

Ergebnisniederschrift
über die
Sitzung der Fachkonferenz Beiträge
am 28. Juni 2011
in Berlin





Spitzenverband



Inhaltsübersicht

	<u>Seite</u>
Top 1	5
Versicherungs- und beitragsrechtliche Auswirkungen der Einführung des freiwilligen Wehrdienstes sowie des Bundesfreiwilligendienstes in der Kranken- und Pflegeversicherung ab 1. Juli 2011	
Top 2	13
Auswirkungen der Zahlung von Arbeitslosengeld im Rahmen der sog. Gleichwohlgewährung bei Insolvenzereignissen nach § 183 SGB III auf die Mitgliedschaft und die Beitragspflichten von freiwillig krankenversicherten Arbeitnehmern	
Top 3	17
Beitragsrechtliche Behandlung der Versicherungsleistungen von privaten Versicherungsunternehmen im Anwendungsbereich des § 240 SGB V; hier: Leistungen aus einer gemischt finanzierten Direktversicherung, die zum Teil als Versorgungsbezug zu klassifizieren sind	
Top 4	21
Berücksichtigung von nicht nach deutschem Recht versteuertem Einkommen als Gesamteinkommen im Rahmen der Familienversicherung	
Top 5	25
Erstattung von Aufwendungen nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz; hier: Aufwendungen des Arbeitgebers für die (betriebliche) Altersversorgung des Arbeitnehmers	
Top 6	31
Erstattung von Aufwendungen nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz; hier: Behandlung von Arbeitsentgelt bei Beschäftigungsverboten nach § 11 MuSchG sowie der Arbeitgeberanteile zum Gesamtsozialversicherungsbeitrag bei Überschreiten der Beitragsbemessungsgrenze	
Top 7	35
Erstattung von Aufwendungen nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz; hier: Fälligkeit des Erstattungsanspruchs	



Top 1

Versicherungs- und beitragsrechtliche Auswirkungen der Einführung des freiwilligen Wehrdienstes sowie des Bundesfreiwilligendienstes in der Kranken- und Pflegeversicherung ab 1. Juli 2011

Sachverhalt:

Mit dem Gesetz zur Änderung wehrrechtlicher Vorschriften 2011 (Wehrrechtsänderungsgesetz 2011 – WehrRÄndG 2011) vom 26. April 2011 (BGBl. I S. 678) und der davon erfassten Änderung des Wehrpflichtgesetzes (WPfIG) wird ab 1. Juli 2011 die Aussetzung der Wehrpflicht unter Fortentwicklung des freiwilligen Wehrdienstes realisiert. Darüber hinaus wird das (Wehr-)Übungsrecht zukünftig einheitlich im Soldatengesetz (SG) geregelt. Der bisher auf Männer beschränkte freiwillige Wehrdienst steht in seiner neuen Form auch Frauen offen.

Gesetzliche Grundlage für die Aussetzung der Wehrpflicht ist § 2 WPfIG in seiner ab 1. Juli 2011 geltenden Fassung, wonach die §§ 3 bis 53 WPfIG nur im Spannungs- oder Verteidigungsfall gelten. Damit kommen insbesondere die Vorschriften über die bisherigen Arten des Wehrdienstes (§§ 4 bis 6d WPfIG) ab diesem Zeitpunkt nicht mehr zur Anwendung. Dafür wird in das WPfIG ein neuer Abschnitt 7 eingefügt, in dem der neue freiwillige Wehrdienst geregelt wird (§§ 54 bis 61 WPfIG) und Übergangsvorschriften zum bisherigen Wehrdienst (§62 WPfIG) enthalten sind. Der neue freiwillige Wehrdienst besteht nach § 54 Abs. 1 Satz 2 WPfIG aus „sechs Monaten freiwilligem Grundwehrdienst als Probezeit und bis zu 17 Monaten anschließendem freiwilligen zusätzlichen Wehrdienst.“ § 56 WPfIG bestimmt, dass Regelungen in anderen Gesetzen oder Rechtsverordnungen, die an die Ableistung des Grundwehrdienstes oder des freiwilligen zusätzlichen Wehrdienstes im Anschluss an den Grundwehrdienst (§ 6b) anknüpfen, auf Personen, die den neuen freiwilligen Wehrdienst leisten, entsprechend anzuwenden sind. Die Übergangsregelung des § 62 WPfIG führt dazu, dass bisherige Wehrdienstverhältnisse in Form des Grundwehrdienstes oder freiwilligen zusätzlichen Wehrdienstes zum 1. Juli 2011 in den neuen freiwilligen Wehrdienst überführt werden.

Außerdem wird ab 1. Juli 2011 ein einheitliches Wehrübungsrecht im SG für alle Reservistinnen und Reservisten begründet. Wehrübungen als sog. nachwirkende Dienstleistungen haben ihre Grundlage zukünftig einheitlich im SG (vgl. §§ 60, 61 SG). Die Verpflichtung zu dem neuen freiwilligen Wehrdienst schließt eine Verpflichtung zur Teilnahme an Dienstleistungen im Sinne des § 60 SG, insbesondere an Wehrübungen, ein.

Zeitgleich mit der Aussetzung der Wehrpflicht wird durch das Gesetz zur Einführung eines Bundesfreiwilligendienstes vom 28. April 2011 (BGBl. I S. 687) auch der Zivildienstes als bisheriger Wehrrersatzdienst ausgesetzt (§ 1a Zivildienstgesetz – ZDG). Als Kompensation wird ein Bundesfreiwilligendienst (BFD) für Männer und Frauen eingeführt, der dem Ziel einer Förderung des bürgerschaftlichen Engagements sowie der Stärkung der bestehenden zivilgesellschaftlichen Strukturen dient und als Ergänzung und Stärkung der bestehenden Freiwilligendienste nach dem Jugendfreiwilligendienstegesetz (JFDG) ausgestaltet wird. In der Regel dauert der BFD zwölf zusammenhängende Monate. Er dauert mindestens sechs und höchstens 18 Monate; ausnahmsweise kann er bis zu einer Dauer von 24 Monaten verlängert werden. Soweit nicht ausdrücklich eine sozialversicherungsrechtliche Regelung vorhanden ist, sieht § 13 Abs. 2 BFDG vor, dass auf den BFD die sozialversicherungsrechtlichen Bestimmungen entsprechende Anwendung finden, die für die Jugendfreiwilligendienste (JFD) gelten. In den Artikeln 7 bis 12 des Gesetzes zur Einführung eines Bundesfreiwilligendienstes finden sich entsprechende ausdrückliche Regelungen für die einzelnen Bücher des SGB.

Einberufungen zum Zivildienst sind nach der Übergangsvorschrift des § 83 ZDG nur noch bis zum 30. Juni 2011 möglich. In diesen Übergangsfällen endet der Zivildienst spätestens am 31. Dezember 2011, wenn die Person nicht bereits vorher auf Antrag aus dem Dienst entlassen wird. Personen, die noch nach dem 30. Juni 2011 Zivildienst leisten, gelten nach § 83 Abs. 5 ZDG sozialversicherungsrechtlich als Person, die aufgrund gesetzlicher Pflicht Zivildienst leistet.

Ergebnis:

Durch die Einführung des neuen freiwilligen Wehrdienstes sowie des BFD ergeben sich folgende versicherungs- und beitragsrechtliche Auswirkungen im Recht der Kranken- und Pflegeversicherung:

1. Fortbestehen des Beschäftigungsverhältnisses und der Mitgliedschaft nach § 193 SGB V

Bei versicherungspflichtig Beschäftigten, denen nach § 1 Abs. 2 Arbeitsplatzschutzgesetz Entgelt weiterzugewähren ist (Arbeitnehmer im öffentlichen Dienst für die Zeit einer Wehrübung) gilt das Beschäftigungsverhältnis als durch den Wehrdienst nach § 4 Abs. 1 WPfIG nicht unterbrochen (§ 193 Abs. 1 SGB V). In diesen Fällen bleibt auch die Mitgliedschaft bei der Krankenkasse erhal-

ten. Bereits nach der bisherigen Fassung des § 193 Abs. 4 SGB V gilt Absatz 1 und im Übrigen auch Absatz 2 für Personen, die Dienstleistungen oder Übungen nach dem 4. Abschnitt des SG leisten, entsprechend. Damit kommt § 193 Abs. 1 SGB V sowohl für Übungen von bisher Wehrdienstleistenden als auch für Personen, die den neuen freiwilligen Wehrdienst geleistet haben, zur Anwendung.

Bei anderen Versicherungspflichtigen und bei freiwilligen Mitgliedern bleibt die Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse während eines Wehrdienstes nach § 4 Abs. 1 und § 6b Abs. 1 WPfIG bestehen (§ 193 Abs. 2 SGB V). Eine entsprechende Anwendung auf die Personen, die sich in dem neuen freiwilligen Wehrdienst befinden, ergibt sich bereits unmittelbar aus der Generalklausel des § 56 WPfIG. Nach der Gesetzesbegründung zu § 56 WPfIG ist der neue freiwillige Wehrdienst dem in § 6b WPfIG geregelten freiwilligen zusätzlichen Wehrdienst nachgebildet.

Nach § 193 Abs. 3 SGB V werden die Absätze 1 und 2 des § 193 SGB V (zutreffend nur für den Absatz 2) für den Zivildienst für entsprechend anwendbar erklärt. Diese Regelung hat über den 30. Juni 2011 hinaus mithin alleine nur noch für die Fälle Bedeutung, in denen unter Beachtung von § 83 Abs. 5 ZDG der Zivildienst übergangsweise, längstens bis zum 31. Dezember 2011, geleistet wird. In diesen Fällen bleibt die Mitgliedschaft bei der Krankenkasse ebenfalls erhalten.

Wenngleich das Mitgliedschaftsrecht in der Pflegeversicherung in § 49 Abs. 2 SGB XI die krankensicherungsrechtliche Regelung des § 193 SGB V nicht erwähnt, ist in entsprechender Anwendung des § 49 Abs. 2 SGB XI in diesen Fällen ein Erhalt der Pflichtmitgliedschaft auch in der Pflegeversicherung bzw. bei der Pflegekasse anzunehmen. Schließlich wird für die beitragspflichtigen Einnahmen in § 57 Abs. 1 SGB XI auf § 244 SGB V verwiesen, der die Beitragsbemessung für diese Fälle regelt.

2. Ermäßigter Beitrag nach § 244 SGB V

Nach § 244 SGB V werden die Beiträge für Wehr- und Zivildienstleistende, je nach dem, ob die Person unter § 193 Abs. 1 oder Abs. 2 SGB V fällt, auf 1/3 oder 1/10 des zuletzt zu entrichtenden Beitrags ermäßigt. Auf der Grundlage von § 244 Abs. 2 und Abs. 3 SGB V regelt die KV-/PV-Pauschalbeitragsverordnung (in der aktuellen Fassung vom 30. Juni 2009) eine pauschale Beitragsberechnung für die von § 193 Abs. 2 SGB V erfassten Personen.

Die unter Punkt 1 beschriebenen Änderungen wirken sich im Anwendungsbereich des § 244 SGB V entsprechend aus. Dies bedeutet, dass für die Personen, die den neuen freiwilligen Wehrdienst leisten, pauschale ermäßigte Beiträge zur Krankenversicherung an den Gesundheitsfonds bzw. an den Spitzenverband der landwirtschaftlichen Krankenversicherung zu zahlen sind; die Beiträge zur Pflegeversicherung sind an den Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung zu leisten. Da der Zivildienst Ende des Jahres 2011 ausläuft, hat das Bundesamt für den Zivildienst letztmalig für das Jahr 2011 Pauschalbeiträge zu zahlen. Für die Personen im neuen freiwilligen Wehrdienst zahlt - wie für die bisher Wehrdienstleistenden - das Bundesamt für Wehrverwaltung die Pauschalbeiträge.

In die jährliche Mitteilung des GKV-Spitzenverbandes nach § 4 Abs. 2 KV-/PV-Pauschalbeitragsverordnung fließen zukünftig die freiwillig Wehrdienstleistenden ein. Für die Berechnung der Pauschalbeiträge selbst sind die zu berücksichtigenden Dienstage (der Mitglieder im Sinne des § 193 Abs. 2 SGB V) maßgebend. Im Hinblick auf das nach § 3 Abs. 3 KV-/PV-Pauschalbeitragsverordnung im Einvernehmen mit dem GKV-Spitzenverband zu bestimmende Verfahren zur Feststellung der nicht zu berücksichtigenden Dienstage ist der GKV-Spitzenverband bereits an das Bundesamt für Wehrverwaltung - für die Zeit ab dem Jahr 2012 (ohne Berücksichtigung des Zivildienstes) - herangetreten.

3. Sozialversicherungspflicht bei der Teilnahme am BFD

Der BFD wird im Rahmen eines abhängigen Beschäftigungsverhältnisses ausgeübt. Sofern die Teilnehmer Anspruch auf Arbeitsentgelt, ggf. ausschließlich auf Sachbezüge in Form von Verpflegung und/oder Unterkunft, haben, wovon im Regelfall auszugehen ist, führt dies zur Versicherungspflicht in der Kranken- und Pflegeversicherung und im Übrigen auch in den anderen Zweigen der Sozialversicherung. Die Vorschriften über die Versicherungsfreiheit bei einer geringfügig ausgeübten Beschäftigung gelten für die Teilnehmer am BFD nicht (§ 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V, § 5 Abs. 2 Satz 3 SGB VI und § 27 Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 SGB III).

4. Zusatzbeitrag

Sofern der Finanzbedarf durch die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nicht gedeckt ist, hat

eine Krankenkasse von ihren Mitgliedern nach § 242 SGB V einen Zusatzbeitrag zu erheben. Von den in § 242 Abs. 5 SGB V aufgeführten Mitgliedergruppen wird ein Zusatzbeitrag nicht erhoben; dazu gehören u. a. die Personen, deren Mitgliedschaft nach § 193 Abs. 2 bis 5 SGB V fortbesteht, sowie Beschäftigte, bei denen § 20 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 oder 2 oder Satz 2 SGB IV angewendet wird.

Damit ist für die zuvor genannten Personengruppen der Wehrdienstleistenden (und übergangsweise Zivildienstleistenden), die nach § 193 Abs. 2 und 3 SGB V Mitglied einer Krankenkasse sind und für die die Beiträge zur Krankenversicherung in Form eines Pauschalbeitrages vom Bund aufgebracht werden, ein Zusatzbeitrag nicht zu erheben.

Auch für den Personenkreis der Teilnehmer am BFD scheidet die Erhebung des Zusatzbeitrags aus, da sie – gemäß der Vorgabe in § 242 Abs. 5 SGB V – zu den Beschäftigten zählen, bei denen der Arbeitgeber die Gesamtsozialversicherungsbeiträge nach § 20 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB IV allein trägt (vgl. Artikel 8 des Gesetzes zur Einführung eines Bundesfreiwilligendienstes).

5. Sozialausgleich

Mitglieder haben grundsätzlich Anspruch auf einen Sozialausgleich nach § 242b SGB V, wenn der durchschnittliche Zusatzbeitrag nach § 242a SGB V 2 v. H. der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds übersteigt.

Mitglieder, von denen nach § 242 Abs. 5 SGB V kein Zusatzbeitrag erhoben wird (u. a. freiwillig Wehrdienstleistende und Teilnehmer am BFD), haben nach ausdrücklicher gesetzlicher Bestimmung in § 242b Abs. 6 SGB V konsequenterweise auch keinen Anspruch auf einen Sozialausgleich.

6. Familienversicherung

Nach § 10 Abs. 2 Nr. 1 bis 3 SGB V sind Kinder bis zu verschiedenen Altersgrenzen in der gesetzlichen Krankenversicherung familienversichert. Entsprechende Regelungen gelten nach § 25 Abs. 2 Nr. 1 bis 3 SGB XI für die Familienversicherung in der sozialen Pflegeversicherung.

Wie bei den bisherigen Arten des Wehrdienstes nach § 4 WPfIG und beim Zivildienst berührt auch der neue freiwillige Wehrdienst sowie der übergangsweise weiter ausgeübte Zivildienst – unabhängig von einem eventuellen Ruhen von Leistungsansprüchen und einer damit zusammenhängenden Nichtberücksichtigung von Versicherungszeiten im Risikostrukturausgleich – eine bestehende Familienversicherung nicht.

Sollte der BFD im Ausnahmefall – sofern kein Anspruch auf Arbeitsentgelt besteht – nicht zur Versicherungspflicht führen, hätte dieser keinen Einfluss auf eine bestehende Familienversicherung als Kind oder Ehegatte bzw. Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz. Nach Ergänzung des § 10 Abs. 2 Nr. 3 SGB V und des § 25 Abs. 2 Nr. 3 SGB XI um den BFD gilt dies ausdrücklich auch für die Familienversicherung eines Kindes bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres.

Eine Verlängerung der Familienversicherung eines Kindes über das 25. Lebensjahr hinaus ist nach dem unveränderten Text des § 10 Abs. 2 Nr. 3 zweiter Halbsatz SGB V und § 25 Abs. 2 Nr. 3 zweiter Halbsatz SGB XI nur dann möglich, wenn die Schul oder Berufsausbildung durch Erfüllung einer gesetzlichen Dienstpflicht des Kindes unterbrochen oder verzögert wird. Eine gesetzliche Dienstpflicht besteht sowohl bei dem neuen freiwilligen Wehrdienst als auch bei dem BFD nicht.

Mangels einer ausdrücklichen Anwendungsregelung im BFDG ist daher davon auszugehen, dass die Teilnahme am BFD, so wie bereits die Teilnahme an den bestehenden Jugendfreiwilligendiensten (Freiwilliges soziales Jahr/Freiwilliges ökologisches Jahr), keinen Verlängerungstatbestand darstellt. Dies erscheint aufgrund des freiwilligen Charakters auch bei dem neuen freiwilligen Wehrdienst sachgerecht. Insofern würden sämtliche „Freiwilligendienste“ mit gleichem Maßstab behandelt.

Einer entsprechenden Übertragung dieses Ergebnisses auf die freiwillig Wehrdienstleistenden steht allerdings der Wortlaut des § 56 WPfIG entgegen. Diese Generalklausel, nach der alle sonstigen Regelungen, die an die Ableistung des Grundwehrdienstes anknüpfen, auf die freiwillig Wehrdienstleistenden entsprechend anzuwenden sind, nimmt die Regelung über die Verlängerung der Familienversicherung nicht ausdrücklich oder sachlogisch aus. Ob dies der Wille des Gesetzgebers war, lässt sich aus den amtlichen Unterlagen zum Gesetzgebungsverfahren nicht klar und eindeutig erkennen.

Unter Berücksichtigung der Regelung des § 56 WPfIG erscheint eine Rechtsauffassung, wonach der freiwillige Wehrdienst nach Abschnitt 7 des Wehrpflichtgesetzes im Hinblick auf seinen Beschäftigungscharakter keine Verlängerung der Familienversicherung über das 25. Lebensjahr hinaus rechtfertigt, zwar sachlich vertretbar, aber unter Umständen rechtlich nicht ausreichend gefestigt. Der GKV-Spitzenverband hat daher aktuell im Rahmen einer Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung gegenüber dem Gesetzgeber eine ausdrückliche gesetzliche Klarstellung in dem Sinne angeregt, dass bei freiwilligem Wehrdienst eine Verlängerung der Familienversicherung über das 25. Lebensjahr hinaus auszuschließen ist. Einer klaren Regelung oder Positionierung bedarf es frühestens für Anwendungsfälle ab 2012, da erst dann die ersten freiwilligen Wehrdienstverhältnisse durchlaufen sein werden.

7. Krankenversicherung der Studenten

Nach § 5 Abs. 1 Nr. 9 zweiter Halbsatz SGB V sind Studenten nach Abschluss des 14. Fachsemesters oder nach Vollendung des 30. Lebensjahres nur dann versicherungspflichtig, wenn die Art der Ausbildung oder familiäre sowie persönliche Gründe, insbesondere der Erwerb der Zugangsvoraussetzungen in einer Ausbildungsstätte des Zweiten Bildungswegs, die Überschreitung der Altersgrenze oder eine längere Fachstudienzeit rechtfertigen.

Eine Verlängerung der Versicherungspflicht in der Krankenversicherung der Studenten (KVdS) aufgrund von persönlichen Gründen ist bislang u. a. bei dem bisherigen Wehrdienst nach § 4 WPfIG oder dem Zivildienst für die Dauer der jeweiligen gesetzlichen Dienstzeit (Mindestzeit) und bei der Teilnahme an einem freiwilligen sozialen oder freiwilligen ökologischen Jahr für die Dauer dieses Dienstes anerkannt (vgl. gemeinsames Rundschreiben zur Kranken- und Pflegeversicherung der Studenten vom 21. März 2006).

Unter Berücksichtigung dieser Bewertung kommt auch eine Verlängerung der Versicherungspflicht in der KVdS um die Zeit des Bundesfreiwilligendienstes in Betracht. Ob und ggf. für welche Dauer der neue freiwillige Wehrdienst als Verlängerungstatbestand in diesem Sinne angesehen werden kann, wird zu gegebener Zeit, insbesondere auch mit Blick auf die künftige Bewertung als Verlängerungstatbestand in der Familienversicherung, einer abschließenden Klärung zuzuführen sein.



Top 2

Auswirkungen der Zahlung von Arbeitslosengeld im Rahmen der sog. Gleichwohlgewährung bei Insolvenzereignissen nach § 183 SGB III auf die Mitgliedschaft und die Beitragspflichten von freiwillig krankenversicherten Arbeitnehmern

Sachverhalt:

Nach § 143 Abs. 3 SGB III wird Arbeitslosengeld im Rahmen der sog. Gleichwohlgewährung für die Zeit geleistet, in der der Arbeitslose einen rechtlichen Anspruch auf Arbeitsentgelt oder Urlaubsabgeltung hat, dieser aber tatsächlich nicht erfüllt wird. Vom Anwendungsbereich dieser Regelung sind sowohl Sachverhalte erfasst, in denen Unklarheit über die Fortdauer des Arbeitsverhältnisses (z. B. im Kündigungsschutzprozess) und infolgedessen über den Anspruch auf Arbeitsentgelt besteht (Fallgruppe 1), als auch solche, in denen der zur Arbeitsentgeltzahlung verpflichtete Arbeitgeber bzw. Insolvenzverwalter aus Gründen der Zahlungsunfähigkeit für Zeiten nach einem Insolvenzereignis kein Arbeitsentgelt zahlt (Fallgruppe 2).

Die Zahlung von Arbeitslosengeld im Rahmen der sog. Gleichwohlgewährung wirkt sich in den beiden genannten Fallgruppen unterschiedlich auf die Mitgliedschaft der Arbeitnehmer und die Beitragszahlungspflichten sowie die Ersatzpflichten des Arbeitgebers aus. Näheres hierzu, insbesondere zum Verfahren bei nachträglicher Erfüllung des Arbeitsentgeltanspruchs, wird in dem gemeinsamen Rundschreiben der Spitzenorganisationen der Sozialversicherung vom 14. Dezember 2004 zur Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung der Leistungsbezieher nach dem SGB III ab 1. Januar 2005 unter den Abschnitten A I 1.6 und C I 7.3 ausgeführt. Ergänzend hierzu ist die Abwicklung von Fällen der Gleichwohlgewährung im Zusammenhang mit Insolvenzereignissen nach § 183 SGB III in einem Besprechungsergebnis dargestellt (vgl. Punkt 11 der Niederschrift über die Besprechung zu Fragen des gemeinsamen Beitragseinzugs am 25./26. September 2008). Bislang nicht konkret beschrieben sind dagegen die Auswirkungen der Zahlung von Arbeitslosengeld im Rahmen der sog. Gleichwohlgewährung bei Insolvenzereignissen auf die Mitgliedschaft und die Beitragspflichten von freiwillig krankenversicherten Arbeitnehmern.

Ergebnis:

Die versicherungs- und beitragsrechtlichen Auswirkungen des Bezugs von Arbeitslosengeld im Wege der sog. Gleichwohlgewährung stellen sich wie folgt dar:

Fallgruppe 1 – keine Zahlung von Arbeitsentgelt wegen Unklarheit über die Fortdauer des Arbeitsverhältnisses (z. B. im Kündigungsschutzprozess)

- Ø Die Versicherungspflicht als Arbeitnehmer aufgrund des zunächst unklaren Arbeits-/Beschäftigungsverhältnisses besteht fort. Auch eine freiwillige Krankenversicherung als Arbeitnehmer bleibt zunächst – trotz der aufgrund des Arbeitslosengeldbezugs vermittelten Versicherungspflicht – latent bestehen (vgl. Urteil des BSG vom 25. September 1981 – 12 RK 58/80 – USK 81268). Die Fälligkeit des Beitragsanspruchs aus dem Arbeitsentgelt bzw. gegenüber dem Mitglied ist aufgeschoben.
- Ø Die aufgrund des Arbeitslosengeldbezugs zunächst durchgeführte Versicherungspflicht wird nach Klärung der Rechtslage für die Dauer des fortbestehenden Arbeits-/Beschäftigungsverhältnisses rückabgewickelt. Das gilt auch, wenn eine freiwillige Krankenversicherung latent bestanden hat, die nun wieder auflebt.
- Ø Die Bundesagentur für Arbeit verzichtet – entgegen § 335 Abs. 3 und 5 SGB III – gegenüber dem Arbeitgeber auf den Ersatz der von ihr gezahlten Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge.
- Ø Die Bundesagentur für Arbeit rechnet die von ihr gezahlten Beiträge gegenüber der Krankenversicherung/Pflegeversicherung zurück.
- Ø Der Arbeitgeber zahlt die vollen Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge an die Einzugsstelle. Bei freiwilligen Mitgliedern trifft die Zahlungspflicht das Mitglied, es sei denn, der Arbeitgeber nimmt am sog. Firmenzahlverfahren teil; ein Anspruch auf den Beitragszuschuss nach § 257 SGB V bzw. § 61 SGB XI besteht.

Fallgruppe 2 – keine Zahlung von Arbeitsentgelt wegen Zahlungsunfähigkeit nach Eintritt eines Insolvenzereignisses

- Ø Die Versicherungspflicht als Arbeitnehmer besteht auch nach Eröffnung eines Insolvenzverfahrens bzw. nach Abweisung des Eröffnungsantrags mangels Masse bis zur rechtlichen Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses fort. Eine freiwillige Krankenversicherung als Arbeitnehmer endet mit Beginn der Pflichtmitgliedschaft aufgrund des Bezugs von Arbeitslosengeld.
- Ø Die aufgrund des Arbeitslosengeldbezugs durchgeführte Versicherungspflicht bleibt für die Dauer des fortbestehenden Arbeits-/Beschäftigungsverhältnisses parallel bestehen, selbst wenn im Rahmen der Insolvenz die Entgeltansprüche voll befriedigt werden. Die mit Beginn der Pflichtmitgliedschaft aufgrund des Bezugs von Arbeitslosengeld endende freiwillige Krankenversicherung bleibt beendet und lebt (rückwirkend) nicht wieder auf.
- Ø Die Bundesagentur für Arbeit fordert – entsprechend § 335 Abs. 3 und 5 SGB III – gegenüber dem Arbeitgeber/Insolvenzverwalter die Leistung (Arbeitslosengeld) und die darauf entfallenden Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge.
- Ø Die Bundesagentur für Arbeit nimmt keine Rückrechnung der von ihr gezahlten Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge gegenüber der Krankenversicherung/Pflegeversicherung vor.
- Ø Der Arbeitgeber/Insolvenzverwalter ist insoweit von seiner Zahlungspflicht gegenüber der Einzugsstelle befreit, als die Bundesagentur für Arbeit Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge gezahlt hat. Die Einzugsstelle verfolgt das Beitragssoll in Höhe des aus dem Arbeitsentgelt resultierenden Beitragsanspruchs vermindert um die Beiträge aus dem Anspruchsübergang nach § 335 Abs. 3 und 5 SGB III.
- Ø Die vorgenannten Regelungen zum Anspruchsübergang der Beiträge auf die Bundesagentur für Arbeit und der insoweit einhergehenden Zahlungspflichtbefreiung gegenüber der Einzugsstelle gilt nach § 335 Abs. 3 Satz 3 SGB III auch für den Beitragszuschuss nach § 257 SGB V bzw. in Verbindung mit § 335 Abs. 5 SGB III für den Beitragszuschuss nach § 61 SGB XI. Das bedeutet: Für die Arbeitnehmer, die vor Beginn der Mitgliedschaft aufgrund des Bezugs von

Arbeitslosengeld freiwillig krankenversichert waren, hat der Arbeitgeber/Insolvenzverwalter den um den Betrag aus dem Anspruchsübergang auf die Bundesagentur für Arbeit geminder- ten Beitragszuschuss nach § 257 SGB V bzw. § 61 SGB XI an die Krankenkasse (und nicht an den Arbeitnehmer) zu zahlen. Insofern wird der Beitragszuschuss hinsichtlich der Zahlungs- pflicht durch den Arbeitgeber/Insolvenzverwalter nicht anders behandelt als die für versiche- rungspflichtige Arbeitnehmer zu zahlenden Beiträge. Eine Beitragszahlungspflicht des vormals freiwilligen Mitglieds besteht angesichts dessen, dass die mit Beginn der Pflichtmitgliedschaft aufgrund des Bezugs von Arbeitslosengeld endende freiwillige Krankenversicherung beendet bleibt und (rückwirkend) nicht wieder auflebt, nicht.

Top 3

Beitragsrechtliche Behandlung der Versicherungsleistungen von privaten Versicherungsunternehmen im Anwendungsbereich des § 240 SGB V;

hier: Leistungen aus einer gemischt finanzierten Direktversicherung, die zum Teil als Versorgungsbezug zu klassifizieren sind

Sachverhalt:

Das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) hat in dem Verfahren 1 BvR 1660/08 durch Beschluss vom 28. September 2010 (USK 2010-112) entschieden, dass die Versorgungsleistungen aus einer gemischt finanzierten Direktversicherung unter bestimmten Bedingungen in einen Versorgungsbezug und Leistungen einer privaten Altersvorsorge aufzuteilen sind. Voraussetzung für eine derartige Aufteilung ist, dass die Leistungen aus einem Lebensversicherungsvertrag stammen, der ursprünglich als Direktversicherung von einem Arbeitgeber als Versicherungsnehmer für den Arbeitnehmer als Bezugsberechtigten abgeschlossen wurde, und der Vertrag nach dem Ende des Arbeitsverhältnisses von dem (ehemaligen) Arbeitnehmer als Versicherungsnehmer übernommen und von ihm bis zum Eintritt des Versicherungsfalles fortgeführt wurde. Nach einer Entscheidung des Bundessozialgerichts vom 30. März 2011 - B 12 KR 16/10 R - ist es im Übrigen unerheblich, ob zunächst eine Versicherung mit dem Arbeitgeber als Versicherungsnehmer im Rahmen einer betrieblichen Altersversorgung bestand, die dann nach einem Versicherungsnehmerwechsel auf den Arbeitnehmer in einen privaten Lebensversicherungsvertrag überging, oder ob dies in umgekehrter Reihenfolge stattfand oder ob und in welcher Reihenfolge weitere Wechsel eingetreten sind.

Für verschiedene Bestandteile der aufzuteilenden Versorgungsleistung gelten unterschiedliche beitragsrechtliche Bewertungsmaßstäbe. Während der Teil der Versorgungsleistung, der als Versorgungsbezug im Sinne des § 229 SGB V zu klassifizieren ist, zu den beitragspflichtigen Einnahmen für Pflicht- und freiwillige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung gehört, wird der auf privater Vorsorge mit dem Bezugsberechtigten als Versicherungsnehmer beruhende Leistungsanteil lediglich im Anwendungsbereich des § 240 SGB V zur Beitragspflicht herangezogen. Bei den zweitgenannten Bestandteilen der Leistung sind in der Praxis vereinzelt Irritationen hinsichtlich der Frage aufgetreten, ob diese Versicherungsleistungen von der Ergebnisniederschrift zu Top 2 der Fachkonferenz Beiträge am 8. Februar 2011 erfasst sind. Speziell geht es insbesondere um die Problematik, in welchem Volumen die Kapitalleistungen zur Beitragspflicht heranzu-

ziehen und welchem Zeitraum sie beitragsrechtlich zuzuordnen sind.

Ergebnis:

Das Besprechungsergebnis zu Top 2 der Fachkonferenz Beiträge am 8. Februar 2011 bezieht sich ausdrücklich auf die rein privat finanzierten Versicherungsleistungen von privaten Versicherungsunternehmen. Die von der Entscheidung des BVerfG vom 28. September 2010 erfassten Sachverhalte haben dagegen einen unmittelbaren Bezug zu den Leistungen aus der betrieblichen Altersversorgung. Es gilt daher, dieser Besonderheit ausreichend Rechnung zu tragen und die in dem vorgenannten Besprechungsergebnis aufgestellten Bewertungsmaßstäbe speziell für die hier diskutierten Fallkonstellationen fortzuentwickeln.

Soweit es sich bei den gemäß des BVerfG-Beschlusses vom 28. September 2010 aufzuteilenden Leistungen aus der Direktversicherung um laufende Bezüge handelt, dürfte sich die beitragsrechtliche Behandlung des nicht unter § 229 SGB V fallenden Teils der Versorgungsleistung im Anwendungsbereich des § 240 SGB V weitgehend unproblematisch gestalten. Das Bundessozialgericht (BSG) hält es für zulässig, die auf einer privaten Vorsorge ruhenden Rentenleistungen mit ihrem Zahlbetrag der Beitragspflicht zu unterwerfen (vgl. BSG, Urteile vom 6. September 2001 - B 12 KR 40/00 R und B 12 KR 5/01 R -, USK 2001-31, und - B 12 KR 14/00 R -, USK 2001-35). Im Ergebnis unterliegt die aufgeteilte Versorgungsleistung bei den freiwilligen Mitgliedern und ihnen beitragsrechtlich gleichgestellten Personen in Gänze der Beitragspflicht, wobei für die verschiedenen Leistungsanteile die unterschiedlichen Beitragssätze (allgemeiner Beitragssatz für die Versorgungsbezüge und ermäßigter Beitragssatz für die privaten Vorsorgeleistungen) maßgeblich sind.

Wird die nach den Grundsätzen des vgl. Beschlusses des Bundesverfassungsgerichts aufzuteilende Versorgungsleistung als einmalige Leistung gewährt, ist entscheidend, ob der auf die private Vorsorge entfallende Teil der Versorgungsleistung die Voraussetzungen des § 5 Abs. 4 der Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler erfüllt, das heißt, ob es sich um einmalige Leistungen von Versicherungsunternehmen handelt, die wegen einer Einschränkung der Erwerbsfähigkeit oder zur Alters- oder Hinterbliebenenversorgung gezahlt werden. Diese Eigenschaft ist bei den vom Anwendungsbereich des BVerfG-Beschlusses vom 28. September 2010 erfassten Sachverhalten (Direktversicherung, die von einem Arbeitgeber als Versicherungsnehmer für den Arbeitnehmer als Bezugsberechtigten abgeschlossen wurde) stets zu bejahen. Anders als die reine private Lebens-

versicherung ist eine Direktversicherung immer auf Erzielung von Leistungen der Alters-, Invaliditäts- oder Hinterbliebenenversorgung gerichtet, was sich aus der Definition der betrieblichen Altersversorgung im Betriebsrentengesetz ergibt. Diesen Versorgungscharakter verliert die Direktversicherung bei einer ganzheitlichen Betrachtung auch dann nicht, wenn der Vertrag nach dem Ende des Arbeitsverhältnisses von dem (ehemaligen) Arbeitnehmer als Versicherungsnehmer übernommen und von ihm bis zum Eintritt des Versicherungsfalles fortgeführt wird. Dementsprechend besitzt auch der private Anteil der Kapitaleistung die Zweckbestimmung zur Sicherung der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit im Alter oder bei Einschränkung der Erwerbsfähigkeit des Mitglieds. Diese Argumentation entspricht damit der besonderen Beurteilung von Leistungen aus einer befreienden Lebensversicherung (vgl. das vorgenannte Besprechungsergebnis unter Ziffer 2.1).

Nichts anderes kann gelten, wenn in umgekehrter Reihenfolge der private Lebensversicherungsvertrag nach einem Versicherungsnehmerwechsel in den Geltungsbereich des Betriebsrentengesetzes einbezogen wird, sofern auf die aus diesen Verträgen resultierende Versorgungsleistung die Aufteilungsgrundsätze des BVerfG-Beschlusses 1 BvR 1660/08 grundsätzlich Anwendung finden. Durch die Zustimmung des Arbeitnehmers zur Einbeziehung seines privaten Vertrages in das System der betrieblichen Altersversorgung wird sein Wille manifestiert, die spätere Gesamtversicherungsleistung als Leistung der Alters-, Invaliditäts- oder Hinterbliebenenversorgung anzusehen.

Leistungen von Versicherungsunternehmen, die die Voraussetzungen des § 5 Abs. 4 der Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler erfüllen, sind vom Zeitpunkt des auf die Auszahlung folgenden Monats dem jeweiligen Beitragsmonat mit einem 1/120 des Zahlbetrags der Leistung für 120 Monate zuzuordnen. Ist die Leistung vor dem 1. Januar 2009 ausgezahlt worden, ist für die beitragsrechtliche Zuordnung die bis dato geltende Satzungsregelung der jeweiligen Krankenkasse zu beachten.



Top 4

Berücksichtigung von nicht nach deutschem Recht versteuertem Einkommen als Gesamteinkommen im Rahmen der Familienversicherung

Sachverhalt:

Die Familienversicherung von Ehegatten, Lebenspartnern nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG) und Kindern in der gesetzlichen Krankenversicherung und in der Pflegeversicherung verlangt unter anderem, dass diese Familienangehörige kein Gesamteinkommen haben, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV überschreitet (§ 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V/ § 25 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB XI). Für Kinder ist die Familienversicherung darüber hinaus nach § 10 Abs. 3 SGB V bzw. § 25 Abs. 3 SGB XI ausgeschlossen, wenn der mit den Kindern verwandte Ehegatte/Lebenspartner im Sinne des LPartG des Mitglieds nicht Mitglied einer Krankenkasse ist und sein Gesamteinkommen regelmäßig im Monat 1/12 der maßgebenden Jahresarbeitsentgeltgrenze übersteigt und regelmäßig höher als das Gesamteinkommen des Mitglieds ist.

Unter dem Gesamteinkommen im Sinne der vorgenannten Regelungen zum Ausschluss der Familienversicherung ist nach der Legaldefinition in § 16 SGB IV die Summe der Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts zu verstehen; es umfasst insbesondere das Arbeitsentgelt und das Arbeitseinkommen. Damit wird Bezug genommen auf die in § 2 Abs. 1 Nr. 1 bis 7 Einkommensteuergesetz (EStG) abschließend genannten Einkunftsarten des deutschen Einkommensteuerrechts.

Die Ermittlung des Gesamteinkommens für die Familienversicherung wird im gemeinsamen Rundschreiben der (ehemaligen) Spitzenverbände der Krankenkassen vom 24. Oktober 2008 zum Gesamteinkommen näher beschrieben. Dabei wird ausschließlich auf die Einkunftsarten im Sinne des deutschen Einkommensteuerrechts nach dem EStG abgestellt. In der Familienversicherung sind aber auch Sachverhalte - insbesondere solche im Sinne des § 10 Abs. 3 SGB V bzw. § 25 Abs. 3 SGB XI - zu beurteilen, in denen das von dem nicht gesetzlich versicherten Elternteil erzielte Einkommen nicht der deutschen Steuerpflicht unterliegt, weil z. B. dieser seinen Wohnsitz nicht in Deutschland hat (vgl. § 1 EStG).

Es bedarf daher der Festlegung, ob Einkommen unabhängig davon zu berücksichtigen ist, ob es dem deutschen Einkommensteuerrecht unterliegt. Ggf. stellt sich die weitere Frage, ob bei derar-

tigem Einkommen die nach dem deutschen Einkommensteuerrecht abzugsfähigen Beträge wie Werbungskosten und Aufwendungen entsprechend zu berücksichtigen sind.

Ergebnis:

Bei der Feststellung des Gesamteinkommens im Rahmen der Prüfung der Voraussetzungen der Familienversicherung ist Einkommen unabhängig davon, ob es dem deutschen Einkommensteuerrecht unterliegt, als Gesamteinkommen zu berücksichtigen. Dies gilt sowohl für die Feststellung des Gesamteinkommens des Familienangehörigen im Rahmen des § 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V bzw. § 25 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB XI als auch für die Feststellung des Gesamteinkommens der Eltern eines Kindes im Rahmen des § 10 Abs. 3 SGB V bzw. § 25 Abs. 3 SGB XI.

Nach dem Wortlaut der vorgenannten Regelungen ist eine Berücksichtigung von Einnahmen, welche nicht dem deutschen Einkommensteuerrecht unterliegen, nicht ausdrücklich ausgeschlossen. Dies gilt gleichermaßen für die in Bezug genommene Vorschrift des § 16 SGB IV. Auch die weiteren Gesetzesmaterialien sowie Vorschriften des über- und zwischenstaatlichen Rechts lassen derartige Rückschlüsse nicht zu.

§ 16 SGB IV knüpft in abstrakter Weise an den im EStG definierten und umschriebenen Einkunfts-begriff im Sinne des § 2 Abs. 2 EStG an. Aus dieser grundsätzlichen Parallelität von Steuerrecht und Sozialversicherungsrecht kann jedoch nicht hergeleitet werden, dass nur das Einkommen als Gesamteinkommen gilt, welches tatsächlich dem deutschen Einkommensteuerrecht (vgl. § 1 EStG) unterliegt. Denn Zielsetzung dieser Vorschrift ist lediglich, den im Steuerrecht bereits vorhandener Einkommensbegriff (der eine Anknüpfung an Bruttoeinnahmen vermeidet) auch im Sozialversicherungsrecht zu verwenden. Art und Höhe des Einkommens leiten sich aus dem Steuerrecht ab und müssen für die Frage des Ausschlusses der Familienversicherung nicht neu ermittelt werden.

Zu diesem Ergebnis führt auch die teleologische Auslegung der Regelung des § 10 Abs. 3 SGB V bzw. § 25 Abs. 3 SGB XI. Diese Vorschrift dient im Kern der Systemabgrenzung zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung. Die Regelung geht davon aus, dass der Unterhalt des Kindes unter den genannten Verhältnissen überwiegend von dem nicht gesetzlich krankenversicherten Elternteil (oder Lebenspartner) bestritten wird. In diesem Fall soll für den Krankenversicherungsschutz des Kindes nicht durch eine beitragsfreie Anbindung einer Versicherung des Kindes an die Stammversicherung des Mitglieds in der GKV, sondern ebenfalls aus dem Einkommen

des Elternteils gesorgt werden, der nicht der GKV angehört. Dieser Zweck würde nicht erfüllt werden, wenn Kinder von nicht gesetzlich versicherten Elternteilen mit hohem Einkommen nur deshalb nicht von der beitragsfreien Krankenversicherung ausgeschlossen wären, weil dieses Einkommen nicht dem deutschen Steuerrecht unterliegt.

Unterstützung findet diese Bewertung im Übrigen in dem Urteil des BSG vom 25. Januar 2001 - B 12 KR 5/00 R - (USK 2001-1), in dem das Gericht nicht im Ansatz Zweifel äußerte, dass das von dem nicht gesetzlich versicherten Elternteil im Ausland (hier: der Schweiz) erzielte Einkommen im Rahmen des § 10 Abs. 3 SGB V zu berücksichtigen ist.

Entscheidend für die Berücksichtigung von Einkommen im Rahmen des § 10 Abs. 3 SGB V bzw. § 25 Abs. 3 SGB XI ist damit, dass dieses Einkommen nach seinem Charakter einer der in § 2 Abs. 1 Nr. 1 bis 7 EStG genannten Einkunftsarten entspricht. Diese gleichartige Heranziehung von in- und ausländischen Einkommen führt dazu, dass grundsätzlich die gleichen Abzugsbeträge in Ansatz zu bringen sind, wie sie das deutsche Einkommensteuerrecht zur Ermittlung der Einkünfte im Sinne des § 2 Abs. 2 EStG vorsieht. Im Wesentlichen handelt es sich hierbei um den Werbungskosten-Pauschbetrag für Arbeitnehmer nach § 9a Satz 1 Nr. 1 EStG sowie den Sparer-Pauschbetrag nach § 20 Abs. 9 EStG.

Diese vorgenannten Grundsätze gelten im Übrigen gleichermaßen für die Berücksichtigung von Einkommen im Rahmen des § 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V bzw. § 25 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB XI.



Top 5

Erstattung von Aufwendungen nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz;

hier: Aufwendungen des Arbeitgebers für die (betriebliche) Altersversorgung des Arbeitnehmers

Sachverhalt:

Zu den erstattungsfähigen Aufwendungen nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG) gehören im Verfahren zum Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen bei Arbeitsunfähigkeit (U1-Verfahren) nach § 1 Abs. 1 Nr. 1 AAG das für den in § 3 Abs. 1 und 2 und § 9 Abs. 1 EFZG bezeichneten Zeitraum an Arbeitnehmer fortgezahlte Arbeitsentgelt. Darüber hinaus sind nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 AAG die auf diese Arbeitsentgelte entfallenden von den Arbeitgebern aufgrund gesetzlicher Verpflichtung zu tragenden Beiträge bzw. Beitragsanteile zur Kranken-, Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung ebenfalls erstattungsfähig.

Im Verfahren zum Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen für Mutterschaftsleistungen (U2-Verfahren) wird nach § 1 Abs. 2 Nr. 1 AAG der von den Arbeitgebern nach § 14 Abs. 1 MuSchG gezahlte Zuschuss zum Mutterschaftsgeld erstattet. Erstattet wird nach § 1 Abs. 2 Nr. 2 AAG ferner das vom Arbeitgeber nach § 11 MuSchG fortgezahlte Arbeitsentgelt bei Beschäftigungsverboten. Hierbei handelt es sich um das Arbeitsentgelt, das der Arbeitgeber den Arbeitnehmerinnen fortzahlt, die wegen eines Beschäftigungsverbots nach § 3 Abs. 1, §§ 4, 6 Abs. 2 oder 3 MuSchG oder wegen eines Mehr-, Nacht- oder Sonntagsarbeitsverbots nach § 8 Abs. 1, 3 oder 5 MuSchG teilweise oder völlig mit der Arbeit aussetzen. Die auf diese Arbeitsentgelte entfallenden von den Arbeitgebern aufgrund gesetzlicher Verpflichtung zu tragenden Beiträge bzw. Beitragsanteile zur Kranken-, Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung werden nach § 1 Abs. 2 Nr. 3 AAG ebenfalls erstattet.

Nach Berichten aus der betrieblichen Praxis gibt es zwischen den Krankenkassen unterschiedliche Auffassungen in Bezug auf die Erstattungsfähigkeit von Aufwendungen des Arbeitgebers für die (betriebliche) Altersversorgung des Arbeitnehmers. Während einige Krankenkassen eine Erstattung derartiger Aufwendungen unter Hinweis darauf ablehnen, dass diese Aufwendungen nicht zu den auf die Arbeitsentgelte entfallenden gesetzlich vorgeschriebenen Arbeitgeberbeiträgen fallen, sehen andere Krankenkassen die Aufwendungen als Teil des (fort-)gezahlten Arbeitsentgelts an und räumen die Erstattung ein. Im Interesse gleichgerichteter Verfahrensweisen ist eine einheitliche Rechtsauffassung herbeizuführen.

Ergebnis:

Grundlage für die Berechnung des Erstattungsanspruchs im U1-Verfahren ist zunächst das für den in § 3 Abs. 1 und 2 und § 9 Abs. 1 EFZG bezeichneten Zeitraum an Arbeitnehmer fortgezahlte Arbeitsentgelt. Die Höhe des fortzuzahlenden Arbeitsentgelts bestimmt § 4 Abs. 1 EFZG nach dem Entgeltausfallprinzip. Danach ist dem Arbeitnehmer das ihm bei der für ihn maßgebenden regelmäßigen Arbeitszeit zustehende Arbeitsentgelt, mithin grundsätzlich die volle Vergütung einschließlich etwaiger Zuschläge, fortzuzahlen (vgl. u. a. Urteil des BAG vom 14. Januar 2009 – 5 AZR 89/08 – DB 2009 S. 909).

Im Unterschied zu dem bei der Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall angewandten Entgeltausfallprinzip richtet sich die Höhe des bei einem Beschäftigungsverbot nach § 11 MuSchG fortzuzahlenden Arbeitsentgelts (als Grundlage für die Berechnung des Erstattungsanspruchs im U2-Verfahren) nach dem sog. Bezugs- oder Referenzprinzip. Danach ist als Arbeitsentgelt ein Betrag in der Höhe zu zahlen, der sich für die Zeit des Beschäftigungsverbots anhand des Durchschnittsverdienstes der letzten 13 Wochen oder der letzten drei Monate vor Beginn des Monats, in dem die Schwangerschaft eingetreten ist, errechnet.

Bei der Erstattung von fortgezahlten Arbeitsentgelten sowohl im Falle der Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall (U1-Verfahren) als auch bei mutterschutzrechtlichen Beschäftigungsverboten (U2-Verfahren) ist vom arbeitsrechtlichen und nicht vom sozialversicherungsrechtlichen Entgeltbegriff auszugehen, weil sowohl § 4 EFZG als auch § 11 MuSchG einen arbeitsrechtlichen Anspruch regelt. Zum Arbeitsentgelt in diesem Sinne rechnen danach in Abgrenzung zu reinen Sozial- oder Fürsorgeleistungen des Arbeitgebers grundsätzlich alle Zuwendungen, die nach ihrer Zweckbestimmung zumindest auch als Gegenleistung für geleistete oder noch zu leistende Arbeit aufzufassen sind (vgl. Urteil des BSG vom 15. April 1997 – 1 RK 13/96 –, USK 97132). Darunter fallen auch Aufwendungen, die ein Arbeitgeber leistet, um dem Arbeitnehmer oder diesem nahestehende Personen für den Fall der Invalidität, des Alters oder des Todes abzusichern. Die Arbeitsentgelteigenschaft von entsprechenden Leistungen der (betrieblichen) Altersversorgung, bei denen die Leistung des Arbeitgebers an einen Dritten (Versicherer) erfolgt, hängt davon ab, ob sich der Vorgang wirtschaftlich betrachtet so darstellt, als ob der Arbeitgeber dem Arbeitnehmer Mittel zur Verfügung gestellt und der Arbeitnehmer sie zum Zweck seiner Altersversorgung verwendet hat. Davon ist auszugehen, wenn dem Arbeitnehmer gegen die Versorgungseinrichtung, an die

der Arbeitgeber die Beiträge geleistet hat, ein unentziehbarer Rechtsanspruch auf die Leistung zusteht. Erlangt der Arbeitnehmer mithin einen eigenen Rechtsanspruch gegen den Versicherer, so fließt im Zeitpunkt der Beitragzahlung des Arbeitgebers Arbeitsentgelt zu. Der Zufluss liegt dabei in den gegenwärtigen Beiträgen des Arbeitgebers, mit denen dieser den Versicherungsschutz des Arbeitnehmers finanziert. Ob es sich bei den vorgenannten Aufwendungen um Arbeitsentgelt handelt, das im Sinne der Sozialversicherung beitragspflichtig ist, ist für die Qualifizierung als erstattungsfähiges Arbeitsentgelt nicht entscheidungsrelevant. Entscheidend ist vielmehr, dass es sich um Aufwendungen des Arbeitgebers handelt, zu denen er nach den einschlägigen tarif- oder arbeitsrechtlichen Regelungen auch in dem Zeitraum der Entgeltfortzahlung oder eines Beschäftigungsverbots verpflichtet ist und diese mithin zu den entgeltlichen Ansprüchen im Sinne der maßgebenden Regelungen des EFZG und des MuSchG gehören.

Zu den vorgenannten Aufwendungen des Arbeitgebers für die (betriebliche) Altersversorgung des Arbeitnehmers gehören Zuwendungen an Pensionskassen, Pensionsfonds oder Direktversicherungen. Darüber hinaus zählen auch Zuwendungen an eine Pensionskasse zum Aufbau einer nicht kapitalgedeckten betrieblichen Altersversorgung zu den erstattungsfähigen Aufwendungen (z. B. ZVK- oder VBL-Umlagen); die sich nach den Regelungen der SvEV ergebenden beitragsrechtlich relevanten Hinzurechnungsbeträge nach § 1 Satz 3 und 4 SvEV bleiben unberücksichtigt, d. h. die Arbeitgeberumlagen sind im Erstattungsfall weder auf diese Beträge zu begrenzen noch sind die Hinzurechnungsbeträge zusätzlich erstattungsfähig. Ebenfalls nicht erstattungsfähig ist die vom Arbeitgeber übernommene Pauschalsteuer nach § 40b EStG.

Bei der Erstattung der auf die Arbeitsentgelte entfallenden von den Arbeitgebern zu tragenden Beiträge ist zu berücksichtigen, dass auf die nicht dem sozialversicherungsrechtlichen Arbeitsentgelt zuzurechnenden und damit quasi beitragsfreien Zuwendungen für die (betriebliche) Altersversorgung keine Beitragsanteile entfallen, die zu erstatten wären. Eine nach den Regelungen der Satzung vorgesehene pauschale Erstattung der (auf das fortgezahlte Arbeitsentgelt entfallenden) Arbeitgeberbeitragsanteile bleibt unberührt.

Das vorstehend dargelegte Ergebnis entspricht dem Sinn und Zweck des Ausgleichsverfahrens und geht auch mit der bislang vorliegenden höchstrichterlichen Rechtsprechung konform.

1. Das dem Grundgedanken des Aufwendungsausgleichsgesetzes entsprechende Sicherungsbedürfnis des Arbeitgebers erfasst neben dem eigentlichen Arbeitsentgelt auch die weiteren, insoweit gesetzlich, tarif- oder einzelvertraglich angeordneten und angefallenen arbeitgeberseitigen Aufwendungen für die Alterssicherung des Arbeitnehmers in den gesetzlichen und satzungsmäßig festgelegten Grenzen. Solche Aufwendungen entstehen auch in der Zeit, in der der Arbeitnehmer krankheitshalber oder wegen eines mutterschutzrechtlichen Beschäftigungsverbots nicht in der Lage war, die geschuldete Arbeitsleistung zu erbringen. Für die finanziellen Leistungspflichten eines Arbeitgebers ist es dabei ohne Belang, welche Institution die Alterssicherung der Arbeitnehmer organisatorisch abwickelt.

2. Nach höchstrichterlicher Rechtsprechung waren auch die bei Befreiung eines Arbeitnehmers von der Rentenversicherungspflicht nach § 6 SGB VI wegen Mitgliedschaft in einer berufsständischen Versorgungseinrichtung vom Arbeitgeber zu zahlenden Pflichtbeiträge zu einem berufsständischen Versorgungswerk (§ 172 Abs. 2 SGB VI) im Rahmen des Erstattungsanspruchs nach § 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 LFZG, mithin für die Zeit bis zum 31. Dezember 2005, in der die Regelungen der Lohnfortzahlungsversicherung nach dem Zweiten Abschnitt des LFZG für den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen einschlägig waren, zu berücksichtigen, obwohl eine ausdrückliche Regelung zur Erstattungsfähigkeit dieser Beiträge nicht bestand (vgl. Urteil des BSG vom 10.05.2005 – B 1 KR 22/03 R –, USK 2005-8). Für Zeiten ab 2006 führt das AAG in § 1 Abs. 1 Nr. 2 und Abs. 2 Nr. 3 die von den Arbeitgebern zu tragenden Beiträge nach § 172 Abs. 2 SGB VI ausdrücklich als erstattungsfähige Aufwendungen auf.

Das BSG begründet in seinen Ausführungen die Rechtmäßigkeit des Erstattungsanspruchs hinsichtlich der Arbeitgeberanteile an Beiträgen zur berufsständischen Alterssicherung (auf der Grundlage des für Zeiten bis zum 31. Dezember 2005 geltenden § 10 LFZG) unter anderem mit der Situation vor Schaffung des § 172 Abs. 2 SGB VI zum 1. Januar 1992. Vor diesem Zeitpunkt war von einer in den alten Bundesländern schon tarifvertraglich begründeten Pflicht auszugehen, für einen Arbeitnehmer regelmäßig als Nebenleistung zum eigentlichen Arbeitsentgelt Arbeitgeberanteile zur berufsständischen Altersversorgung zahlen zu müssen. Dabei war zu berücksichtigen, dass die daraus entstehenden finanziellen Lasten den Arbeitsentgeltzahlungen selbst zuzuordnen waren. Solche Zuwendungen des Arbeitgebers, die dem Arbeitnehmer kraft einer verbindlichen rechtlichen Verpflichtung als Vergütung der erbrachten Arbeitsleistung zustanden, hätte der Arbeitgeber mithin auch im Falle der Entgeltfortzahlung oder des Eingreifens eines mütter-

schutzrechtlichen Beschäftigungsverbots fortzahlen müssen und er hätte sie über das LFZG als gezahltes Arbeitsentgelt ausgeglichen bekommen. Die zum 1. Januar 1992 geschaffene Regelung, mit der die entsprechende Arbeitgeberleistung rechtlich verselbstständigt wurde, hat insoweit lediglich die Pflicht zur Zahlung von Arbeitgeberanteilen zur berufsständischen Versorgung der Dispositionsfreiheit der Betroffenen entzogen.

Aus den vorgenannten Grundsätzen der Rechtsprechung zur Erstattungsfähigkeit von Arbeitgeberbeiträgen für die Alterssicherung der von der gesetzlichen Rentenversicherung befreiten Arbeitnehmer lässt sich daher schließen, dass Aufwendungen des Arbeitgebers für die betriebliche Altersversorgung, die auf einer tarifvertraglich begründeten Pflicht beruhen, als Nebenleistung zu dem Arbeitsentgelt gehören, das als Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall oder im Falle eines mutterschutzrechtlichen Beschäftigungsverbots dem Arbeitnehmer grundsätzlich die volle Vergütung einräumt.

3. Die besonderen steuer- und sozialversicherungsrechtlichen Vorschriften in § 3 Nr. 56 und 63, § 40b EStG und § 1 SvEV rechtfertigen keine andere Behandlung derartiger Arbeitgeberaufwendungen im Erstattungsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz. Vielmehr setzen auch diese Regelungen gerade voraus, dass die Zuwendungen zunächst zum steuer- und beitragspflichtigen Entgelt gehören, aber aufgrund entsprechender finanz- bzw. sozialpolitischer Absichten in bestimmtem Umfang steuer- und beitragsfrei sind. Zwar ist dadurch die Äquivalenz zwischen Beitragsaufwendungen und Leistungshöhe gestört, da die Erstattung zu einem höheren Erfolgswert auf der Leistungsseite führt. Diese Störung hat ihre besondere Rechtfertigung jedoch einerseits in den Regelungen zur Finanzierung des Ausgleichsverfahrens durch Umlagen, die sich vereinfachend nach dem rentenversicherungspflichtigen Arbeitsentgelt der Arbeitnehmer bemessen, und andererseits in den Vorschriften über die Erstattung der Aufwendungen, die auf arbeitsrechtliche Ansprüche abstellen. Sie ist als vereinfachende Regelung zur Ordnung von Massenerscheinungen gerechtfertigt.



Top 6

Erstattung von Aufwendungen nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz;

hier: Behandlung von Arbeitsentgelt bei Beschäftigungsverboten nach § 11 MuSchG sowie der Arbeitgeberanteile zum Gesamtsozialversicherungsbeitrag bei Überschreiten der Beitragsbemessungsgrenze

Sachverhalt:

Nach § 1 Abs. 2 Nr. 2 und 3 des Aufwendungsausgleichsgesetzes (AAG) sind den Arbeitgebern bei Beschäftigungsverboten nach § 11 MuSchG das fortgezahlte Arbeitsentgelt und die darauf entfallenden Arbeitgeberanteile zum Gesamtsozialversicherungsbeitrag von den Krankenkassen im vollen Umfang zu erstatten. Dabei kann die Satzung der Krankenkasse die Höhe des erstattungsfähigen Arbeitsentgelts auf den Betrag der Beitragsbemessungsgrenze der Rentenversicherung begrenzen. Darüber hinaus kann die Krankenkasse den von den Arbeitgebern zu tragenden Teil des Gesamtsozialversicherungsbeitrags für das nach § 11 MuSchG gezahlte Arbeitsentgelt entweder nach den tatsächlich angefallenen Beträgen oder, wenn sie eine entsprechende Satzungsregelung vorhält (§ 9 Abs. 2 Nr. 2 AAG), pauschal erstatten. Die pauschale Erstattung kann auch ohne Berücksichtigung von Beitragsbemessungsgrenzen ausgestaltet sein.

Es ist bisher nicht hinreichend klar beschrieben, wie bei einer Erstattung von Arbeitsentgelt bei Beschäftigungsverboten oder einer Erstattung von auf das Arbeitsentgelt entfallenden Arbeitgeberanteilen zum Gesamtsozialversicherungsbeitrag zu verfahren ist, wenn das Beschäftigungsverbot im Laufe eines Monats beginnt oder endet und die Beitragsbemessungsgrenzen in den einzelnen Zweigen der Sozialversicherung bereits mit dem Arbeitsentgelt aus der tatsächlich erbrachten Arbeitsleistung überschritten sind.

Des Weiteren bedarf es einer Klarstellung, ob und in welchen Fällen Arbeitsentgelte und/oder Arbeitgeberanteile zum Gesamtsozialversicherungsbeitrag erstattungsfähig sind, wenn werdende und stillende Mütter wegen eines Beschäftigungsverbots teilweise mit der Arbeit aussetzen, dafür einen Ausgleich nach § 11 MuSchG erhalten und mit ihrem tatsächlich erzielten Arbeitsentgelt im Kalendermonat bereits die Beitragsbemessungsgrenze in einem Zweig der Sozialversicherung überschreiten.

Ergebnis:

Beginnt oder endet ein Beschäftigungsverbot nach § 3 Abs. 1, §§ 4, 6 Abs. 2 oder 3 MuSchG oder ein Mehr-, Nacht- oder Sonntagsarbeitsverbot nach § 8 Abs. 1, 3 oder 5 MuSchG im Laufe eines

Monats und übersteigen das tatsächlich erzielte Arbeitsentgelt und das Arbeitsentgelt nach § 11 MuSchG zusammen die Beitragsbemessungsgrenze der Rentenversicherung, ist hinsichtlich der Erstattung von Aufwendungen nach dem AAG zunächst danach zu differenzieren, ob die für die Erstattung zuständige Krankenkasse eine Satzungsregelung vorhält, wonach eine Begrenzung der Aufwendungen im Erstattungsverfahren für Beschäftigungsverbote auf die Beitragsbemessungsgrenze der Rentenversicherung vorzunehmen ist oder nicht.

1. Sofern die Krankenkasse keine Begrenzung der Aufwendungen auf die Beitragsbemessungsgrenze vorsieht und darüber hinaus Arbeitgeberanteile zum Gesamtsozialversicherungsbeitrag pauschal erstattet werden, ohne dass Beitragsbemessungsgrenzen zu beachten sind, stellt sich die Ermittlung des Erstattungsbetrages als unproblematisch dar. In diesen Fällen werden das Arbeitsentgelt nach § 11 MuSchG in unbegrenzter Höhe und die (in einem weiten Sinne) darauf entfallenden Arbeitgeberanteile zum Gesamtsozialversicherungsbeitrag pauschal berücksichtigt.

2. In den Fällen, in denen die Krankenkasse eine Begrenzung des Arbeitsentgelts nach § 11 MuSchG auf die Beitragsbemessungsgrenze der Rentenversicherung vorsieht und darüber hinaus Arbeitgeberanteile zum Gesamtsozialversicherungsbeitrag unter Beachtung der Beitragsbemessungsgrenze pauschal erstattet oder eine Erstattung nach den tatsächlichen Beitragsanteilen vornimmt, ist das erstattungsfähige Arbeitsentgelt (auch als Grundlage zur Ermittlung der Arbeitgeberanteile zum Gesamtsozialversicherungsbeitrag) entsprechend den Grundsätzen des § 22 Abs. 2 Satz 1 SGB IV zu ermitteln. Danach werden das im maßgebenden Monat tatsächlich erzielte Arbeitsentgelt und das Arbeitsentgelt nach § 11 MuSchG nach dem Verhältnis ihrer Höhe so zueinander vermindert, dass sie zusammen höchstens die Beitragsbemessungsgrenze erreichen. Diese Verfahrensweise stellt sicher, dass das in dem Monat, in dem das Beschäftigungsverbot beginnt oder endet, gezahlte Arbeitsentgelt nach § 11 MuSchG im Rahmen der Erstattung keinen anderen (niedrigeren) Rang einnimmt als das tatsächlich erzielte Arbeitsentgelt und dies gleichermaßen für die Ermittlung der Beitragsbemessungsgrundlage hinsichtlich der zu erstattenden Arbeitgeberanteile zum Gesamtsozialversicherungsbeitrag gilt. Innerhalb der eines Monats gezahlten Arbeitsentgelte findet mithin eine Qualifizierung bestimmter Lohnarten, die ggf. vorrangig oder nachrangig für Zwecke der Erstattung zu berücksichtigen wären, nicht statt.

Beispiel 1

Eine Arbeitnehmerin arbeitet seit Jahren bei der Firma X in den alten Bundesländern. Es besteht Versicherungspflicht zur Renten- und Arbeitslosenversicherung. Ab dem 16. Juli 2011 wird ein Beschäftigungsverbot nach § 3 Abs. 1 MuSchG ausgesprochen.



Entgeltabrechnungszeitraum Juli 2011	
tats. erzielttes Arbeitsentgelt 01.07. bis 15.07.2011 = 7.000 €	Arbeitsentgelt nach § 11 MuSchG 16.07. bis 31.07.2011 = 7.000 €

Ergebnis: Ermittlung des erstattungsfähigen anteiligen Arbeitsentgelts und der anteiligen Beitragsbemessungsgrundlage zur Erstattung der Beiträge zur Renten- und Arbeitslosenversicherung: $7.000 \text{ €} \times 5.500 \text{ €} : 14.000 \text{ €} = 2.750 \text{ €}$. Der erstattungsfähige Teil des Beitragszuschuss nach § 257 SGB V/ § 61 SGB XI ist unter Berücksichtigung der geringeren Höhe der Beitragsbemessungsgrenzen nach gleichen Grundsätzen zu ermitteln.

Beispiel 2

Wie Beispiel 1, das Beschäftigungsverbot beginnt allerdings am 31. Juli 2011.

Entgeltabrechnungszeitraum Juli 2011	
tats. erzielttes Arbeitsentgelt 01.07. bis 30.07.2011 = 13.500 €	500 €* Arbeitsentgelt nach § 11 MuSchG am 31.07.2011

* Arbeitsentgelt nach § 11 MuSchG am 31.07.2011

Ergebnis: Ermittlung des erstattungsfähigen anteiligen Arbeitsentgelts und der anteiligen Beitragsbemessungsgrundlage zur Erstattung der Beiträge zur Renten- und Arbeitslosenversicherung: $500 \text{ €} \times 5.500 \text{ €} : 14.000 \text{ €} = 196,43 \text{ €}$. Der erstattungsfähige Teil des Beitragszuschuss nach § 257 SGB V/ § 61 SGB XI ist unter Berücksichtigung der geringeren Höhe der Beitragsbemessungsgrenzen nach gleichen Grundsätzen zu ermitteln.



3. Das unter Nummer 2 beschriebene Verfahren zur Ermittlung der erstattungsfähigen Aufwendungen ist auch in den Fällen anzuwenden, in denen werdende und stillende Mütter wegen eines Beschäftigungsverbots teilweise mit der Arbeit aussetzen und Arbeitsentgelt nach § 11 in Verb. mit §§ 4, 6 Abs. 2 oder 3 oder § 8 Abs. 1, 3 oder 5 MuSchG sowie Arbeitgeberanteile zum Gesamtsozialversicherungsbeitrag zu erstatten sind. Auch diese Zulagen stellen laufendes Arbeitsentgelt dar und nehmen den gleichen Rang ein wie das tatsächlich erzielte Arbeitsentgelt.

Beispiel 3

Eine Arbeitnehmerin arbeitet seit Jahren bei der Firma X in den neuen Bundesländern. Es besteht Versicherungspflicht zur Kranken-, Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung. Ab dem 1. Juli 2011 wird wegen eines Mehr-, Nacht- oder Sonntagsarbeitsverbotes eine Zulage nach § 11 in Verb. mit § 8 Abs. 1, 3 oder 5 MuSchG gezahlt.

Entgeltabrechnungszeitraum Juli 2011	
tats. erzielt	Arbeitsentgelt
01.07. bis 31.07.2011 = 3.600 €	
Arbeitsentgelt nach § 11 MuSchG	
01.07. bis 31.07.2011 = 1.000 €	

Ergebnis: Hinsichtlich der Ermittlung des erstattungsfähigen Arbeitsentgelts und der Beitragsbemessungsgrundlage zur Erstattung der Beiträge zur Renten- und Arbeitslosenversicherung sind keine Begrenzungen vorzunehmen. Die anteilige Beitragsbemessungsgrundlage zur Erstattung der Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung ist wie folgt zu ermitteln: $1.000 \text{ €} \times 3.712,50 \text{ €} : 4.600 \text{ €} = 807,07 \text{ €}$.

4. Nach den Grundsätzen dieses Besprechungsergebnisses ist spätestens vom 1. Januar 2012 an zu verfahren. Sofern bislang anders verfahren wurde, behält es dabei sein Bewenden.



Top 7

Erstattung von Aufwendungen nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz;
hier: Fälligkeit des Erstattungsanspruchs

Sachverhalt:

Nach den Regelungen des Aufwendungsausgleichsgesetzes (AAG) erstatten die Krankenkassen den

- Ø Arbeitgebern, die in der Regel nicht mehr als 30 Arbeitnehmer beschäftigten, grundsätzlich 80 v. H. des für den in § 3 Abs. 1 und 2 und den in § 9 Abs. 1 EFZG bezeichneten Zeitraum an Arbeitnehmer fortgezahlten Arbeitsentgelts sowie darauf entfallende Arbeitgeberbeitragsanteile (U1-Verfahren)
- Ø Arbeitgebern unabhängig von der Betriebsgröße den Zuschuss zum Mutterschaftsgeld nach § 14 MuSchG und das bei Beschäftigungsverboten nach § 11 MuSchG gezahlte Arbeitsentgelt sowie darauf entfallende Arbeitgeberbeitragsanteile (U2-Verfahren).

Die Erstattung von Aufwendungen wird dem Arbeitgeber nach § 2 Abs. 1 Satz 1 AAG grundsätzlich von der Krankenkasse gewährt, bei der die jeweiligen Arbeitnehmer versichert sind. Nach § 2 Abs. 2 Satz 1 AAG wird die Erstattung auf Antrag erbracht. Sie ist zu gewähren, sobald der Arbeitgeber Arbeitsentgelt nach § 3 Abs. 1 und 2 und § 9 Abs. 1 EFZG (gilt für das U1-Verfahren) oder Arbeitsentgelt nach § 11 MuSchG oder den Zuschuss zum Mutterschaftsgeld nach § 14 Abs. 1 MuSchG (gilt für das U2-Verfahren) gezahlt hat.

Aus diesen Regelungen zur Fälligkeit des Erstattungsanspruchs ist bislang abgeleitet worden, dass eine Erstattung nur für die Arbeitsentgelte bzw. Zuschüsse in Betracht kommt, die für zurückliegende Zeiträume gezahlt wurden. Fraglich ist, ob der Erstattungsanspruch auch für Zeiten erfüllt werden kann, wenn für die Zeit nach Eingang des Erstattungsantrags dem Grunde nach erstattungsfähiges Arbeitsentgelt bzw. der Zuschuss zum Mutterschaftsgeld auf der Grundlage einer ärztlichen Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit oder das Beschäftigungsverbot gezahlt worden ist.

Ergebnis:

In dem ab 1. Januar 2011 für die Arbeitgeber verpflichtenden Datenaustauschverfahren, das in der Regel auf der betrieblichen Entgeltabrechnung aufbaut bzw. daraus generiert wird, kommt der Regelung über die Fälligkeit des Erstattungsanspruchs (§ 2 Abs. 2 AAG) eine besondere Bedeutung zu. Danach ist die Erstattung, die zu beantragen ist, zu gewähren, sobald der Arbeitgeber Arbeitsentgelt nach § 3 Abs. 1 und 2 und § 9 Abs. 1 EFZG (gilt für das U1-Verfahren) oder Arbeitsentgelt nach § 11 MuSchG oder den Zuschuss zum Mutterschaftsgeld nach § 14 Abs. 1 MuSchG (gilt für das U2-Verfahren) gezahlt hat.

Der maschinell erstellte Erstattungsantrag wird in aller Regel im Nachgang zur Entgeltabrechnung des Arbeitgebers erstellt. Werden beispielsweise die Entgelte Mitte des Monats für den laufenden Monat abgerechnet und wird dabei bereits erstattungsfähiges Arbeitsentgelt bzw. der Zuschuss zum Mutterschaftsgeld gezahlt, kann nach den vorstehenden Vorgaben zunächst eine Erstattung für zurückliegende Zeiträume, also für Zeiträume vor dem Antragsdatum, gewährt werden.

Darüber hinaus wird es für zulässig, d. h. im Einklang mit § 2 Abs. 2 AAG stehend, erachtet, wenn in die Erstattung auch das erstattungsfähige Arbeitsentgelt für die Zeit nach Eingang des Erstattungsantrags einfließt, vorausgesetzt, es ist abgerechnet und für den laufenden Abrechnungsmonat bereits gezahlt und die Arbeitsunfähigkeit oder das Beschäftigungsverbot ist für die Dauer des Erstattungszeitraums ärztlich bescheinigt. Gleiches gilt auch für die Erstattung des Zuschusses zum Mutterschaftsgeld.

Eine Verrechnung des Erstattungsanspruchs mit zu zahlenden Gesamtsozialversicherungsbeiträgen und Umlagen ist - auch unter den Bedingungen des maschinellen Erstattungsverfahrens - weiterhin möglich.