



Ministerialblatt für das Land Nordrhein-Westfalen

Ausgabe: [MBI. NRW. 2001 Nr. 5](#)
Veröffentlichungsdatum: 20.12.2000
Seite: 102

I

Durchführung des § 257 SGB V für die Arbeitnehmer des Landes

820

Durchführung des § 257 SGB V für die Arbeitnehmer des Landes

RdErl. d. Finanzministeriums v.20.12.2000
- B 6020 - 1 - IV 1

Zu den in meinem RdErl. v. 20.11.1997 gegebenen Hinweisen zur Durchführung des § 257 SGB V hat sich durch Berücksichtigung gesetzlicher Änderungen und Auswertung von Rechtsprechung im wesentlichen 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)

Änderungsbedarf ergeben. An die Stelle meines RdErl. v. 20.11.1997 - SMBl. NW 820 - zu § 257 SGB V treten die folgenden mit dem Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit abgestimmten Hinweise.

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 Rechtskreistrennung, 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 sinngemäßer Anwendung der Richtlinien der Spitzenverbände der Kranken-, Unfall- und Rentenversicherungsträger zur "Ausstrahlung" vom 20. November 1997 (vgl. Zeitschrift "Die Beiträge" Heft 2/98, S. 89 ff.) lediglich für die Dauer der im Voraus zeitlich begrenzten Beschäftigung im Ausland anspruchsberechtigt.

2.

a)

Arbeiter, die die Voraussetzungen des § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V bereits beim Inkraft-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. 3a 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 Teilzeitbeschäftigung, wenn hierdurch die Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht überschritten würde), wenn sie in den letzten fünf Jahren vor Eintritt in die Versicherungspflicht nicht gesetzlich versichert waren (hierzu zählt auch die freiwillige Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung) und in mindes-

tens 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 e, 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 gesetz-lichen 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 - unge-achtet 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 versicherungsfrei 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. Waisenrentenberechtig- te, 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 Jahresarbeitsentgeltgren- ze überschreitet, sind nicht anspruchsberechtigt, wenn sie auch aus einem anderen Grund versi-

cherungsfrei 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, 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 Versicherungspflicht 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 Leistun-

gen 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 Folgende Beschäftigte zugänglich sein:

aaa)

Beschäftigte, 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. 2a Satz 1 Nr. 2 SGB V),

bbb)

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

ccc)

Beschäftigte, 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. 2a Satz 1 Nr. 2a SGB V),

ddd)

versicherte Beschäftigte, 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. 2a Satz 1 Nr. 2b SGB V),

eee)

Beschäftigte, 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. 2a Satz 1 Nr. 2c

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 öffentlich-rechtlicher 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 Ein-

zelen absichern will (vgl. auch Töns, BB 1989, 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 Beitrittsgebiet 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 errechnende 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 Wirkungskdauer 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. 7a SGB V maßgebend 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 I 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 weiter versicherter 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 sogenannten 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. 4a 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 auszuzahlen (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 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 x 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.

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 berücksichtigt worden sind. Diese Bescheinigung dient zur Vorlage im Beihilfeverfahren.

Mit Wirkung vom 1. August 1998 erhalten Arbeitnehmer, deren Arbeitsverhältnisse nach dem 31. Juli 1998 begründet worden sind, keine Beihilfe mehr.

5.

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.

6.

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.

7.

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).

8.

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 -).

9.

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 -).

10.

Bei der Berechnung des pfändbaren Arbeitseinkommens ist der Beitragszuschuss des Arbeitgebers nicht mitzurechnen (§ 850 e Nr. 1 ZPO).

11.

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 Aus-

schlussfrist 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 2a 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 im § 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 kann danach grundsätzlich nicht entsprochen werden.

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

[Anlage \(Vordruckmuster\)](#)

MBI. NRW. 2001 S. 102

Anlagen

Anlage 1 (Anlage1)

[URL zur Anlage \[Anlage1\]](#)