise prämienratierlich bzw. beitragsproportional erfolgen soll.

Durch die gesetzliche Änderung werden neben Direktversicherungen und Pensionskassen auch andere Formen bzw. Durchführungswege der betrieblichen Altersversorgung erfasst, sofern bei ihnen eine private Absicherung nach den im Gesetz genannten Bedingungen möglich ist. Die Änderung in § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V tritt am Tag nach der Verkündung des Gesetzes in Kraft.

12. Beiträge für Eignungsübende

Die Beitragsbemessung für Eignungsübende wird durch entsprechende Änderungen des Eignungsübungsgesetzes (vgl. Artikel 11a des GKV-VEG) deutlich vereinfacht; sie wird künftig auf der Basis der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV pauschal durchgeführt. Danach berechnet sich für die Zeiten der Teilnahme an der Eignungsübung der Beitrag zur Krankenversicherung ausgehend von 10 v. H. der monatlichen Bezugsgröße unter Anwendung des allgemeinen Beitragssatzes nach § 241 SGB V zuzüglich des durchschnittli-

chen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a SGB V. Der Beitrag zur Pflegeversicherung wird auf Grundlage der monatlichen Bezugsgröße berechnet.

Wie bisher zahlt der Bund für die Zeit der Teilnahme an der Eignungsübung den zuständigen Trägern der Krankenversicherung die Beiträge zur Krankenversicherung sowie die Hälfte des Beitrages zur sozialen Pflegeversicherung oder zahlt einen entsprechenden Beitragszuschuss zur privaten Pflege-Pflichtversicherung, höchstens jedoch die Hälfte des Betrages, den der Eignungsübende für seine private Pflege-Pflichtversicherung zu zahlen hat.

Die pauschale Beitragsberechnung dieses Personenkreises tritt zum 1. Januar 2020 in Kraft.

Mit freundlichen Grüßen
GKV-Spitzenverband

Anlage

1. GKV-Versichertenentlastungsgesetz, Auszug aus dem Bundesgesetzblatt Jahrgang 2018 Teil I Nr. 45