

Niederschrift

über die Besprechung des Arbeitskreises Versicherung und Beiträge
der Spitzenverbände der Krankenkassen

am 12.06.2008

TOP 1 Versicherungs- und beitragsrechtliche Folgen der Inanspruchnahme der Pflegezeit nach § 3 PflegeZG in der Kranken- und Pflegeversicherung

- 185 -

Sachverhalt:

Mit dem Gesetz über die Pflegezeit (Pflegezeitgesetz – PflegeZG), das Bestandteil der strukturellen Reform der Pflegeversicherung ist (vgl. Artikel 3 des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes vom 28.05.2008, BGBl I S. 874), werden die Rahmenbedingungen für die Vereinbarkeit von Beruf und familiärer Pflege verbessert. Die Pflegezeitregelungen basieren auf zwei Säulen:

- Beschäftigte haben im Rahmen der „kurzzeitigen Arbeitsverhinderung“ nach § 2 PflegeZG die Möglichkeit, bis zu zehn Arbeitstage der Arbeit fernzubleiben, um für einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in einer akut aufgetretenen Pflegesituation eine bedarfsgerechte Pflege zu organisieren.
- Für eine längere Pflege eines nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung wird ein besonderer Rechtsanspruch auf Freistellung von der Arbeitsleistung als Pflegezeit für längstens sechs Monate eingeräumt (§ 3 PflegeZG). Die Pflegezeit kann in der Form der vollständigen oder teilweisen Freistellung von der Arbeitsleistung erfolgen. Ein Anspruch besteht nicht gegenüber Arbeitgebern mit in der Regel 15 oder weniger Beschäftigten.

Das neue sozialpolitische Instrument der Pflegezeit, das am 01.07.2008 in Kraft tritt, wird durch Regelungen zur sozialen Sicherung der die Pflegezeit in Anspruch nehmenden Pflegepersonen, u. a. durch Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung, ergänzt.

Ergebnis:

Die Inanspruchnahme der Pflegezeit zieht folgende versicherungs- und beitragsrechtliche Konsequenzen nach sich:

1. Beschäftigungsverhältnis und Versicherungspflicht

Die vollständige Freistellung von der Arbeitsleistung durch Inanspruchnahme der Pflegezeit lässt die an das entgeltliche Beschäftigungsverhältnis geknüpfte Versicherungspflicht entfallen. Ein Fortbestehen des versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisses für Pflegezeiten ist von Gesetzes wegen nicht vorgesehen. Im Gegenteil: Durch die Neuregelung des § 7 Abs. 3 Satz 3 SGB IV wird bewirkt, dass selbst für den ersten Monat der Pflegezeit eine Beschäftigung gegen Arbeitsentgelt nicht angenommen werden kann.

Das infolge der vollständigen Freistellung von der Arbeitsleistung wegen der Pflegezeit zu beendende versicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnis zieht eine Abmeldung nach § 8 Abs. 1 DEÜV (Abgabegrund „30“) nach sich; für die (Wieder-)Anmeldung bei Aufnahme der Beschäftigung nach Beendigung der Pflegezeit wird eine Anmeldung mit dem Abgabegrund „13“ erwartet.

Arbeitnehmer, die sich nur teilweise von der Arbeitsleistung freistellen lassen, unterliegen weiterhin der Versicherungspflicht als Arbeitnehmer, es sei denn, dass durch die Reduzierung des Arbeitsentgelts die Voraussetzungen einer geringfügig entlohnten Beschäftigung im Sinne des § 8 Abs. 1 Nr. 1 SGB IV erfüllt sind. Soweit das verminderte regelmäßige Arbeitsentgelt aus der Beschäftigung innerhalb der Gleitzone im Sinne des § 20 Abs. 2 SGB IV liegt (bei Arbeitsentgelten zwischen 400,01 und 800 Euro monatlich), sind ab Be-

ginn der Pflegezeit die besonderen Regelungen für die Ermittlung der Beitragsbemessungsgrundlage und für die Beitragstragung anzuwenden.

2. Versicherungsfreiheit in der Krankenversicherung

Für die Dauer der Inanspruchnahme der Pflegezeit bei vollständiger Freistellung von der Arbeitsleistung ist ein Arbeitnehmer dem Kreis der nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V versicherungsfreien Personen nicht mehr zuzurechnen. Ein nur vorübergehendes Unterschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze, das die Versicherungsfreiheit zunächst unbeschadet lässt, kann in diesen Fällen nicht angenommen werden. Insoweit ergibt sich eine vergleichbare versicherungsrechtliche Situation mit der Gruppe derer, deren Arbeitsentgelt wegen der Inanspruchnahme Elternzeit nach § 15 BEEG wegfällt. Bei nur teilweiser Freistellung endet die Versicherungsfreiheit, wenn das regelmäßige Jahresarbeitsentgelt bei vorausschauender Betrachtung die maßgebende Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht mehr übersteigt.

Die Ergänzung der Fiktionsregelung des § 6 Abs. 4 Satz 6 SGB V um die „Pflegezeit“ bewirkt, dass die Unterbrechung der entgeltlichen Beschäftigung wegen der Inanspruchnahme der Pflegezeit bei der für die Feststellung der Versicherungsfreiheit nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V im Wege der Rückschau zu betrachtenden tatsächlichen Jahresarbeitsentgelte in den letzten 3 Kalenderjahren nicht zu Nachteilen bei der Versicherungsfreiheit führt. Pflegezeiten sind danach – ebenso wie beispielsweise Zeiten des Bezugs von Erziehungsgeld oder Elterngeld oder der Inanspruchnahme von Elternzeit – ohne weitere Prüfung als Zeiten anzusehen, in denen das regelmäßige Jahresarbeitsentgelt die Jahresarbeitsentgeltgrenze überstiegen hat, wenn innerhalb eines Jahres danach eine Beschäftigung mit einem regelmäßigen Arbeitsentgelt oberhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze aufgenommen wird. Das Gleiche gilt auch für Zeiten der Befreiung von der Versicherungspflicht nach § 8 Abs. 1 Nr. 2a SGB V (vgl. auch Ausführungen unter Abschnitt „Befreiung von der Krankenversicherungspflicht“).

3. Befreiung von der Krankenversicherungspflicht

Arbeitnehmer, die wegen Herabsetzung der wöchentlichen Arbeitszeit während der Pflegezeit versicherungspflichtig werden, können sich nach § 8 Abs. 1 Nr. 2a SGB V von der Versicherungspflicht befreien lassen. Die Befreiung ermöglicht versicherungsfreien privat krankenversicherten Arbeitnehmern die Beibehaltung ihres bisherigen Versicherungsschutzes, ohne dass in diesen Fällen für die Befreiung ein Nachweis über das Bestehen bzw. Fortbestehen einer privaten Krankenversicherung verlangt wird.

Die Befreiung von der Versicherungspflicht bewirkt ferner, dass bei der Prüfung der Versicherungsfreiheit nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 in Verb. mit Abs. 4 SGB V für diese Zeiten ein Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze anzunehmen ist, wenn spätestens innerhalb eines Jahres nach der Pflegezeit eine Beschäftigung mit einem regelmäßigen Arbeitsentgelt oberhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze aufgenommen wird (§ 6 Abs. 4 Satz 6 Halbsatz 2 SGB V).

Nach § 8 Abs. 2 Satz 1 SGB V muss die Befreiung innerhalb von drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht bei der Krankenkasse beantragt werden. Der Antrag ist an eine Krankenkasse zu richten, die im Falle des Bestehens von Krankenversicherungspflicht nach § 173 Abs. 2 SGB V wählbar wäre. Wird der Antrag auf Befreiung von der Krankenversicherungspflicht erst nach Beginn der Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse gestellt, spricht die Krankenkasse, die im Zeitpunkt der Antragstellung die Mitgliedschaft durchführt, die Befreiung aus.

Die Befreiung wirkt vom Beginn der Versicherungspflicht an, wenn seit diesem Zeitpunkt noch keine Leistungen (einschließlich Leistungen für nach § 10 SGB V mitversicherte Familienangehörige) in Anspruch genommen wurden. Hat der Befreiungsberechtigte oder haben seine nach § 10 SGB V mitversicherten Familienangehörigen bereits Leistungen in Anspruch genommen, wirkt die Befreiung vom Beginn des Kalendermonats an, der auf die Antragstellung folgt. Nach ausdrücklichem Hinweis in § 8 Abs. 1 Nr. 2a Halbsatz 2 SGB V gilt die Befreiung nur für die Dauer der Pflegezeit. Sie kann im Übrigen nicht widerrufen werden (§ 8 Abs. 2 Satz 3 SGB V).

Die Befreiung von der Krankenversicherungspflicht bewirkt wegen der Akzessorietät im Versicherungsrecht von Kranken- und Pflegeversicherung (vgl. § 1 Abs. 2, § 20 Abs. 1 Satz 1 SGB XI), dass auch Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung nicht eintritt.

4. Familienversicherung und freiwillige Krankenversicherung

Mit dem Wegfall der Versicherungsfreiheit nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V wegen Inanspruchnahme der Pflegezeit (vgl. Ausführungen unter Abschnitt „Versicherungsfreiheit in der Krankenversicherung“) entfällt der der Familienversicherung bis dahin regelmäßig entgegenstehende Ausschlussbestand des § 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V. Das Bestehen der Familienversicherung setzt allerdings – unabhängig von der Pflegezeit – voraus, dass das Gesamteinkommen des Familienangehörigen regelmäßig die maßgebende Einkommensgrenze nicht übersteigt (§ 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V). Eine entsprechende Anwendung der Ausschlussregelung des § 10 Abs. 1 Satz 3 SGB V für Ehegatten und Lebenspartner, die vor der Pflegezeit nicht gesetzlich krankenversichert waren, kommt nicht in Betracht.

Eine freiwillige Mitgliedschaft wird – vorbehaltlich der in § 191 Nr. 3 SGB V eröffneten Austrittsmöglichkeit – durch das Ende der Versicherungsfreiheit nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V nicht berührt. Der Wegfall des bisher beitragspflichtigen Arbeitsentgelts während der Pflegezeit führt allerdings zu folgenden beitragsrechtlichen Konsequenzen:

- Sind die Voraussetzungen der Familienversicherung nach § 10 SGB V erfüllt, kann eine zuvor bestehende freiwillige Mitgliedschaft „zur Minderung zusätzlichen Verwaltungsaufwandes“, der beim Wechsel von der freiwilligen Krankenversicherung zur Familienversicherung entstehen würde, während der Pflegezeit beitragsfrei fortgeführt werden.
- Besteht keine Familienversicherung (z. B. unverheiratete Arbeitnehmer oder Arbeitnehmer, deren Ehegatte privat krankenversichert ist), sind die Beiträge - je nach Satzungsregelung - ausgehend vom so genannten „halben Ehegatteneinkommen“ oder auf

der Grundlage der Mindesteinnahmen nach § 240 Abs. 4 Satz 1 SGB V zu erheben, sofern keine sonstigen Einkünfte vorhanden sind, die diesen Wert übersteigen. Eine vollständige Beitragsfreiheit kommt für diese Fallgruppe also nicht in Betracht.

Die vorstehenden Grundsätze gelten auch für die Beitragsbemessung zur Pflegeversicherung, da § 57 Abs. 4 Satz 1 SGB XI vollinhaltlich auf § 240 SGB V verweist.

5. Zuschussgewährung nach § 44a Abs. 1 SGB XI

Für die Dauer der Inanspruchnahme der Pflegezeit werden für pflegende Angehörige (Pflegerpersonen), die ihren Kranken- und Pflegeversicherungsschutz gegen eigene Beitragsleistung aufrecht erhalten, als ergänzende Leistungen Zuschüsse zu den Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträgen erbracht. Die Zuschüsse werden auf Antrag der Pflegerperson von der Pflegeversicherung des Pflegebedürftigen geleistet, und zwar unabhängig davon, ob der pflegende Angehörige gesetzlich oder privat krankenversichert ist. Dementsprechend erbringen die Pflegekassen auch Zuschüsse für privat krankenversicherte Pflegerpersonen und die private Pflege-Pflichtversicherung erbringt auch Zuschüsse für in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Pflegerpersonen.

Sollte eine Pflegerperson gleichzeitig mehrere nahe Angehörige pflegen, besteht für die gesamte Dauer der Pflegezeit nur einmal ein Anspruch auf Zahlung von Beitragszuschüssen nach § 44a Abs. 1 SGB XI. Sind die nahen Angehörigen bei unterschiedlichen Pflegekassen oder privaten Versicherungsunternehmen versichert, bestimmt die Pflegerperson durch ihren Antrag die für die Gewährung der Zuschüsse zuständige Pflegekasse bzw. das zuständige private Versicherungsunternehmen. Eine anteilmäßige Zahlung der Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung kommt nicht in Betracht.

Die Zuschussgewährung setzt neben dem Antrag der Pflegerperson nach § 44a Abs. 1 Satz 1 SGB XI voraus, dass der Arbeitnehmer für die Dauer der Pflegezeit nach § 3 PflegeZG entweder vollständig von der Arbeitsleistung freigestellt ist oder teilweise von der Arbeitsleistung freigestellt ist, wenn die Beschäftigung dadurch zu einer geringfügigen Beschäftigung im Sinne des § 8 Abs. 1 Nr. 1 SGB IV wird.

Bei Arbeitgebern mit in der Regel 15 oder weniger Beschäftigten besteht kein auf der Grundlage des Pflegezeitgesetzes durchsetzbarer (Rechts-)Anspruch auf die Freistellung von der Arbeitsleistung. Räumt der Arbeitgeber in solchen Fällen gleichwohl die Pflegezeit ein, sind unter den Voraussetzungen des § 44a Abs. 1 SGB XI Zuschüsse zu gewähren. Die das Pflegezeitgesetz flankierenden Regelungen über die soziale Sicherung rechtfertigen keine unterschiedliche Behandlung von Arbeitnehmern in Abhängigkeit von der Größe des Betriebes.

Zuschussleistungen nach § 44a SGB XI sind dagegen nicht vorgesehen für Personen, die sich unabhängig von dem PflegeZG bzw. auf der Grundlage sonstiger Regelungen (z. B. nach beamtenrechtliche Vorschriften) von der Arbeitsleistung wegen familiärer Pflege befreien lassen. Gleiches gilt für Personen, die sich in Elternzeit befinden und – bei Fortbestehen der Elternzeit – Pflegeleistungen für nahe Angehörige erbringen. Sie sind ferner nicht vorgesehen für Personen, die ihre Beschäftigung von vornherein auf Dauer aufgeben oder für einen längeren Zeitraum als sechs Monate unterbrechen.

Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung werden gewährt für

- eine freiwillige Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung und die an sie geknüpfte Versicherungspflicht in der Pflegeversicherung nach § 20 Abs. 3 SGB XI,
- eine Pflichtversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V bzw. § 2 Abs. 1 Nr. 7 KVLG 1989 und die an sie geknüpfte Versicherungspflicht nach § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 SGB XI,
- eine Versicherung bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen in Form einer substitutiven Krankenversicherung, eine Versicherung bei der Postbeamtenkrankenkasse oder der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten, soweit im Einzelfall keine beitragsfreie Familienversicherung möglich ist, sowie eine damit im Zusammenhang stehende Pflege-Pflichtversicherung.

Es werden keine Zuschüsse gewährt für Personen, die während der Pflegezeit in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig sind. Ausgenommen hiervon ist allein die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V bzw. § 2 Abs. 1 Nr. 7 KVLG 1989. Das bedeutet, dass beispielsweise Pflegepersonen, die für die Dauer der Pflegezeit aufgrund des Rentenbezugs nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 SGB V versicherungspflichtig sind, keinen Zuschuss erhalten. Ein Zuschuss nach § 44a Abs. 1 SGB XI wird neben einem Zuschuss des Rentenversicherungsträgers nach § 106 SGB VI nicht gezahlt, es sei denn, der Zahlbetrag der Rente unterschreitet den Betrag der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage.

Die Höhe der Zuschüsse richtet sich gemäß § 44a Abs. 1 Satz 2 SGB XI nach der Höhe der Mindestbeiträge, die von freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Personen zur gesetzlichen Krankenversicherung (§ 240 Abs. 4 Satz 1 SGB V) und zur sozialen Pflegeversicherung (§ 57 Abs. 4 SGB XI) zu zahlen sind und dürfen die tatsächliche Höhe der Beiträge nicht übersteigen. Der Beitragszuschlag für Kinderlose in der Pflegeversicherung nach § 55 Abs. 3 Satz 1 SGB XI ist ebenfalls zuschussfähig, allerdings nicht in Form eines fiktiven Zuschlags zur privaten Pflege-Pflichtversicherung.

Zur Berechnung der Mindestbeiträge schreibt § 44 a Abs. 1 Satz 3 SGB XI vor, dass in der Zeit vom 01.07. bis 31.12.2008 bei Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung der allgemeine Beitragssatz der jeweiligen Krankenkasse (§ 241 SGB V), bei Mitgliedern der landwirtschaftlichen Krankenversicherung der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz der Krankenkassen, sowie jeweils der zusätzliche Beitragssatz in Höhe von 0,9 v. H. (§ 241a SGB V) zugrunde zu legen ist.

Angesichts dessen, dass für die Berechnung der Mindestbeiträge der in Rede stehenden Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung jedoch der ermäßigte Beitragssatz (§ 243 Abs. 1 SGB V) anzusetzen ist, da diese Personen keinen Anspruch auf Krankengeld haben, ist der nach Maßgabe des § 44a Abs. 1 Satz 3 SGB XI ermittelte Beitragszuschuss zur Krankenversicherung regelmäßig auf den tatsächlich zu zahlenden Beitrag, der unter Heranziehung des ermäßigten Beitragssatzes in der Krankenversicherung ermittelt wird, zu kürzen.

Beispiel 1

Freiwilliges Mitglied der Krankenkasse X; Elterneigenschaft nachgewiesen

(KV-Beitragssätze: „allgemein“ = 14,0 %, „ermäßigt“ = 13,2 %, „zusätzlich“ = 0,9 %)

- Tatsächliche beitragspflichtige Einnahmen = 0,00 EUR mtl.
- Mindestbeitragsbemessungsgrundlage = 828,33 EUR mtl.
- Krankenversicherungsbeitrag
828,33 EUR mtl. x 14,1 % (13,2 % + 0,9 %) = 116,79 EUR mtl.
- Pflegeversicherungsbeitrag
828,33 EUR mtl. x 1,95 % = 16,15 EUR mtl.

Zuschuss nach § 44a Abs. 1 SGB XI

- zum Krankenversicherungsbeitrag = 116,79 EUR mtl.
- zum Pflegeversicherungsbeitrag = 16,15 EUR mtl.

Eine Begrenzung auf die Höhe des unter Beachtung des ermäßigten Beitragssatzes ermittelten Zuschussbetrags hat jedoch nicht zu erfolgen, wenn höhere Einnahmen als die fiktiven Mindesteinnahmen der Beitragsbemessung zugrunde zu legen sind, beispielsweise weil (weitere) tatsächliche beitragspflichtige Einnahmen bezogen werden.

Beispiel 2

Freiwilliges Mitglied der Krankenkasse X; ohne Elterneigenschaft

(KV-Beitragssätze: „allgemein“ = 14,0 %, „ermäßigt“ = 13,2 %, „zusätzlich“ = 0,9 %)

- Tatsächliche beitragspflichtige Einnahmen = 1.250,00 EUR mtl.
- Mindestbeitragsbemessungsgrundlage = 828,33 EUR mtl.
- Krankenversicherungsbeitrag
1.250,00 EUR mtl. x 14,1 % (13,2 % + 0,9 %) = 176,25 EUR mtl.
- Pflegeversicherungsbeitrag
1.250,00 EUR mtl. x 2,2 % = 27,50 EUR mtl.

Zuschuss nach § 44a Abs. 1 SGB XI

- zum Krankenversicherungsbeitrag
828,33 EUR mtl. x 14,9 % (14,0 % + 0,9 %) = 123,42 EUR mtl.
- zum Pflegeversicherungsbeitrag
828,33 EUR mtl. x 2,2 % = 18,22 EUR mtl.

Bei Personen, die nicht Mitglieder in der gesetzlichen Krankenversicherung sind, wird für die Bemessung des Zuschusses zur Krankenversicherung in der Zeit vom 01.07. bis zum 31.12.2008 nach § 44a Abs. 1 Satz 4 SGB XI der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz der Krankenkassen nach § 245 Abs. 1 SGB V, den das Bundesministerium für Gesundheit zum Stichtag 01.01.2008 festgestellt hat*, sowie der zusätzliche Beitragssatz in Höhe von 0,9 v. H. (§ 241a SGB V) zugrunde gelegt.

Beispiel 3

Versicherung bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen

Tatsächliche Höhe der Beiträge

- zur privaten Krankenversicherung = 220,25 EUR mtl.
- zur privaten Pflege-Pflichtversicherung = 31,50 EUR mtl.

Zuschuss nach § 44a Abs. 1 SGB XI

- zum Krankenversicherungsbeitrag
 $828,33 \text{ EUR mtl.} \times 14,9 \% (14,0 \% + 0,9 \%) = 123,42 \text{ EUR mtl.}$
- zum Pflegeversicherungsbeitrag
 $828,33 \text{ EUR mtl.} \times 1,95 \% = 16,15 \text{ EUR mtl.}$

Ab 01.01.2009 tritt für die Zuschussbemessung an die Stelle des allgemeinen Beitragssatzes der Krankenkasse und des zusätzlichen Beitragssatzes sowie des durchschnittliche allgemeinen Beitragssatzes der Krankenkassen und des zusätzlichen Beitragssatzes gemäß § 44a Abs. 1 Satz 2 Halbsatz 2 SGB XI der von der Bundesregierung durch Rechtsverordnung festzulegende bundeseinheitliche allgemeine Beitragssatz nach § 241 SGB V (in der vom 01.01.2009 an geltenden Fassung).

* Der zum 01.01.2008 festgestellte durchschnittliche allgemeine Beitragssatz der Krankenkassen betrug 14,0% (Bekanntmachung des Bundesministeriums für Gesundheit vom 20.02.2008).