



Spitzenverband

**Ergebnisniederschrift**  
**über die**  
**Sitzung der Fachkonferenz Beiträge**  
**am 19. November 2013**  
**in Berlin**





Spitzenverband



## Inhaltsübersicht

---

	<u>Seite</u>
Top 1 Grundsätzliche Hinweise des GKV-Spitzenverbandes zu den beitrags- und melderechtlichen Regelungen für Versorgungsbezüge, Arbeits-einkommen und gesetzliche Renten aus dem Ausland bei Versiche-rungspflichtigen	5
Top 2 Auslegungs- und Umsetzungsfragen zur obligatorischen Anschluss-versicherung nach § 188 Abs. 4 SGB V	7
Top 3 Bemessung der Beiträge der freiwillig krankenversicherten Arbeit-nehmer bei Bezug von beitragspflichtigen arbeitgeberseitigen Leis-tungen nach § 23c SGB IV	11
Top 4 Ermäßigung und Erlass von Beiträgen und Säumniszuschlägen nach § 256a SGB V; hier: Klarstellungsbedarf zu den Einheitlichen Grundsätzen zur Besei-tigung finanzieller Überforderung bei Beitragsschulden	19

Ergebnisniederschrift  
Fachkonferenz Beiträge  
19. November 2013



**Top 1**

**Grundsätzliche Hinweise des GKV-Spitzenverbandes zu den beitrags- und melderechtlichen Regelungen für Versorgungsbezüge, Arbeitseinkommen und gesetzliche Renten aus dem Ausland bei Versicherungspflichtigen**

---

**Sachverhalt:**

Der Bezug von Versorgungsbezügen sowie Arbeitseinkommen aus einer selbstständigen Tätigkeit, soweit es neben einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung oder Versorgungsbezügen erzielt wird, steht zwar überwiegend in einem engen Zusammenhang zum Bezug einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung, allerdings findet die Erhebung bzw. Abführung der Beiträge aus diesen Einnahmen durch bzw. an die Krankenkasse ohne Einbindung des Rentenversicherungsträgers statt. Die Beiträge aus diesen Einnahmen werden entweder durch die Zahlstelle der Versorgungsbezüge oder durch den Versicherten selbst an die Krankenkasse gezahlt. Ähnlich verhält es sich mit gesetzlichen Renten aus dem Ausland, die – soweit vergleichbar – hinsichtlich der Eigenschaft als beitragspflichtige Einnahmen in der Kranken- und Pflegeversicherung seit dem 1. Juli 2011 den Renten der deutschen gesetzlichen Rentenversicherung gleichgestellt sind. Die daraus anfallenden Beiträge werden ohne Einbindung des ausländischen Rentenversicherungsträgers von der deutschen Krankenkasse unmittelbar vom Versicherten erhoben.

Die beitrags- und melderechtlichen Grundlagen von Versorgungsbezügen sowie Arbeitseinkommen wurden bislang in dem Gemeinsamen Rundschreiben der Spitzenorganisationen der Krankenkassen sowie der Deutschen Rentenversicherung Bund zur Kranken- und Pflegeversicherung der Rentner und in einer „Verfahrensbeschreibung der Beitragsabführung zur Kranken- und Pflegeversicherung durch die Zahlstellen von Versorgungsbezügen (Zahlstellenverfahren)“ dargestellt. Zu gesetzlichen Renten aus dem Ausland existieren bisher ausschließlich GKV-interne Empfehlungen in Form von Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes sowie Besprechungsprotokollen.

Die Deutsche Rentenversicherung ist von dem für die genannten Einnahmearten geltenden Beitrags- und Meldeverfahren nicht bzw. nur am Rande betroffen. Es ist daher sinnvoll, die wesentlichen bei Durchführung einer Versicherungspflicht zu beachtenden rechtlichen und fachlichen Aspekte der Beitragserhebung aus Versorgungsbezügen, Arbeitseinkommen und

**Ergebnisniederschrift  
Fachkonferenz Beiträge  
19. November 2013**



gesetzlichen Renten aus dem Ausland künftig außerhalb des Gemeinsamen Rundschreibens der Spitzenorganisationen der Krankenkassen sowie der Deutschen Rentenversicherung Bund zur Kranken- und Pflegeversicherung der Rentner zu behandeln. Fachliche bzw. rechtliche Fragestellungen im Zusammenhang mit der Beitrags- und Meldepflicht von Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen werden bereits seit dem 1. Januar 2010 in den GKV-internen Fachgremien ohne Beteiligung der Deutschen Rentenversicherung erörtert, soweit keine Wechselwirkungen zur Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner (KVdR) bestehen.

Deshalb hat der GKV-Spitzenverband im Zusammenwirken mit den Krankenkassenorganisationen auf Bundesebene Grundsätzliche Hinweise zu den beitrags- und melderechtlichen Regelungen für die drei genannten Einnahmearten erstellt. Bei der Überarbeitung des Gemeinsamen Rundschreibens „Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner zum 1. Januar 2009“ vom 30. Dezember 2008 sollen zu diesen Einnahmearten nur noch die Ausführungen bestehen bleiben, die für die beitragsrechtliche Beurteilung von Renten der gesetzlichen Rentenversicherung und im Zusammenhang mit dem Meldeverfahren zwischen der Kranken- und Rentenversicherung relevant sind.

Beratungsbedarf besteht noch wegen einer Äußerung des Bundesversicherungsamtes (BVA), in der unter Hinweis auf neuere zweitinstanzliche Rechtsprechung die bisherige beitragsrechtliche Bewertung von Übergangszahlungen im Kontext zu § 229 SGB V in Frage gestellt wird.

**Ergebnis:**

Die Besprechungsteilnehmer stimmen nach einem Meinungsaustausch dem vorgelegten Entwurf der Grundsätzlichen Hinweise des GKV-Spitzenverbandes zu den beitrags- und melderechtlichen Regelungen für Versorgungsbezüge, Arbeitseinkommen und gesetzliche Renten aus dem Ausland bei Versicherungspflichtigen zu. Die Grundsätzlichen Hinweise in ihrer endgültigen Fassung tragen das Datum vom 19. November 2013 und liegen als Anlage bei.

Die Hinweise des BVA führen nicht zu einer Änderung der vorgesehenen Ausführungen zur beitragsrechtlichen Bewertung von Übergangszahlungen im Kontext zu § 229 SGB V (vgl. Abschnitt A II 1.6.4). Der GKV-Spitzenverband wird dem BVA in diesem Sinne antworten.

**Anlage**



Grundsätzliche Hinweise zu den  
beitrags- und melderechtlichen  
Regelungen für Versorgungsbezüge,  
Arbeitseinkommen und  
gesetzliche Renten aus dem Ausland  
bei Versicherungspflichtigen

vom 19. November 2013



## Einleitung

Bei den der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung vergleichbaren Einnahmen („Versorgungsbezüge“) sowie beim Arbeitseinkommen aus einer selbstständigen Tätigkeit, soweit es neben einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung oder Versorgungsbezügen erzielt wird, handelt es sich um Einnahmen, die auch bei Versicherungspflichtigen, insbesondere bei in der Krankenversicherung der Rentner (KVdR) pflichtversicherten Rentnern, der Beitragspflicht in der Kranken- und Pflegeversicherung unterworfen werden.

Der Bezug dieser Einnahmen steht in einem engen Zusammenhang zum Bezug einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung, allerdings findet die Erhebung bzw. Abführung der Beiträge aus diesen Einnahmen durch bzw. an die Krankenkasse ohne Einbindung des Rentenversicherungsträgers statt. Die Beiträge aus diesen Einnahmen werden entweder durch die Zahlstelle der Versorgungsbezüge oder durch den Versicherten selbst an die Krankenkasse gezahlt.

Ähnlich verhält es sich mit gesetzlichen Renten aus dem Ausland, die – soweit vergleichbar – hinsichtlich der Eigenschaft als beitragspflichtige Einnahmen in der Kranken- und Pflegeversicherung seit dem 1. Juli 2011 den Renten der deutschen gesetzlichen Rentenversicherung gleichgestellt sind. Die daraus anfallenden Beiträge werden ohne Einbindung des ausländischen Rentenversicherungsträgers von der deutschen Krankenkasse unmittelbar vom Versicherten erhoben.

Der Anspruch auf eine der drei vorgenannten Einnahmen lässt – anders als z. B. der Anspruch auf eine Rente der deutschen gesetzlichen Rentenversicherung – von sich aus keine Versicherungspflicht in der Kranken- und Pflegeversicherung entstehen.

Die beitrags- und melderechtlichen Grundlagen und Auswirkungen von Versorgungsbezügen sowie Arbeitseinkommen waren bislang in dem gemeinsamen Rundschreiben der Spitzenorganisationen der Krankenkassen sowie der Deutschen Rentenversicherung Bund zur Kranken- und Pflegeversicherung der Rentner und in einer „Verfahrensbeschreibung der Beitragsabführung zur Kranken- und Pflegeversicherung durch die Zahlstellen von Versorgungsbezügen (Zahlstellenverfahren)“ beschrieben. In Bezug auf gesetzliche Renten aus dem Ausland existieren bisher ausschließlich GKV-interne Empfehlungen in Form von Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes sowie Besprechungsprotokolle. Angesichts der Tatsache, dass die Deutsche Rentenversicherung von dem Beitrags- und Meldeverfahren hinsichtlich der genannten Einnahmearten nicht bzw. nur am Rande betroffen ist, erscheint es sinnvoll, die wesentlichen im Rahmen der Versicherungspflicht zu beachtenden rechtlichen und fachlichen Aspekte in diesen grundsätzlichen Hinweisen des GKV-Spitzenverbandes als Handlungsempfehlung für die Krankenkassen zusammenfassend zu behandeln. Es bedarf daher keiner Fortführung der „Verfahrensbeschreibung der Beitragsabführung zur Kranken- und Pflegeversicherung durch die Zahlstellen von Versorgungsbezügen (Zahlstellenverfahren)“.

Die Rangfolge der Einnahmearten (§§ 230, 238 SGB V) und die daraus folgende Erstattung von Beiträgen (§ 231 SGB V) sind wegen des Zusammenhangs mit Beiträgen aus der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung weiterhin Gegenstand des vorgenannten gemeinsamen Rundschreibens.

Die Erhebung von Beiträgen aus den genannten Einnahmen im Anwendungsbereich des § 240 SGB V und damit auch des § 227 SGB V (freiwillig und nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V Versicherte) und auf der Grundlage der Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler des GKV-Spitzenverbandes ist bis auf wenige Anmerkungen nicht Gegenstand dieser grundsätzlichen Hinweise. Gleichwohl gelten die hiermit vorgenommenen Definitionen von Versorgungsbezügen nach § 229 SGB V und ausländischen Renten nach § 228 Abs. 1 Satz 2 SGB V auch im Beitragsrecht der freiwilligen Versicherung sowie der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V.

Sofern die Regelungen des SGB V allein über Verweissvorschriften auch für die Versicherten der landwirtschaftlichen Krankenkasse Anwendung finden, wurde auf die Angabe der jeweiligen Verweissvorschrift des KVLG 1989 verzichtet.

## Inhaltsverzeichnis

A	Versorgungsbezüge.....	8
A I	Rechtsgrundlagen.....	8
A II	Beiträge .....	14
A II 1	Beitragspflichtige Einnahmen.....	14
A II 1.1	Allgemeines .....	14
A II 1.2	Versorgungsbezüge aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis oder aus einem Arbeitsverhältnis mit Anspruch auf Versorgung nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen („Pensionen“).....	16
A II 1.3	Versorgung der Abgeordneten, Minister und Parlamentarischen Staatssekretäre .....	17
A II 1.4	Renten der Versicherungs- und Versorgungseinrichtungen, die für Angehörige bestimmter Berufe errichtet sind („Berufsständische Versorgungsleistungen“).....	18
A II 1.5	Renten und Landabgaberechte nach dem ALG.....	18
A II 1.6	Renten der betrieblichen Altersversorgung .....	19
A II 1.6.1	Allgemeines .....	19
A II 1.6.2	Umfang der Beitragspflicht bei privater Fortführung einer Direktversicherung .....	22
A II 1.6.2.1	Allgemeines .....	22
A II 1.6.2.2	Berechnung des betrieblichen Anteils .....	24
A II 1.6.3	„Riester-Renten“ .....	25
A II 1.6.4	Übergangszahlungen.....	26
A II 1.7	Versorgungsbezüge aus dem Ausland.....	28
A II 1.8	Kapitalabfindungen und Kapitalleistungen.....	28
A II 1.8.1	Allgemeines .....	28
A II 1.8.2	Kapitalabfindungen .....	29
A II 1.8.3	Kapitalleistungen .....	30

A II 1.9	Beitragsrechtliche Behandlung von Abfindungen betrieblicher Altersversorgung einschließlich Rückkaufswerte.....	31
A II 1.9.1	Verfallbare Anwartschaft.....	31
A II 1.9.2	Unverfallbare Anwartschaft.....	32
A II 1.10	Hinterbliebenenversorgung .....	32
A II 1.11	Beitragsuntergrenze .....	33
A II 1.12	Zeitliche Zuordnung.....	34
A II 2.	Beitragssatz.....	35
A II 2.1	Beitragssatz in der Krankenversicherung .....	35
A II 2.2	Beitragssatz in der sozialen Pflegeversicherung.....	35
A II 2.2.1	Allgemeines.....	35
A II 2.2.2	Beitragszuschlag zur Pflegeversicherung .....	36
A II 3.	Tragung der Beiträge .....	37
A II 4.	Zahlung der Beiträge .....	37
A II 4.1	Allgemeines.....	37
A II 4.2	Zahlung der Beiträge durch die Zahlstelle („Zahlstellenverfahren“).....	38
A II 4.2.1	Allgemeines.....	38
A II 4.2.2	Nachweis der Beiträge .....	39
A II 4.2.3	Nachträglicher Einbehalt von rückständigen Beiträgen.....	40
A II 4.2.4	Mehrere Versorgungsbezüge.....	41
A II 4.2.5	Erstattung zu Unrecht gezahlter Beiträge.....	42
A II 4.3	Zahlung der Beiträge durch den Versicherten („Selbstzahlerverfahren“) .....	42
A II 4.4	Zahlung von Versorgungsbezügen für den Sterbemonat .....	43
A II 4.5	Nachzahlung von Versorgungsbezügen.....	44
A II 4.6	Auszahlung für mehrere Monate.....	45
A II 4.7	Fälligkeit der Beiträge .....	45
A II 5	Beitragsüberwachung .....	46
A III	Meldungen.....	46
A III 1	Allgemeines.....	46

A III 2	Meldungen des Versorgungsempfängers .....	47
A III 3	Meldungen der Zahlstelle.....	48
A III 4	Meldungen der Krankenkasse .....	50
B	Arbeitseinkommen .....	52
B I	Rechtsgrundlagen.....	52
B II	Beiträge .....	53
B II 1	Beitragspflichtige Einnahmen.....	53
B II 1.1	Allgemeines.....	53
B II 1.2	Beitragsuntergrenze .....	54
B II 1.3	Nachweis des Arbeitseinkommens und Wirkungszeitpunkt nachgewiesener Änderungen.....	54
B II 1.3.1	Allgemeines .....	54
B II 1.3.2	Besonderheiten.....	56
B II 2	Beitragssatz .....	57
B II 2.1	Beitragssatz in der Krankenversicherung .....	57
B II 2.2	Beitragssatz in der Pflegeversicherung .....	58
B II 3	Tragung der Beiträge .....	58
B II 4	Zahlung der Beiträge .....	58
B III	Mitteilungs-/Nachweisverfahren.....	59
C	Renten aus dem Ausland .....	59
C I	Rechtsgrundlagen.....	59
C II	Beiträge .....	61
C II 1	Beitragspflichtige Einnahmen.....	61
C II 1.1	Allgemeines.....	61
C II 1.2	Vergleichbarkeit mit inländischen Renten .....	63
C II 1.3	Besondere Zahlungsweisen.....	64
C II 1.3.1	Allgemeines.....	64
C II 1.3.2	Einmalige Zahlungen .....	64
C II 1.3.3	Viertel-, halb- oder jährliche Auszahlung einer laufenden Rente.....	65



C II 1.3.4	Mehrwöchiger Zahlungsrhythmus einer laufenden Rente .....	66
C II 1.4	Währungsumrechnung .....	66
C II 2	Beitragssatz .....	67
C II 2.1	Beitragssatz in der Krankenversicherung .....	67
C II 2.2	Beitragssatz in der Pflegeversicherung .....	67
C II 3	Tragung der Beiträge .....	67
C II 4	Zahlung der Beiträge .....	68
C II 5	Sozialausgleich .....	68
C III	Mitteilungs-/Nachweisverfahren .....	69

Anlage: Prüfschema Übergangszahlungen



**A Versorgungsbezüge**

**A I Rechtsgrundlagen**

**§ 202 SGB V**

**Meldepflichten bei Versorgungsbezügen**

(1) Die Zahlstelle hat bei der erstmaligen Bewilligung von Versorgungsbezügen sowie bei Mitteilung über die Beendigung der Mitgliedschaft eines Versorgungsempfängers die zuständige Krankenkasse des Versorgungsempfängers zu ermitteln und dieser Beginn, Höhe, Veränderungen und Ende der Versorgungsbezüge unverzüglich mitzuteilen. Bei den am 1. Januar 1989 vorhandenen Versorgungsempfängern hat die Ermittlung der Krankenkasse innerhalb von sechs Monaten zu erfolgen. Der Versorgungsempfänger hat der Zahlstelle seine Krankenkasse anzugeben und einen Kassenwechsel sowie die Aufnahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung anzuzeigen. Die Krankenkasse hat der Zahlstelle der Versorgungsbezüge und dem Bezieher von Versorgungsbezügen unverzüglich die Beitragspflicht des Versorgungsempfängers, deren Umfang und den Beitragssatz aus Versorgungsbezügen mitzuteilen. Die Krankenkasse kann mit der Zahlstelle der Versorgungsbezüge Abweichendes vereinbaren.

(2) Die Zahlstelle hat der zuständigen Krankenkasse die Meldung durch gesicherte und verschlüsselte Datenübertragung aus systemgeprüften Programmen oder mittels maschineller Ausfüllhilfen zu erstatten. Den Aufbau des Datensatzes, notwendige Schlüsselzahlen und Angaben legt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen in Grundsätzen fest, die vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit zu genehmigen sind; die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände ist anzuhören.

(3) Übermittelt die Zahlstelle die Meldungen nach Abs. 2, so hat die Krankenkasse alle Angaben gegenüber der Zahlstelle durch Datenübertragung zu erstatten. Abs. 2 Satz 2 gilt entsprechend.

**§ 205 SGB V**

**Meldepflichten bestimmter Versicherungspflichtiger**

Versicherungspflichtige, die eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung oder der Rente vergleichbare Einnahmen (Versorgungsbezüge) beziehen, haben ihrer Krankenkasse unverzüglich zu melden

1. Beginn und Höhe der Rente,
2. Beginn, Höhe, Veränderungen und die Zahlstelle der Versorgungsbezüge sowie
3. Beginn, Höhe und Veränderungen des Arbeitseinkommens.

### **§ 226 SGB V**

#### **Beitragspflichtige Einnahmen versicherungspflichtig Beschäftigter**

- (1) Bei versicherungspflichtig Beschäftigten werden der Beitragsbemessung zugrunde gelegt
1. das Arbeitsentgelt aus einer versicherungspflichtigen Beschäftigung,
  2. der Zahlbetrag der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung,
  3. der Zahlbetrag der der Rente vergleichbaren Einnahmen (Versorgungsbezüge),
  4. das Arbeitseinkommen, soweit es neben einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung oder Versorgungsbezügen erzielt wird.

Dem Arbeitsentgelt steht das Vorruhestandsgeld gleich. Bei Auszubildenden, die in einer außerbetrieblichen Einrichtung im Rahmen eines Berufsausbildungsvertrages nach dem Berufsbildungsgesetz ausgebildet werden, steht die Ausbildungsvergütung dem Arbeitsentgelt gleich.

(2) Die nach Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 und 4 zu bemessenden Beiträge sind nur zu entrichten, wenn die monatlichen beitragspflichtigen Einnahmen nach Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 und 4 insgesamt ein Zwanzigstel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches übersteigen.

(3) Für Schwangere, deren Mitgliedschaft nach § 192 Abs. 2 erhalten bleibt, gelten die Bestimmungen der Satzung.

(4) Bei Arbeitnehmern, die gegen ein monatliches Arbeitsentgelt bis zum oberen Grenzbetrag der Gleitzone (§ 20 Abs. 2 des Vierten Buches) mehr als geringfügig beschäftigt sind, gilt der Betrag der beitragspflichtigen Einnahme nach § 163 Abs. 10 Satz 1 bis 5 und 8 des Sechsten Buches entsprechend.

### **§ 229 SGB V**

#### **Versorgungsbezüge als beitragspflichtige Einnahmen**

(1) Als der Rente vergleichbare Einnahmen (Versorgungsbezüge) gelten, soweit sie wegen einer Einschränkung der Erwerbsfähigkeit oder zur Alters- oder Hinterbliebenenversorgung erzielt werden,

1. Versorgungsbezüge aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis oder aus einem Arbeitsverhältnis mit Anspruch auf Versorgung nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen; außer Betracht bleiben
  - a) lediglich übergangsweise gewährte Bezüge,
  - b) unfallbedingte Leistungen und Leistungen der Beschädigtenversorgung,
  - c) bei einer Unfallversorgung ein Betrag von 20 vom Hundert des Zahlbetrags und
  - d) bei einer erhöhten Unfallversorgung der Unterschiedsbetrag zum Zahlbetrag der Normalversorgung, mindestens 20 vom Hundert des Zahlbetrags der erhöhten Unfallversorgung,
2. Bezüge aus der Versorgung der Abgeordneten, Parlamentarischen Staatssekretäre und Minister,

3. Renten der Versicherungs- und Versorgungseinrichtungen, die für Angehörige bestimmter Berufe errichtet sind,
4. Renten und Landabgaberenten nach dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte mit Ausnahme einer Übergangshilfe,
5. Renten der betrieblichen Altersversorgung einschließlich der Zusatzversorgung im öffentlichen Dienst und der hüttenknappschaftlichen Zusatzversorgung.

Satz 1 gilt auch, wenn Leistungen dieser Art aus dem Ausland oder von einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Einrichtung bezogen werden. Tritt an die Stelle der Versorgungsbezüge eine nicht regelmäßig wiederkehrende Leistung oder ist eine solche Leistung vor Eintritt des Versicherungsfalles vereinbart oder zugesagt worden, gilt ein Hundertzwanzigstel der Leistung als monatlicher Zahlbetrag der Versorgungsbezüge, längstens jedoch für einhundertzwanzig Monate.

(2) Für Nachzahlungen von Versorgungsbezügen gilt § 228 Abs. 2 entsprechend.

### **§ 236 SGB V**

#### **Beitragspflichtige Einnahmen der Studenten und Praktikanten**

(1) Für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 9 und 10 Versicherungspflichtigen gilt als beitragspflichtige Einnahmen ein Dreißigstel des Betrages, der als monatlicher Bedarf nach § 13 Abs. 1 Nr. 2 und Abs. 2 des Bundesausbildungsförderungsgesetzes für Studenten festgesetzt ist, die nicht bei ihren Eltern wohnen. Änderungen des Bedarfsbetrags sind vom Beginn des auf die Änderung folgenden Semesters an zu berücksichtigen.

(2) § 226 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 bis 4 und Abs. 2 sowie die §§ 228 bis 231 gelten entsprechend. Die nach § 226 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 und 4 zu bemessenden Beiträge sind nur zu entrichten, soweit sie die nach Absatz 1 zu bemessenden Beiträge übersteigen.

### **§ 237 SGB V**

#### **Beitragspflichtige Einnahmen versicherungspflichtiger Rentner**

Bei versicherungspflichtigen Rentnern werden der Beitragsbemessung zugrunde gelegt

1. der Zahlbetrag der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung,
2. der Zahlbetrag der der Rente vergleichbaren Einnahmen und
3. das Arbeitseinkommen.

§ 226 Abs. 2 und die §§ 228, 229 und 231 gelten entsprechend.

### **§ 248 SGB V**

#### **Beitragssatz aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen**

Bei Versicherungspflichtigen gilt für die Bemessung der Beiträge aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen der allgemeine Beitragssatz. Abweichend von Satz 1 gilt bei Versicherungspflichtigen für die Bemessung der Beiträge aus Versorgungsbezügen nach § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 die Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes zuzüglich 0,45 Beitragssatzpunkte.

### **§ 256 SGB V**

#### **Beitragszahlung aus Versorgungsbezügen**

(1) Für Versicherungspflichtige, die eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, haben die Zahlstellen der Versorgungsbezüge die Beiträge aus Versorgungsbezügen einzubehalten und an die zuständige Krankenkasse zu zahlen. Die zu zahlenden Beiträge werden fällig mit der Auszahlung der Versorgungsbezüge, von denen sie einzubehalten sind. Die Zahlstellen haben der Krankenkasse die einbehaltenen Beiträge nachzuweisen; § 28f Abs. 3 Satz 5 des Vierten Buches gilt entsprechend. Die Beitragsnachweise sind von den Zahlstellen durch Datenübertragung zu übermitteln; § 202 Abs. 2 Satz 1 und 2 gilt entsprechend. Bezieht das Mitglied Versorgungsbezüge von mehreren Zahlstellen und übersteigen die Versorgungsbezüge zusammen mit dem Zahlungsbetrag der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung die Beitragsbemessungsgrenze, verteilt die Krankenkasse auf Antrag des Mitglieds oder einer der Zahlstellen die Beiträge.

(2) § 255 Abs. 2 Satz 1 und 2 gilt entsprechend. Die Krankenkasse zieht die Beiträge aus nachgezahlten Versorgungsbezügen ein. Dies gilt nicht für Beiträge aus Nachzahlungen aufgrund von Anpassungen der Versorgungsbezüge an die wirtschaftliche Entwicklung. Die Erstattung von Beiträgen obliegt der zuständigen Krankenkasse. Die Krankenkassen können mit den Zahlstellen der Versorgungsbezüge Abweichendes vereinbaren.

(3) Die Krankenkasse überwacht die Beitragszahlung. Sind für die Überwachung der Beitragszahlung durch eine Zahlstelle mehrere Krankenkassen zuständig, haben sie zu vereinbaren, dass eine dieser Krankenkassen die Überwachung für die beteiligten Krankenkassen übernimmt. § 98 Abs. 1 Satz 2 des Zehnten Buches gilt entsprechend.

(4) Zahlstellen, die regelmäßig an weniger als dreißig beitragspflichtige Mitglieder Versorgungsbezüge auszahlen, können bei der zuständigen Krankenkasse beantragen, dass das Mitglied die Beiträge selbst zahlt.

### **§ 55 SGB XI**

#### **Beitragssatz, Beitragsbemessungsgrenze**

(1) Der Beitragssatz beträgt bundeseinheitlich 2,05 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder; er wird durch Gesetz festgesetzt. Für Personen, bei denen § 28 Abs. 2 Anwendung findet, beträgt der Beitragssatz die Hälfte des Beitragssatzes nach Satz 1.

(2) Beitragspflichtige Einnahmen sind bis zu einem Betrag von ein Dreihundertsechzigstel der in § 6 Abs. 7 des Fünften Buches festgelegten Jahresarbeitsentgeltgrenze für den Kalendertag zu berücksichtigen (Beitragsbemessungsgrenze).

(3) Der Beitragssatz nach Absatz 1 Satz 1 und 2 erhöht sich für Mitglieder nach Ablauf des Monats, in dem sie das 23. Lebensjahr vollendet haben, um einen Beitragszuschlag in Höhe von 0,25 Beitragssatzpunkten (Beitragszuschlag für Kinderlose). Satz 1 gilt nicht für Eltern im Sinne des § 56 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 und Abs. 3 Nr. 2 und 3 des Ersten Buches. Die Elterneigenschaft ist in geeigneter Form gegenüber der beitragsabführenden Stelle, von Selbstzahlern gegenüber der Pflegekasse, nachzuweisen, sofern diesen die Elterneigenschaft nicht bereits aus anderen Gründen bekannt ist. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen gibt Empfehlungen darüber, welche Nachweise geeignet sind. Erfolgt die Vorlage des Nachweises innerhalb von drei Monaten nach der Geburt des Kindes, gilt der Nachweis mit Beginn des Monats der Geburt als erbracht, ansonsten wirkt der Nachweis ab Beginn des Monats, der dem Monat folgt, in dem der Nachweis erbracht wird. Nachweise für vor dem 1. Januar 2005 geborene Kinder, die bis zum 30. Juni 2005 erbracht werden, wirken vom 1. Januar 2005 an. Satz 1 gilt nicht für Mitglieder, die vor dem 1. Januar 1940 geboren wurden, für Wehr- und Zivildienstleistende sowie für Bezieher von Arbeitslosengeld II.

(3a) Zu den Eltern im Sinne des Absatzes 3 Satz 2 gehören nicht

1. Adoptiveltern, wenn das Kind zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Adoption bereits die in § 25 Abs. 2 vorgesehenen Altersgrenzen erreicht hat,
2. Stiefeltern, wenn das Kind zum Zeitpunkt der Eheschließung mit dem Elternteil des Kindes bereits die in § 25 Abs. 2 vorgesehenen Altersgrenzen erreicht hat oder wenn das Kind vor Erreichen dieser Altersgrenzen nicht in den gemeinsamen Haushalt mit dem Mitglied aufgenommen worden ist.

(4) Der Beitragszuschlag für die Monate Januar bis März 2005 auf Renten der gesetzlichen Rentenversicherung wird für Rentenbezieher, die nach dem 31. Dezember 1939 geboren wurden, in der Weise abgegolten, dass der Beitragszuschlag im Monat April 2005 1 vom Hundert der im April 2005 beitragspflichtigen Rente beträgt. Für die Rentenbezieher, die in den Monaten Januar bis April 2005 zeitweise nicht beitrags- oder zuschlagspflichtig sind, wird der Beitragszuschlag des Monats April 2005 entsprechend der Dauer dieser Zeit reduziert.

(5) Bei landwirtschaftlichen Unternehmern sowie bei mitarbeitenden Familienangehörigen, die Mitglied der landwirtschaftlichen Krankenkasse sind, wird der Beitrag abweichend von den Absätzen 1 bis 3 in Form eines Zuschlags auf den Krankenversicherungsbeitrag, der nach den Vorschriften des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte aus dem Arbeitseinkommen aus Land- und Forstwirtschaft zu zahlen ist, erhoben. Die Höhe des Zuschlags ergibt sich aus dem Verhältnis des Beitragssatzes nach Absatz 1 Satz 1 zu dem allgemeinen Beitragssatz nach § 241 des Fünften Buches. Sind die Voraussetzungen für einen Beitragszuschlag für Kinderlose nach Absatz 3 erfüllt, erhöht sich der Zuschlag nach Satz 2 um das Verhältnis des Beitragszuschlags für Kinderlose nach Absatz 3 Satz 1 zu dem Beitragssatz nach Absatz 1 Satz 1.

### **§ 31 KVLG 1989**

#### **Meldepflichten bestimmter Versicherungspflichtiger**

Versicherungspflichtige, die eine Rente nach dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte, eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung oder der Rente vergleichbare Einnahmen (Versorgungsbezüge) beziehen, haben ihrer landwirtschaftlichen Krankenkasse unverzüglich zu melden

1. Beginn und Höhe der Rente,
2. Beginn, Höhe, Veränderungen und die Zahlstelle der Versorgungsbezüge,
3. Beginn, Höhe und Veränderungen des Arbeitseinkommens.

### **§ 39 KVLG 1989**

#### **Beitragsberechnung für versicherungspflichtige landwirtschaftliche Unternehmer**

(1) Bei versicherungspflichtigen landwirtschaftlichen Unternehmern werden, soweit nachfolgend nichts Abweichendes bestimmt ist, der Beitragsbemessung zugrunde gelegt

1. Einkommen aus Land- und Forstwirtschaft,
2. der Zahlbetrag der Renten nach § 228 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
3. der Zahlbetrag der Versorgungsbezüge nach § 229 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
4. Arbeitseinkommen aus außerland- und außerforstwirtschaftlicher Tätigkeit, soweit es neben einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung oder Versorgungsbezügen erzielt wird.

(2) Beiträge aus den in Absatz 1 Satz 1 Nr. 3 und 4 genannten Einnahmearten sind nur zu entrichten, wenn der Zahlbetrag dieser Einnahmen insgesamt ein Zwanzigstel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch übersteigt. Für die Bemessung dieser Beiträge ist § 248 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch entsprechend anzuwenden. Für die Bemessung der Beiträge aus Versorgungsbezügen nach § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt die Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes der gesetzlichen Krankenversicherung zuzüglich 0,45 Beitragssatzpunkte.

(3) und (4) ...

### **§ 42 KVLG 1989**

#### **Beitragsberechnung für versicherungspflichtige mitarbeitende Familienangehörige**

(1) bis (3) ...

(4) Die §§ 39 und 41 gelten entsprechend. ...

(5) ...

## **§ 45 KVLG 1989** **Beitragsberechnung für Altenteiler**

(1) Bei den nach § 2 Abs. 1 Nr. 4 oder 5 Versicherungspflichtigen werden der Beitragsbemessung in folgender Reihenfolge zugrunde gelegt

1. der Zahlbetrag der Renten nach § 228 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
2. der Zahlbetrag der Versorgungsbezüge nach § 229 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
3. das Arbeitseinkommen mit Ausnahme von Einkommen aus Land- und Forstwirtschaft.

(2) Beiträge aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen sind nur zu entrichten, wenn der Zahlbetrag dieser Einnahmearten insgesamt ein Zwanzigstel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch übersteigt und soweit diese Einnahmearten zusammen mit der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung die in § 223 Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannte Beitragsbemessungsgrenze nicht übersteigen. Der Beitragssatz für diese Einnahmearten bestimmt sich nach § 39 Abs. 2 Satz 2 und 3; für die Rente gilt § 39 Abs. 3. Für das außerland- und außerforstwirtschaftliche Arbeitseinkommen gilt § 41.

### **A II            Beiträge**

#### **A II 1           Beitragspflichtige Einnahmen**

##### **A II 1.1        Allgemeines**

Für die der Rente vergleichbaren Einnahmen wird im Gesetz der Begriff Versorgungsbezüge verwendet. § 229 Abs. 1 SGB V enthält eine abschließende Aufzählung der bei der Festsetzung der beitragspflichtigen Einnahmen zu berücksichtigenden Versorgungsbezüge. Diese haben gemeinsam, dass sie an eine (frühere) Erwerbstätigkeit anknüpfen. Leistungen aus anderen als den dort genannten Rechtsverhältnissen und Quellen unterliegen in diesem Rahmen nicht der Beitragspflicht. Deshalb stellen Einkünfte, die nicht im Zusammenhang mit dem Erwerbsleben stehen, z. B. aus betriebsfremder privater Eigenvorsorge, von vornherein keine Versorgungsbezüge dar.

Des Weiteren werden Versorgungsbezüge nur insoweit für die Beitragsbemessung herangezogen, als sie wegen

- einer Einschränkung der Erwerbsfähigkeit oder
- zur Alters- oder Hinterbliebenenversorgung

erzielt werden. Der Grad der Erwerbsminderung sowie die Altersgrenze(n) spielen dabei keine Rolle.

Die Bezüge müssen jedoch die Funktionen der entsprechenden Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung vom Grundsatz erfüllen, das heißt wie bei Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit (§§ 43 ff. SGB VI) und Renten wegen Alters (§§ 35 ff. SGB VI) Einkommensersatzfunktion sowie bei Renten wegen Todes (§§ 46 ff. SGB VI) Unterhaltersatzfunktion haben (Versorgungscharakter). Problematisch kann die Abgrenzung werden, wenn mit der Leistung neben der Einkommens- bzw. Unterhaltersatzfunktion auch andere Ziele verfolgt werden. Das Wesensmerkmal von Versorgungsbezügen besteht darin, dass die Zahlung einen Versorgungszweck erfüllt, das heißt auf eine Verbesserung der Versorgung des Betroffenen gerichtet ist (vgl. Urteil des BSG vom 26. März 1996 – 12 RK 44/94 –, USK 9662). Leistungen mit z. B. Entschädigungscharakter sind nicht vergleichbar mit Renten der gesetzlichen Rentenversicherung und unterliegen deshalb nicht der Beitragspflicht.

Als Versorgungsbezüge nach § 229 Abs. 1 Satz 1 und 2 SGB V kommen laufende und einmalige Bezüge sowie nach der besonderen Regelung in § 229 Abs. 1 Satz 3 SGB V (vgl. A II 1.8) auch Abfindungen und originär vereinbarte Kapitaleistungen in Betracht. Nicht zu den Versorgungsbezügen im Sinne des § 229 Abs. 1 SGB V gehören Nutzungsrechte und Sachleistungen bzw. Deputate; dies gilt selbst dann, wenn diese Sachbezüge in Geldeswert abgegolten werden.

Versorgungsbezüge werden – ebenso wie die Renten der gesetzlichen Rentenversicherung – mit ihrem Zahlbetrag bei der Ermittlung der beitragspflichtigen Einnahmen berücksichtigt (vgl. § 226 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V, § 238 SGB V). Unter Zahlbetrag ist dabei der unter Anwendung aller Versagens-, Kürzungs- und Ruhensvorschriften zur Auszahlung gelangende Betrag zu verstehen. Eventuell anfallende Steuern dürfen ebenso wenig abgezogen werden wie eventuelle Abzweigungsbeträge infolge einer Aufrechnung, Verrechnung, Abtretung oder Pfändung bzw. Abzweigungsbeträge nach § 94 Abs. 5 ALG (geteilte Auszahlung der Rente). Unterhaltzahlungen an den geschiedenen Ehegatten mindern ebenfalls nicht den Zahlbetrag der Versorgungsbezüge. Gleiches gilt im Falle eines schuldrechtlichen Versorgungsausgleichs nach §§ 1587f ff. BGB (vgl. Urteile des BSG vom 28. Januar 1999 – B 12 KR 19/98 R – und – B 12 KR 24/98 R –, USK 9948). Dagegen reduzieren Abzweigungsbeträge nach § 1587b BGB (z. B. Kürzungsbeträge nach § 57 des Beamtenversorgungsgesetzes) im Rahmen des Versorgungsausgleichs den Zahlbetrag der Versorgungsbezüge.

Bei der Ermittlung der beitragspflichtigen Einnahmen bleiben im Gegensatz zu Renten der gesetzlichen Rentenversicherung Kinderzuschüsse oder Erhöhungsbeträge für Kinder bei Versorgungsbezügen nicht außer Betracht (vgl. Urteil des BSG vom 25. Oktober 1988 – 12 RK 10/87 –, USK 88146).

Zu den Versorgungsbezügen gehören auch Einmalzahlungen (z. B. Weihnachtsgelder) sowie sonstige laufend gewährte Zulagen, und zwar unabhängig von ihrer Bezeichnung (vgl. Urteil des BSG vom 18. März 1993 – 8 RKn 2/92 –, USK 9309). In diesem Zusammenhang ist nicht relevant, ob die Einmalzahlung regelmäßig gewährt wird.

Von der Beitragspflicht werden nach § 229 Abs. 2 SGB V auch Nachzahlungen von Versorgungsbezügen erfasst (vgl. A II 4.5).

#### **A II 1.2 Versorgungsbezüge aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis oder aus einem Arbeitsverhältnis mit Anspruch auf Versorgung nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen („Pensionen“)**

An erster Stelle werden in § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V die Versorgungsbezüge aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis genannt. Es handelt sich dabei um

- die Versorgungsleistungen für Beamte und Richter nach dem Beamtenversorgungsgesetz (BeamtVG) und den Beamtenversorgungsgesetzen der Länder,
- die Versorgungsleistungen nach dem Gesetz zur Regelung der Rechtsverhältnisse der unter Artikel 131 des Grundgesetzes (GG) fallenden Personen (Artikel 131 GG ist durch § 1 des Dienstrechtlichen Kriegsfolgenbereinigungsgesetzes (DKfAG) vom 20. September 1994 (BGBl. I S. 2452) gestrichen worden, gilt aber gemäß § 2 DKfAG für die bis zum In-Kraft-Treten des DKfAG nach Artikel 131 GG entstandenen Ansprüche fort; insoweit sind die §§ 69 und 69a BeamtVG maßgebend) und
- die Versorgungsleistungen nach dem Soldatenversorgungsgesetz (SVG).

Des Weiteren nennt § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V die Versorgungsbezüge, die auf einem Arbeitsverhältnis mit Anspruch auf Versorgung nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen beruhen, wie sie z. B. den Dienstordnungs-Angestellten der Körperschaften des öffentlichen Rechts im Bereich der Sozialversicherung (vgl. §§ 349 ff. RVO) zustehen.

Als Versorgungsbezüge im vorgenannten Sinne kommen u. a. Ruhegehalt, Hinterbliebenenversorgung (Witwengeld, Witwergeld, Waisengeld) und Unterhaltsbeiträge für entlassene Beamte sowie für deren Hinterbliebene in Betracht.

Der Familienzuschlag, den ein Ruhestandsbeamter erhält, gehört ebenfalls zu den Versorgungsbezügen im Sinne des § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V (Urteil des BSG vom 17. Dezember 1996 – 12 RK 5/96 –, USK 9681).

Nach § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 zweiter Halbsatz SGB V sind explizit bestimmte Bezüge oder Teile von Bezügen von der Eigenschaft als Versorgungsbezüge ausgenommen:

Nach Buchstabe a sind die Bezüge ausgenommen, die nur übergangsweise gezahlt werden. Mithin bleiben z. B. folgende Bezüge an (ehemalige) Beamte und Soldaten bei der Beitragsberechnung unberücksichtigt:

- Übergangsgeld nach §§ 47, 47a BeamtVG
- Übergangsgeld nach § 37 SVG

- Übergangsgebühren nach § 11 SVG
- Ausgleichsbezüge nach § 11a SVG
- Übergangsbeihilfen nach §§ 12, 13 SVG

Nach Buchstabe b sind auch die unfallbedingten Leistungen und die Leistungen der Beschädigtenversorgung unberücksichtigt zu lassen.

Außer Betracht bleiben zudem

- bei einer Unfallversorgung (z. B. Unfallruhegehalt nach § 36 BeamtVG) mindestens ein Betrag von 20 % des Zahlbetrags (Buchstabe c) und
- bei einer erhöhten Unfallversorgung (z. B. erhöhtes Unfallruhegehalt nach § 37 BeamtVG) der Unterschiedsbetrag zum Zahlbetrag der Normalversorgung, mindestens aber 20 % der erhöhten Unfallversorgung (Buchstabe d); die insoweit erforderliche Vergleichsberechnung obliegt den Zahlstellen der Versorgungsbezüge.

Die Verminderung der Versorgungsbezüge nach § 50f Beamtenversorgungsgesetz um den halben Vomhundertsatz in der Pflegeversicherung nach § 55 Abs. 1 Satz 1 SGB XI, mit der der Wegfall der Beteiligung der Rentenversicherung am Pflegeversicherungsbeitrag von Rentnern wirkungsgleich auf die Versorgungsempfänger des Bundes übertragen wurde, führt zu einer entsprechenden Verminderung des Zahlbetrages der Versorgungsbezüge und damit der beitragspflichtigen Einnahme.

### **A II 1.3 Versorgung der Abgeordneten, Minister und Parlamentarischen Staatssekretäre**

Als zweite Gruppe der Versorgungsbezüge nennt § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V die Bezüge der Abgeordneten, Minister und Parlamentarischen Staatssekretäre. Hierunter fallen die den ehemaligen Abgeordneten des Deutschen Bundestages (nach dem Abgeordnetengesetz) sowie den ehemaligen Abgeordneten der Länderparlamente gewährte Altersentschädigung (einschließlich der eventuellen Gesundheitsschäden bedingten Erhöhungen) sowie die Leistungen an Hinterbliebene von Abgeordneten, die bei einer Zugehörigkeit zum Bundestag oder Landesparlament von bestimmter Dauer gewährt werden.

Ferner gehören zu dieser Gruppe von Versorgungsbezügen das Ruhegehalt und die Hinterbliebenenversorgung nach dem Bundesministergesetz, das nach dem Gesetz über die Rechtsverhältnisse der Parlamentarischen Staatssekretäre für diese entsprechend anzuwenden ist. Das Gleiche gilt für die Leistungen nach den entsprechenden Gesetzen der Länder.

Übergangsweise gezahlte Leistungen bleiben – obwohl in der vorgenannten Vorschrift nicht ausdrücklich vorgeschrieben – bei der Ermittlung der beitragspflichtigen Einnahmen außer Betracht. Das den Abgeordneten, Ministern und Parlamentarischen Staatssekretären nach dem

Ausscheiden aus ihrem Amt geleistete Übergangsgeld wird also nicht zur Beitragsbemessung herangezogen.

#### **A II 1.4 Renten der Versicherungs- und Versorgungseinrichtungen, die für Angehörige bestimmter Berufe errichtet sind („Berufsständische Versorgungsleistungen“)**

Als Versorgungsbezüge werden nach § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V die Renten der Versicherungs- und Versorgungseinrichtungen, die für bestimmte Berufsgruppen errichtet sind, erfasst. Hierbei handelt es sich im Wesentlichen um die Leistungen öffentlich-rechtlicher Versicherungs- und Versorgungseinrichtungen der kammerfähigen freien Berufe (z.B. Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte, Apotheker, Rechtsanwälte und Notare, Ingenieure, Architekten, Steuerberater) und der Zusatzversorgung der Bezirksschornsteinfegermeister. Die Vorschrift erfasst aber auch privatrechtlich organisierte Versicherungs- und Versorgungseinrichtungen, wie z. B. die in Form eines Versicherungsvereins auf Gegenseitigkeit (VVaG) gegründeten Einrichtungen.

Ebenso ist in diesem Zusammenhang nicht relevant, ob der Zugang zu der Einrichtung als Pflichtversicherung oder auf freiwilliger Basis erlangt wird.

Voraussetzung ist jedoch in jedem Fall, dass der Kreis der Mitglieder und Versicherungsnehmer auf die Angehörigen eines oder mehrerer bestimmter Berufe beschränkt ist (vgl. hierzu Urteile des Bundessozialgerichts vom 30. März 1995 – 12 RK 40/94 –, USK 95145, sowie vom 30. Januar 1997 – 12 RK 17/96 –, USK 97122).

#### **A II 1.5 Renten und Landabgaberente nach dem ALG**

Als Versorgungsbezüge gelten nach § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V ferner Renten und die Landabgaberente nach dem Gesetz über die Alterssicherung für Landwirte (ALG, hier: §§ 11 bis 16 und § 121). Die Produktionsaufgaberente (Grundbetrag) nach dem Gesetz zur Förderung der Einstellung der landwirtschaftlichen Erwerbstätigkeit (FELEG) gilt ebenfalls als Versorgungsbezug wie auch das Ausgleichsgeld im Sinne des § 14 Abs. 4 FELEG. Die Übergangshilfe (§ 106 Abs. 6 ALG) sowie das Überbrückungsgeld (§ 38 ALG) an Witwen und Witwer von landwirtschaftlichen Unternehmern bleiben dagegen insoweit außer Betracht.

Die Frage der Beitragserhebung nach dem SGB V aus Renten und der Landabgaberente nach dem ALG stellt sich nur dann, wenn der Rentenbezieher unter Berücksichtigung der Abgrenzungsvorschrift des § 3 KVLG 1989 der Versicherungspflicht in der allgemeinen Krankenversicherung und nicht in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung unterliegt. In der landwirtschaftlichen Krankenversicherung führt der Anspruch auf eine Rente nach dem ALG zur Versicherungspflicht (§ 2 Abs. 1 Nr. 4 KVLG 1989). Näheres zur Zuständigkeitsabgrenzung zwischen allgemeiner und landwirtschaftlicher Krankenversicherung enthält das gemeinsame Rundschreiben zur Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner.

## **A II 1.6 Renten der betrieblichen Altersversorgung**

### **A II 1.6.1 Allgemeines**

§ 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V nennt schließlich als Versorgungsbezüge die Renten der betrieblichen Altersversorgung (Betriebsrenten). Hierunter fallen die Leistungen der Alters-, Invaliditäts- oder Hinterbliebenenversorgung, die unmittelbar oder mittelbar aus Anlass eines früheren Arbeitsverhältnisses zufließen. Betriebliche Altersversorgung ist auf verschiedenen Durchführungswegen möglich. Im Betriebsrentenrecht (Gesetz zur Verbesserung der betrieblichen Altersversorgung – BetrAVG) sind als Durchführungswege Direktversicherung, Pensionszusage (Direktzusage), Unterstützungskasse, Pensionskasse und Pensionsfonds vorgesehen. Für die Eigenschaft einer Einnahme als Versorgungsbezug ist allerdings nicht zwingend, dass einer der vorgenannten Durchführungswege vorliegt.

In der Rechtsprechung des BSG ist der Begriff der betrieblichen Altersversorgung im Beitragsrecht der GKV gegenüber dem Begriff der betrieblichen Altersversorgung im Betriebsrentenrecht seit jeher als eigenständig verstanden worden. Wird die Rente nicht bereits institutionell vom Betriebsrentenrecht erfasst, ist sie gleichwohl als Rente der betrieblichen Altersversorgung im beitragsrechtlichen Sinne anzusehen, wenn ein enger Zusammenhang zwischen dem Erwerb dieser Rente und der früheren Beschäftigung besteht (vgl. zuletzt Urteil des BSG vom 25. Mai 2011 – B 12 P 1/09 R –, USK 2011–34). Nach der vom BSG geprägten und inzwischen vom BVerfG bestätigten so genannten institutionellen Abgrenzung von Leistungen der betrieblichen Altersversorgung von denen der privaten Altersversorgung sind erstgenannte im Wege einer typisierenden Betrachtung von vornherein der betrieblichen Altersversorgung im Sinne des Beitragsrechts der GKV zuzuordnen. Voraussetzung ist, dass die Leistung vom Arbeitgeber selbst (Direktzusage), von einer Institution im Sinne des Betriebsrentenrechts (Unterstützungskasse, Pensionskasse, Pensionsfonds) oder im Rahmen einer Direktversicherung gewährt werden (Beschluss des Bundesverfassungsgerichts – BVerfG – vom 28. September 2010 – 1 BvR 1660/08 –, USK 2010–112, unter Hinweis auf das Urteil des BSG vom 12. November 2008 – B 12 KR 6/08 R –, USK 2008–125).

Kein Zusammenhang mit der früheren Beschäftigung besteht jedoch, wenn eine Einbindung des Arbeitgebers bei der Beschaffung der Altersvorsorge nicht erkennbar ist (z. B. bei der reinen privaten Altersvorsorge). Allein die finanzielle Beteiligung des Arbeitgebers an einem Altersversorgungsvertrag des Arbeitnehmers (z. B. an einem Riester-Vertrag, vgl. A II 1.6.3) kann eine von der institutionellen Abgrenzung abweichende Zurechnung zur betrieblichen Altersversorgung und damit zu Versorgungsbezügen nicht begründen, weil die Art der Finanzierung in diesem Zusammenhang nach der Rechtsprechung des BSG nicht als entscheidungserheblich angesehen werden kann (Urteil vom 30. März 2011 – B 12 KR 24/09 R – unter Verweis auf das Urteil vom 5. Mai 2010 – B 12 KR 15/09 R –, USK 2010–54).

Den Leistungen der betrieblichen Altersversorgung sind nach ausdrücklicher Bestimmung in § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V die Leistungen aus Zusatzversicherungen im öffentlichen Dienst oder nach entsprechenden Regelungen sowie die hüttenknappschaftliche Zusatzversorgung gleichgestellt. Ebenfalls zur betrieblichen Altersversorgung gehört die Zusatzversorgung der Arbeitnehmer in der Land- und Forstwirtschaft.

Aus dem Umstand, dass der Begriff der betrieblichen Altersversorgung im Sinne des Beitragsrechts der Krankenversicherung umfassender ist als der nach dem BetrAVG, folgt nach Ansicht des BSG auch, dass es für die Zuordnung der Leistungen der betrieblichen Altersversorgung zu den Versorgungsbezügen unerheblich ist, wer die Leistungen im Ergebnis finanziert hat (Urteile des BSG vom 21. August 1997 – 12 RK 35/96 –, USK 97159, vom 11. Oktober 2001 – B 12 KR 4/00 –, USK 2001–38 und vom 25. April 2012 – B 12 KR 26/10 R –, USK 2012–20). Dies bedeutet, dass die Leistungen selbst dann zu den Versorgungsbezügen gehören, wenn und soweit sie auf Beiträgen des Arbeitnehmers beruhen. Das gilt auch insoweit, als es sich um Leistungen aufgrund einer Höher- oder Weiterversicherung in einer Pensionskasse handelt oder es um Leistungen aus einer Direktversicherung geht, die durch Entgeltumwandlung finanziert worden sind.

Aufgrund dieses eigenständigen beitragsrechtlichen Begriffs der betrieblichen Altersversorgung hat das BSG auch Zahlungen, die zur Altersversorgung der Arbeitnehmer bestimmt sind, die jedoch weder im Rahmen einer Direktversicherung noch von einer Einrichtung (Institution) im Rahmen des Betriebsrentenrechts erfolgen, sondern z. B. aus Mitteln einer vom Arbeitgeber gegründeten Stiftung fließen, als Renten der betrieblichen Altersversorgung im Sinne des § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V bewertet, sofern diese Zahlungen eine den Renten der gesetzlichen Rentenversicherung vergleichbare Einkommensersatzfunktion haben (vgl. Urteil vom 25. Mai 2011 – B 12 P 1/09 R –, USK 2011–34). Für die Annahme einer rentenvergleichbaren Einkommensersatzfunktion dieser aus Stiftungsmitteln gewährten „Altersrente“ kommt es nach Ansicht des BSG darauf an, dass bei einer Gesamtbetrachtung der Leistungsvoraussetzungen in Verbindung mit dem Sicherungszweck die Übereinstimmungen mit den Renten der gesetzlichen Rentenversicherung überwiegen; die fehlende Relation der Leistung zur Stellung im Berufsleben und zur Höhe des Erwerbseinkommens stehe einer Rentenvergleichbarkeit nicht entgegen.

Auch können Verträge, die zwar der Arbeitnehmer als Versicherungsnehmer zur Altersversorgung abschließt (insbesondere Lebensversicherungen), bei denen jedoch der Arbeitgeber als Vermittler in die Beschaffung der – in der Regel finanziell vorteilhaften – Verträge eingebunden ist, aufgrund des Zusammenhangs mit dem Berufsleben der betrieblichen Altersversorgung zugeordnet werden.

Zu den bei der Beitragsbemessung zu berücksichtigenden Leistungen der betrieblichen Altersversorgung gehören insbesondere die Altersrenten einschließlich der Kinderzuschüsse sowie die Witwen-, Witwer- und Waisenrenten. Das Gleiche gilt für Weihnachtsgelder oder sonstige Einmalzahlungen und Zuschläge neben den eigentlichen Versorgungsbezügen, und zwar un-

abhängig davon, ob deren Zahlung in bestimmter Höhe in der Versorgungsregelung festgelegt ist oder ob die Zuwendungen ohne ausdrückliche Zusage vorbehaltlos in regelmäßiger Wiederkehr und in gleicher Höhe gezahlt worden sind. Der Beitragspflicht unterliegen ferner Übergangsgelder, Überbrückungsgelder, Ausgleichszahlungen, Gnadenbezüge u. ä., die im Anschluss an das Arbeitsverhältnis und anstelle der Betriebsrente gewährt werden; diese Leistungen werden allerdings nur bis zur Höhe der später einsetzenden Betriebsrente zur Beitragsleistung herangezogen.

Eine aufgrund eines Sozialplans im Fall des vorzeitigen Ausscheidens aus dem Betrieb gewährte Ausgleichszahlung, die zum Ausgleich der Rentenminderung wegen entgangener Versicherungszeiten vom Beginn der gesetzlichen Rente an gezahlt wird, ist als Rente der betrieblichen Altersversorgung und damit als Versorgungsbezug anzusehen, und zwar unabhängig davon, ob daneben auch Anspruch auf eine betriebliche Altersversorgung nach einem im Betriebsrentenrecht vorgesehenen Durchführungsweg besteht (Urteil des BSG vom 26. März 1996 – 12 RK 44/94 –, USK 9662).

Für einen Übergangszeitraum an Hinterbliebene gezahlte erhöhte Versorgungsbezüge („Sterbegeld“, z. B. in Höhe des zuletzt gezahlten Arbeitsentgelts für die verbliebenen Tage im Sterbemonat sowie für drei weitere Monate) unterliegen in voller Höhe der Beitragspflicht, vorausgesetzt, dass sie anstelle der Betriebsrente gewährt werden, also dem Grunde nach bereits ein Anspruch auf Hinterbliebenenversorgung besteht. Bei einmalig gezahlten Sterbegeldern ohne anschließende laufende Hinterbliebenenversorgung handelt es sich, sofern die einmalige Leistung an die Stelle von laufenden Versorgungsbezügen tritt und damit Versorgungscharakter besitzt, als Kapitalabfindung im Sinne von § 229 Abs. 1 Satz 3 SGB V um einmalige Versorgungsbezüge (vgl. A II 1.8.2).

Leistungen aus einer sog. befreienden Lebensversicherung, die der Arbeitnehmer abgeschlossen hatte und die Voraussetzung für die Befreiung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung war, sind nicht als Versorgungsbezüge im Sinne des § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V anzusehen, und zwar selbst dann nicht, wenn der Arbeitgeber in Form eines Zuschusses an der Lastentragung des Lebensversicherungsvertrages beteiligt war (Urteil des BSG vom 5. Mai 2010 – B 12 KR 15/09 R –, USK 2010–54). Nach Ansicht des BSG ist es nicht geboten, im Wege der Analogie Leistungen aus privatrechtlichen (Renten-) Versicherungsverträgen beitragsrechtlich den Renten der gesetzlichen Rentenversicherung oder den Renten der betrieblichen Altersversorgung gleichzustellen, wenn sie faktisch eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung zu ersetzen scheinen. Dies gilt sowohl für den vom BSG entschiedenen Fall einer Kapitalleistung aus dem Versicherungsvertrag, als auch für laufende (Renten-) Leistungen.

Bei der Beitragsermittlung sind auch Leistungen zur Abgeltung gesetzlicher Ansprüche aus einem Arbeits- oder Dienstverhältnis (z.B. Ausgleichsansprüche nach § 89b HGB) zu berücksichtigen. Hierzu hat das BSG mit Urteil vom 10. März 1994 – 12 RK 30/91 –, USK 9412, entschieden, dass die an einen ehemaligen selbständigen Handelsvertreter aus Anlass des frühe-

ren Dienstverhältnisses gezahlte Altersversorgung als Rente der betrieblichen Altersversorgung im Sinne des § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V der Beitragspflicht auch insoweit unterliegt, als damit Ausgleichsansprüche nach § 89b HGB abgegolten werden.

Keine Versorgungsbezüge im Sinne des § 229 Abs. 1 SGB V sind die Leistungen, die in der Regel nicht durch den Eintritt eines Versorgungsfalles ausgelöst werden und nur für einen kurzen Zeitraum (z. B. nur für wenige Monate) gewährt werden, da sie nicht der Versorgung des Begünstigten oder seiner Hinterbliebenen zu dienen bestimmt sind oder lediglich den betriebsbedingten Verlust des Arbeitsplatzes ausgleichen sollen und nicht anstelle eines Versorgungsbezuges gezahlt werden. Dazu können auch einmalig gezahlte Leistungen wie Treueprämien, Jubiläumsgaben, Tantiemezahlungen sowie Zuschüsse zu Krankheitskosten, Kuren, Operationskosten gehören.

Leistungen zur Abgeltung vertraglicher Ansprüche außerhalb eines Arbeits- oder Dienstverhältnisses, z. B. Veräußerungs- bzw. Kaufpreisleibrente (Leibrente, die auf der Übertragung eines Wirtschaftsgutes beruht), bleiben ebenfalls außer Betracht. Genauso verhält es sich mit einmaligen oder laufenden Erfindervergütungen, die ein Arbeitnehmer, ggf. neben der Betriebsrente, von seinem ehemaligen Arbeitgeber erhält, da derartigen Bezügen kein Versorgungscharakter zugeschrieben werden kann.

## **A II 1.6.2      Umfang der Beitragspflicht bei privater Fortführung einer Direktversicherung**

### **A II 1.6.2.1    Allgemeines**

Leistungen der betrieblichen Altersversorgung sind beitragsrechtlich grundsätzlich als unteilbar anzusehen. Sie verlieren ihren Charakter als Versorgungsbezüge im Sinne des § 229 SGB V nicht deshalb, weil sie zum Teil oder ganz auf Leistungen des Arbeitnehmers bzw. Bezugsberechtigten beruhen und zwar selbst dann, wenn nach Beendigung der Erwerbstätigkeit die Beiträge allein vom (ehemaligen) Arbeitnehmer getragen worden sind (u. a. Urteile des BSG vom 12. Dezember 2007 – B 12 KR 6/06 R –, USK 2007–98, und B 12 KR 2/07 R –, USK 2007–81).

Etwas anderes gilt jedoch für Leistungen aus Direktversicherungen. Aufgrund von Verfassungsbeschwerden gegen die beiden genannten Urteile des BSG vom 12. Dezember 2007 hatte sich das BVerfG mit der Frage zu befassen, ob die Erhebung von Beiträgen zur Krankenversicherung und Pflegeversicherung bei Leistungen aus einer vom Arbeitgeber zugunsten des Arbeitnehmers geschlossenen Kapitallebensversicherung (Direktversicherung) aus der gesamten Kapitalleistung verfassungskonform ist, wenn deren Prämien teilweise vom Arbeitnehmer selbst (hier: nach dem Ende des Arbeitsverhältnisses) entrichtet wurden.

In dem Beschluss vom 28. September 2010 – 1 BvR 1660/08 –, USK 2010–112, hat das BVerfG zwar grundsätzlich an der typisierenden Zuordnung von Altersvorsorgeleistungen zu

Leistungen der betrieblichen Altersversorgung im Beitragsrecht festgehalten, wenn und solange der institutionelle Rahmen des Betriebsrentenrechts genutzt wird. Die Grenzen zur ässiger Typisierung würden jedoch überschritten, soweit auch Kapitalleistungen, die auf Beiträgen beruhen, die ein Arbeitnehmer nach Beendigung seiner Erwerbstätigkeit auf den Lebensversicherungsvertrag unter Einrücken in die Stellung des Versicherungsnehmers eingezahlt hat, der Beitragspflicht als Versorgungsbezug unterworfen werden. In diesem Fall bestehe kein Unterschied mehr zu Leistungen aus privaten Lebensversicherungen von Arbeitnehmern, welche (außerhalb des Anwendungsbereichs des § 240 SGB V) nicht der Beitragspflicht unterliegen. Auf die Einzahlungen des Bezugsberechtigten auf einen von ihm als Versicherungsnehmer fortgeführten Kapitallebensversicherungsvertrag fänden hinsichtlich der von ihm nach der Vertragsübernahme eingezahlten Beiträge die Bestimmungen des Betriebsrentenrechts keine Anwendung mehr.

Diese Grundsätze der Unterscheidung von betrieblichem und privatem Anteil von Leistungen aus einer Direktversicherung wurden vom BSG mit Urteilen vom 30. März 2011 – B 12 KR 16/10 R –, USK 2011–24, und – B 12 KR 24/09 R –, USK 2011–23, bestätigt.

Unter Berücksichtigung der vorgenannten Rechtsprechung ist eine Aufteilung der Gesamtversorgungsleistung in einen betrieblichen Anteil (Versorgungsbezüge nach § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V) und einen privaten Anteil dann vorzunehmen, wenn es sich um eine laufende oder einmalige Leistung aus einem Lebensversicherungsvertrag handelt, 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 Versicherungsfalls fortgeführt wurde. Soweit diese Voraussetzungen erfüllt sind, ist der Teil der Versorgungsleistung, der auf Beiträgen beruht, die der Bezugsberechtigte als Versicherungsnehmer für die Zeit nach Beendigung seines Arbeitsverhältnisses auf den Lebensversicherungsvertrag eingezahlt hat, nicht als Versorgungsbezug im Sinne des § 229 SGB V anzusehen.

In dem Verfahren B 12 KR 24/09 R hat das BSG zudem klargestellt, dass es für die Abgrenzung nicht darauf ankommt, ob zunächst eine Direktversicherung vorlag, die vom Arbeitnehmer als Versicherungsnehmer fortgeführt wurde, oder ob zunächst der (ggf. spätere) Arbeitnehmer Versicherungsnehmer ist und dann der Arbeitgeber als Versicherungsnehmer die Versicherung als Direktversicherung fortführt. Entscheidendes Abgrenzungskriterium sei allein die Eigenschaft als Versicherungsnehmer; daher sei auch unerheblich, wie oft und in welcher Reihenfolge ein Versicherungsnehmerwechsel erfolge.

Von der zuvor genannten bisherigen Rechtsprechung des BSG ist ausschließlich die Direktversicherung erfasst.

#### A II 1.6.2.2 Berechnung des betrieblichen Anteils

Nach den genannten Urteilen des BSG vom 30. März 2011 ist die Höhe des beitragspflichtigen Versorgungsbezugs in rückschauender Betrachtung ausgehend von der tatsächlichen Gesamtablaufleistung zu ermitteln. Unter der Gesamtablaufleistung ist die Leistung unter Einschluss aller über die gesamte Laufzeit angesammelten Zinsgewinne und Überschussbeteiligungen einschließlich der Beteiligungen an den Bewertungsreserven und eventuell vereinbarter hierüber hinausgehender Sonderleistungen zu verstehen.

Nach Auffassung des BSG ist vorzugsweise eine prämiensratierliche (beitragsproportionale) Berechnung durchzuführen. Bei dieser Berechnungsmethode wird ein Näherungswert für den Teil der Gesamtablaufleistung bestimmt, der auf den für den Zeitraum bzw. die Zeiträume der Versicherteneigenschaft des Arbeitgebers (oder mehrerer Arbeitgeber) gezahlten Prämien beruht:

$$\text{Versorgungsbezüge} = \frac{P1 \times \text{Gesamtablaufleistung}}{P2}$$

P1 = Während der Versicherungsnehmereigenschaft des oder der Arbeitgeber(s) gezahlte Prämien

P2 = Insgesamt bis zur Vertragsbeendigung gezahlte Prämien

Hilfsweise ist nach den Vorgaben des BSG eine zeitratierliche Berechnung der Versorgungsbezüge zugelassen, soweit die zur prämiensratierlichen Berechnung erforderlichen Prämiensummen auch nach Ausschöpfung aller Ermittlungsmöglichkeiten und Erkenntnisquellen nicht feststellbar sein sollten. Zeiten einer prämiensfreien Versicherung sind hierbei herauszurechnen. Die zeitratierliche Berechnung ist nach folgender Formel vorzunehmen:

$$\text{Versorgungsbezüge} = \frac{Z1 \times \text{Gesamtablaufleistung}}{Z2}$$

Z1 = Dauer der Versicherungsnehmereigenschaft des oder der Arbeitgeber(s), ggf. unter Abzug von prämiensfreien Zeiten

Z2 = Gesamte Versicherungsdauer, ggf. unter Abzug von prämiensfreien Zeiten

Das BSG schließt eine nachrangige Anwendung weiterer Berechnungsmodelle nicht explizit aus, sodass auf die nachfolgend genannten alternativen Verfahren ausgewichen werden kann, sofern die zuvor beschriebenen Verfahren nicht oder nur mit unververtretbarem Aufwand angewandt werden können. Zunächst kommt die Ermittlung einer fiktiven „beitragsfreien Leistung“ als betrieblicher Teil der Gesamtablaufleistung in Frage. Dabei wird unterstellt, dass der Versicherungsvertrag mit dem Eintritt des ehemaligen Arbeitnehmers in die Versicherungsnehmerstellung beitragsfrei gestellt worden ist. Die sich daraus ergebende Leistung (von den Versicherungsunternehmen als „beitragsfreie Leistung“ bezeichnet) ergibt dann die

beitragsrechtlich relevanten Versorgungsbezüge. Ferner ist das sog. Riester-Wertstandsverfahren zu nennen, welches auf einer beitragsproportionalen Aufteilung beruht. Allerdings erfolgt dabei statt einer verhältnismäßigen Aufteilung über den gesamten Versicherungsverlauf (wie nach der o. a. Formel) eine jährliche Aktualisierung des Aufteilungsverhältnisses der für die Zeit(en) der Versicherungsnehmereigenschaft des Arbeitgebers bzw. der Arbeitgeber einerseits und für die Zeit(en) der Versicherungsnehmereigenschaft des Arbeitnehmers andererseits gezahlten Prämien. In diesem Fall ist es nicht erforderlich, dass beim Versicherungsunternehmen die gesamte Beitragshistorie vorgehalten wird.

Mit der Meldepflicht der Zahlstelle nach § 202 Abs. 1 SGB V geht die Aufgabe der Zahlstelle einher, den betrieblichen und meldepflichtigen Anteil der Gesamtablaufleistung festzustellen. Nach Auffassung des BSG in den vorgenannten Urteilen vom 30. März 2011 hat die Zahlstelle die entsprechenden Werte einschließlich einer übersichtlichen und nachvollziehbaren Berechnung sowie die für die Berechnung maßgeblichen Regelungen vorzuhalten und Einzelheiten der Wertermittlung auf Nachfrage der Krankenkasse (oder in Streitverfahren des Gerichts) zu erläutern. Diese Nachweispflicht geht jedoch nicht so weit, dass die Zahlstelle in jedem derartigen Fall eine qualifizierte Mitteilung über die Berechnung der Versorgungsbezüge beizubringen hat. Die Zahlstelle muss jedoch in der Lage sein, die Berechnung in begründeten Fällen nachvollziehbar darzulegen. Diesen Anforderungen kommt die Zahlstelle dadurch nach, dass sie eine entsprechende qualifizierte Mitteilung für die Zahlstellenprüfung nach § 256 Abs. 3 SGB V vorhält. Die Zahlstelle ist darüber hinaus verpflichtet, bereits vorher eine derartige Mitteilung beizubringen, sofern dies die Krankenkasse in begründeten Fällen für erforderlich hält. Dies kommt insbesondere in Frage

- bei freiwillig Versicherten,
- in Widerspruchs- oder Sozialgerichtsverfahren und
- bei (anderen) Vorgängen, in denen sich seitens der Krankenkasse oder des Versicherten Zweifel hinsichtlich der gemeldeten Höhe der Versorgungsbezüge ergeben.

Aus der qualifizierten Mitteilung müssen die Berechnungsmethode, ggf. eine Begründung für die Anwendung einer alternativen Methode sowie - bei der Angabe der Methoden „fiktive beitragsfreie Leistung“ oder „Riester-Wertstandsverfahren“ - die Ausgangswerte für die Berechnung und die Berechnung an sich hervorgehen.

### **A II 1.6.3 „Riester-Renten“**

Beiträge zugunsten eines nach § 5 Altersvorsorgeverträge-Zertifizierungsgesetz (AltZertG) zertifizierten Altersvorsorgevertrages werden nach § 82 Einkommensteuergesetz (EStG) im Rahmen der in § 10a EStG genannten Grenzen als Sonderausgaben und nach §§ 83 ff. EStG durch Zulagen steuerlich gefördert. Derartige steuerlich geförderte Verträge werden als Riester-Verträge und die daraus resultierenden - in der Regel monatlichen - Leistungen als Riester-Renten bezeichnet. Zahlungen im Rahmen der betrieblichen Altersversorgung nach dem Betriebsrentengesetz (BetrAVG) an einen Pensionsfonds, eine Pensionskasse oder eine Direkt-

versicherung können als Altersvorsorgebeiträge ebenfalls durch Sonderausgabenabzug und Zulagen gefördert werden (vgl. § 82 Abs. 2 EStG), sodass es sich auch in diesen Fällen um eine „Riester-Förderung“ handeln kann.

Riester-Renten, die ohne jegliche Beteiligung des Arbeitgebers allein vom Zulageberechtigten – unter Einschluss der staatlichen Zulagen – finanziert worden sind („privater Riester-Vertrag“), fallen in den Bereich der reinen privaten Altersvorsorge und damit nicht in den Anwendungsbereich des § 229 SGB V.

Daraus folgt, dass bei einer Riester-Förderung im Rahmen eines Durchführungsweges der betrieblichen Altersversorgung nach dem Betriebsrentenrecht die daraus gewährte Versorgungsleistung (Riester-Rente) von vornherein als Versorgungsbezug im Sinne des § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V anzusehen ist. Sofern in dem Fall einer Direktversicherung ein Wechsel der Versicherungsnehmereigenschaft zwischen dem Arbeitgeber und der steuerlich geförderten Person stattfindet, findet unter Anwendung der BSG-Urteile vom 30. März 2011 – B 12 KR 16/10 R –, USK 2011–24, und – B 12 KR 24/09 R –, USK 2011–23, eine Aufteilung zwischen einem betrieblichen und privaten Anteil der Rentenleistung statt.

In den anderen Fällen der Riester-Förderung könnte sich die Zuordnung einer Riester-Rente zur betrieblichen Altersversorgung nach § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V allenfalls über einen ursächlichen Zusammenhang mit der beruflichen Tätigkeit ergeben. Allein die finanzielle Beteiligung des Arbeitgebers begründet jedoch keine von der institutionellen Abgrenzung abweichende Zurechnung zur betrieblichen Altersversorgung und damit zu Versorgungsbezügen, weil die Art der Finanzierung nach Ansicht des BSG in diesem Zusammenhang nicht entscheidend ist (Urteil vom 30. März 2011 – B 12 KR 24/09 R –, USK 2011–23, unter Verweis auf das Urteil vom 5. Mai 2010 – B 12 KR 15/09 R –, USK 2010–54).

#### **A II 1.6.4 Übergangszahlungen**

Werden Leistungen vom Zeitpunkt des Ausscheidens aus dem Berufsleben bis zum Eintritt der eigentlichen Betriebs- bzw. der Altersrente gezahlt oder zum Zeitpunkt des Ausscheidens aus dem Berufsleben, auch in diesem Fall unter der Voraussetzung, dass sie der Versorgung des Begünstigten zu dienen bestimmt sind, über mehrere Jahre gezahlt, sind sie als vorgezogene Alterssicherung zu qualifizieren und haben somit einen rentenähnlichen Charakter. Aufgrund dessen unterliegen solche Übergangszahlungen – unabhängig davon, wie die Zahlung im Einzelfall bezeichnet wird (z. B. Ausgleichszahlung, Überbrückungszahlung, Vorruhestandsleistung, Abfindung) – als mit der Rente vergleichbare Einnahmen und somit als Versorgungsbezug im Sinne von § 229 SGB V in voller Höhe der Beitragspflicht.

Von einem Versorgungsbezug im Sinne von § 229 SGB V kann ausgegangen werden, wenn die Übergangszahlung im rentennahen Alter

- im direkten Anschluss an das Beschäftigungsverhältnis bis zum Einsetzen einer Altersrente der gesetzlichen Rentenversicherung gezahlt wird oder
- im direkten Anschluss an das Beschäftigungsverhältnis bis zum Einsetzen der eigentlichen betrieblichen Altersversorgung gezahlt wird oder
- bereits in der Rechtsgrundlage diese als zur Versorgung des Versicherten bestimmte Leistung bzw. als Übergangsvorsorge deklariert ist oder
- über einen längeren Zeitraum gezahlt wird (mehrere Monate oder Jahre) und der Versorgung des Begünstigten dient.

Darüber hinaus lassen folgende Merkmale darauf schließen, dass es sich bei einer Übergangszahlung um eine vorgezogene betriebliche Altersversorgung im Sinne des § 229 SGB V handeln kann:

- Die Übergangszahlung wird anstelle bzw. in Höhe der später einsetzenden betrieblichen Altersversorgung gezahlt. Im ersten Fall ist die Höhe des Versorgungsbezuges auf die Höhe der späteren Betriebsrente begrenzt.
- Es handelt sich zwar um eine Sozialplanleistung, diese dient aber nicht ausschließlich dazu, den betriebsbedingten Verlust des Arbeitsplatzes auszugleichen.

Diese Merkmale müssen nicht kumulativ erfüllt sein.

Bedingt durch die Vielzahl denkbarer Fallgestaltungen bei den „Übergangszahlungen“ können die vorgenannten Merkmale lediglich als pauschale Richtwerte angesehen werden. Die abschließende Prüfung, ob es sich bei einer Übergangszahlung um einen Versorgungsbezug im Sinne von § 229 SGB V handelt, erfolgt auf Basis der individuellen Verhältnisse im Einzelfall. Wird der Arbeitnehmer bei Aufrechterhaltung des Arbeitsverhältnisses von der Arbeitsleistung freigestellt, ist die Übergangszahlung des Arbeitgebers regelmäßig als Arbeitsentgelt zu qualifizieren mit der Folge, dass das versicherungsrechtliche Beschäftigungsverhältnis bestehen bleibt (Urteile des BSG vom 24. September 2008 – B 12 KR 22/07 R–, USK 2008–79, und – B 12 KR 27/07 R–, USK 2008–95). Ein Versorgungsbezug liegt dann nicht vor.

Sofern es sich bei der Übergangsleistung um eine mit der Arbeitsförderung vergleichbare Leistung handelt, die ganz überwiegend darauf abzielt, die Folgen der Arbeitslosigkeit bis zum frühestmöglichen Beginn einer Altersrente zu kompensieren, und der Versorgungscharakter der Leistung deutlich in den Hintergrund tritt, kann ein Versorgungsbezug nicht angenommen werden.

Oftmals wird bei den Übergangszahlungen die Begrifflichkeit „Vorruhestandsgeld“ verwendet, obwohl es sich nicht um Leistungen nach § 5 Abs. 3 SGB V handelt. Der Begriff des Vorruhestandsgeldes ist generell in Anlehnung an das Vorruhestandsgesetz zu verstehen, obwohl dieses Gesetz seit dem 1.1.1989 nur noch anzuwenden ist, wenn die Voraussetzungen für einen öffentlich-rechtlichen Anspruch auf Förderung vor diesem Zeitpunkt vorgelegen haben. Obgleich das Vorruhestandsgesetz dies nicht zwingend vorschreibt und dessen Förderungsmaß-

nahmen ausgelaufen sind, ist eine Vorruhestandsgeld im Rechtssinne – unabhängig von der Bezeichnung der konkreten Leistung – dadurch gekennzeichnet, dass der Arbeitnehmer gleichermaßen aus seiner letzten Beschäftigung wie auch endgültig aus dem Erwerbsleben ausgeschieden ist. Nur dieser Umstand begründet im Rückgriff auf die beendete Beschäftigung und im zeitlichen Anschluss hieran ein besonderes Schutzbedürfnis, das eigenständig die Einbeziehung in die gesetzliche Rentenversicherung rechtfertigt (BSG-Urteil vom 24. September 2008 – B 12 R 10/07 R –, USK 2008–94).

Einmalige Überbrückungsleistungen des Arbeitgebers, die anlässlich des vorzeitigen Ausscheidens aus dem Beschäftigungsverhältnis im rentennahen Alters gewährt werden und die nicht als Sozialplanleistung den betriebsbedingten Verlust des Arbeitsplatzes ausgleichen, können, sofern ihnen eine Einkommensersatzfunktion bis zum Beginn der gesetzlichen Rente zugeschrieben werden kann und sie vor dem Ausscheiden vereinbart worden sind, Versorgungsbezüge im Sinne des § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 i. V. m. Satz 3 SGB V darstellen.

Ein Prüfschema ist als Anlage beigefügt.

## **A II 1.7 Versorgungsbezüge aus dem Ausland**

Nach § 229 Abs. 1 Satz 2 SGB V werden auch Versorgungsbezüge aus dem Ausland oder von zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Einrichtungen als beitragspflichtige Einnahmen herangezogen. Dies gilt allerdings nur insoweit, als die Versorgungsbezüge in ihrem Charakter bzw. der Zielstellung einer der in § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 bis 5 SGB V abschließend genannten Leistungen entsprechen. Hierzu zählen auch Versorgungsleistungen (Pensionen) der Europäischen Gemeinschaft an ihre früheren Beamten soweit dem nicht Sonderregelungen des EU-Rechts entgegenstehen. Gesetzliche Rentenleistungen aus ausländischen Rentensystemen sind dagegen nicht als Versorgungsbezüge im vorgenannten Sinne anzusehen.

Bei der Beurteilung, ob es sich im konkreten Einzelfall um Versorgungsbezüge aus dem Ausland handelt, insbesondere ob es sich bei der zahlenden Stelle im Ausland nicht um einen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung handelt, kann im Zweifelsfall auf ergänzende Auskünfte der Deutschen Verbindungsstelle Krankenversicherung–Ausland (DVKA) zurückgegriffen werden.

## **A II 1.8 Kapitalabfindungen und Kapitalleistungen**

### **A II 1.8.1 Allgemeines**

In § 229 Abs. 1 Satz 3 SGB V wird für nicht regelmäßig wiederkehrende Leistungen, die entweder an die Stelle von laufenden Versorgungsbezügen treten („Kapitalabfindungen“) oder die bereits vor Eintritt des Versicherungsfalles vereinbart oder zugesagt worden sind („originä-

re Kapitalleistungen“, nachfolgend: „Kapitalleistungen“), eine besondere zeitliche Zuordnung bzw. Aufteilung dieser Leistung für die Beitragsbemessung vorgenommen. Gleichzeitig wird damit definiert, dass und unter welchen Bedingungen derartige Versorgungsleistungen überhaupt als Versorgungsbezüge gelten. Die Aussage in § 229 Abs. 1 Satz 3 SGB V bezieht sich zudem auf alle in den Sätzen 1 und 2 aufgeführten Arten von in- und ausländischen Versorgungsbezügen. Im Umkehrschluss fallen alle Versorgungsbezüge in Form von regelmäßig wiederkehrenden Leistungen (laufende und einmalige Bezüge) unter § 229 Abs. 1 Satz 1 und 2 SGB V.

Nach § 229 Abs. 1 Satz 3 SGB V gilt sowohl bei der Kapitalabfindung als auch bei der Kapitalleistung ein 1/120 der Leistung als monatlicher Zahlbetrag, längstens jedoch für 120 Monate, d.h. der Betrag wird für die Beitragsbemessung auf zehn Jahre verteilt. Die Frist von zehn Jahren beginnt mit dem Ersten des auf die Auszahlung der Leistung folgenden Kalendermonats und umfasst einen starren Zeitraum von 120 Monaten, und zwar unabhängig davon, ob zwischenzeitlich versicherungs- und beitragsrechtlich relevante Änderungen eintreten. So verlängert sich z. B. die Frist nicht, wenn zwischenzeitlich eine Familienversicherung besteht oder der Versicherungsschutz in der GKV gänzlich unterbrochen ist. Genauso wird der Lauf der Frist nicht beeinflusst, wenn z. B. eine Zeit lang keine Beiträge aus der fiktiven monatlichen Einnahme anfallen, weil durch andere vorrangig zu berücksichtigende beitragspflichtige Einnahmen bereits die Beitragsbemessungsgrenze überschritten wird.

## **A II 1.8.2 Kapitalabfindungen**

Tritt an die Stelle der (laufenden) Versorgungsbezüge eine nicht regelmäßig wiederkehrende Leistung, handelt es sich um eine Kapitalabfindung im Sinne des § 229 Abs. 1 Satz 3 erste Alternative SGB V.

Werden Versorgungsbezüge für einen Zeitraum von weniger als zehn Jahren abgefunden und anschließend laufend gezahlt, dann kann die Abfindung abweichend von der grundsätzlich starren Frist von 120 Monaten nur auf den entsprechenden kürzeren Zeitraum verteilt werden.

Die Witwenabfindung nach § 21 BeamtVG für Ruhestandsbeamte, die aus Anlass der Wiederverheiratung einer Witwe oder eines Witwers gewährt wird, ist aufgrund des fehlenden Versorgungszwecks nicht als Versorgungsbezug anzusehen (BSG-Urteil vom 22. Mai 2003 – B 12 KR 12/02 R –, USK 2003–6).

Die Kapitalabfindung nach § 28 SVG an Soldaten im Ruhestand, mit der ein Teilbetrag (maximal 50 %) des Ruhegehaltes unter bestimmten Voraussetzungen abgefunden werden kann, stellt hingegen einen Versorgungsbezug nach § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 i. V. m. Satz 3 SGB V dar, weil damit im weitesten Sinne ein Versorgungszweck erfüllt wird und die Leistung einen laufenden Versorgungsbezug ersetzt.

### A II 1.8.3 Kapitalleistungen

Als zweite in § 229 Abs. 1 Satz 3 SGB V beschriebene Variante werden auch die nicht regelmäßig wiederkehrenden Leistungen – nach der genannten Methode auf zehn Jahre verteilt – zur Beitragsbemessung herangezogen, die von vornherein („originär“) oder jedenfalls noch vor dem Versicherungsfall als Kapitalleistung vereinbart oder zugesagt worden sind.

Beitragspflicht besteht unabhängig davon, ob die Versorgungsleistung als originäre Kapitalzahlung ohne Wahlrecht zu Gunsten einer Rentenzahlung oder als Kapitalleistung mit Option zu Gunsten einer Rentenzahlung zugesagt wird.

Wird die Kapitalleistung in Raten ausgezahlt, ist als beitragspflichtige Einnahme dennoch der Gesamtbetrag der Kapitalleistung monatlich mit  $1/120$  zu berücksichtigen (Urteil des BSG vom 17. März 2010 – B 12 KR 5/09 R –, USK 2010–8). Eventuelle Verzinsungen der einzelnen Raten, auf die ein Anspruch nach Eintritt des Versorgungsfalles entsteht, bleiben hierbei unberücksichtigt. Maßgeblich für die Ermittlung der beitragspflichtigen Einnahmen ist die mit Eintritt des Leistungsfalls insgesamt zustehende Kapitalleistung.

Bei Direktversicherungen kann es vorkommen, dass wegen der im Versicherungsvertrag genannten Altersgrenze die Kapitalleistung bereits fließt, der Versicherte aber noch weiterhin beschäftigt ist. Auch in diesen Fällen beginnt der Zehn-Jahres-Zeitraum mit dem Ersten des auf die Auszahlung des Kapitalbetrages folgenden Kalendermonats. Soweit in dieser Zeit ein Beschäftigungsverhältnis ausgeübt wird, in dem das Arbeitsentgelt des Versicherten über der Beitragsbemessungsgrenze liegt, fallen aus der Kapitalleistung zunächst keine Beiträge an; der Zehn-Jahres-Zeitraum wird dadurch nicht verändert.

Sollte der Versorgungsempfänger vor Ablauf von zehn Jahren versterben, endet auch die Beitragspflicht. In diesen Fällen kann für die Hinterbliebenen eine eigene Beitragspflicht nur dann entstehen, wenn sie als Hinterbliebenenversorgung einen eigenen Kapitalbetrag beanspruchen können.

So wie laufende Ausgleichszahlungen des Arbeitgebers, die entgehende Ansprüche aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder einer betrieblichen Altersversorgung ersetzen, als laufender Versorgungsbezug im Sinne des § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V anzusehen sind (vgl. Urteil des BSG vom 26. März 1996 – 12 RK 44/94 –, USK 9662), gelten mit der gleichen Zielsetzung gewährte einmalige Ausgleichszahlungen („Abfindungszahlungen“) ebenfalls als Versorgungsbezug, allerdings als Kapitalleistung im Sinne des § 229 Abs. 1 Satz 3 SGB V. Dies ist auch dann der Fall, wenn die Ausgleichszahlung nicht in einer Summe, sondern ratierlich zur Auszahlung gelangt.

Übergangszahlungen, die nach dem Ausscheiden aus dem Berufsleben von dem (ehemaligen) Arbeitgeber in Form von Einmalzahlungen gewährt werden und die die Eigenschaft von Versorgungsbezügen besitzen (vgl. A II 1.6.4), stellen, sofern sie vor diesem Zeitpunkt vereinbart

oder zugesagt worden sind, Kapitalleistungen im Sinne des § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 i. V. m. Satz 3 SGB V dar.

Der in einer Summe gezahlte „Ausgleich bei besonderen Altersgrenzen“ nach § 48 BeamtVG an Beamte des Vollzugsdienstes, des Einsatzdienstes der Feuerwehr und im Flugverkehrskontrolldienst in Höhe des Fünffachen der Dienstbezüge des letzten Monats – begrenzt auf einen Höchstbetrag – ist ungeachtet der Zielsetzung dieser Zahlung ein Versorgungscharakter beizumessen. Der Ausgleich stellt damit eine vor Eintritt des Versicherungsfalls zugesagte Leistung (Kapitalleistung) im Sinne des § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 i. V. m. Satz 3 SGB V dar. Dies gilt ebenso für den einmaligen Ausgleich nach § 38 SVG für Berufssoldaten, die vor Vollendung des 67. Lebensjahres in den Ruhestand getreten sind.

Die Aufteilung einer Versorgungsleistung in einen betrieblichen und einen privaten Teil bei „privater Fortführung“ einer ursprünglich als Direktversicherung abgeschlossenen Lebensversicherung und umgekehrt, die hauptsächlich Kapitalleistungen betrifft, wird unter A II 1.6.2 beschrieben.

## **A II 1.9      Beitragsrechtliche Behandlung von Abfindungen betrieblicher Altersversorgung einschließlich Rückkaufswerte**

### **A II 1.9.1    Verfallbare Anwartschaft**

Die Abfindung einer verfallbaren Anwartschaft auf betriebliche Altersversorgung einschließlich des Rückkaufwertes bei vorzeitiger Kündigung einer Direktversicherung ist grundsätzlich als Arbeitsentgelt im Sinne von § 14 Abs. 1 Satz 1 SGB IV anzusehen. Der Grund für die Zahlung ist für diese Beurteilung unerheblich. Die Beitragspflicht entsteht deshalb auch dann, wenn die Zahlung der Abfindung oder des Rückkaufwertes nicht ausdrücklich vom Beschäftigten verlangt wird, z. B. wenn das Beschäftigungsverhältnis durch Betriebsschließung endet. Voraussetzung für die beitragsrechtliche Behandlung der Abfindung oder des Rückkaufwertes als Arbeitsentgelt ist, dass die Zahlung von dem Arbeitgeber geleistet wird, bei dem die Anwartschaft auf betriebliche Altersversorgung begründet wurde, und bei diesem Arbeitgeber das Beschäftigungsverhältnis aktuell besteht oder aktuell beendet wird. Die Abfindung stellt dann einmalig gezahltes Arbeitsentgelt dar.

Wird die Abfindung einer verfallbaren Anwartschaft auf betriebliche Altersversorgung von einem Arbeitgeber geleistet, zu dem aktuell kein Beschäftigungsverhältnis besteht, gelten diese Leistungen nicht als Arbeitsentgelt, sondern – in der Kranken- und Pflegeversicherung – als beitragspflichtige Versorgungsbezüge im Sinne von § 229 Abs. 1 Satz 1 i. V. m. Satz 3 SGB V sowie von § 57 Abs. 1 SGB XI, sofern die Zahlung im zeitlichen Zusammenhang mit dem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben steht. Ein solcher zeitlicher Zusammenhang ist anzunehmen, wenn der Versicherte das 59. Lebensjahr vollendet hat. Ob ein solcher zeitlicher Zusammenhang anzunehmen ist, muss unter Berücksichtigung der Umstände des Einzelfalls geprüft

werden. Bei einer Auszahlung nach Vollendung des 59. Lebensjahres wird dies widerlegbar vermutet. Wird beispielsweise nachgewiesen, dass die Direktversicherung wegen Verlust des Arbeitsplatzes vorzeitig aufgelöst wurde und danach ein Arbeitgeberwechsel stattgefunden hat, liegt kein Ausscheiden aus dem Erwerbsleben vor.

#### **A II 1.9.2 Unverfallbare Anwartschaft**

Die Abfindung einer unverfallbaren Anwartschaft (vgl. § 1b BetrAVG) auf eine betriebliche Altersversorgung nach § 3 BetrAVG oder durch vertragliche Bestimmungen gelten nicht als Arbeitsentgelt im Sinne der Sozialversicherung, wenn sie wegen Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses gezahlt wird. Der Abfindung ist dann bereits ein Versorgungscharakter zuzuschreiben, sofern ein zeitlicher Zusammenhang mit dem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben besteht. In diesem Fall liegt dann ein Versorgungsbezug vor. Dies gilt unabhängig davon, ob die Abfindung von dem aktuellen oder einem früheren Arbeitgeber geleistet wird. Ein solcher zeitlicher Zusammenhang ist auch hier anzunehmen, wenn der Versicherte das 59. Lebensjahr vollendet hat.

Im Fall der Abfindung einer unverfallbaren Anwartschaft auf Leistungen einer betrieblichen Altersversorgung (hier: Auszahlung der Deckungsrückstellung aus einer Direktversicherung in Form eines Einmalbetrags) hat das BSG in dem Urteil vom 25. April 2012 – B 12 KR 26/10 R –, USK 2012–20, deutlich gemacht, dass der Charakter einer Kapitalleistung als Versorgungsbezug nicht dadurch – nachträglich – verloren geht, dass die Auszahlung vor Eintritt des vertraglich vereinbarten Versicherungsfalls (hier: nach Vollendung des 60. Lebensjahres) erfolgt, vielmehr komme es dafür auf den Versorgungszweck bei Vereinbarung bzw. Zusage an. Nicht maßgebend ist für das BSG in diesem Zusammenhang, ob das vorzeitig ausgezahlte Kapital möglicherweise nicht mehr einem Versorgungszweck dient, sondern zur Deckung eines anderen Bedarfs verwendet wird. Ob es damit auf den engen zeitlichen Zusammenhang zwischen Auszahlung der Versorgungsleistung und dem Erreichen des Renteneintrittsalters nicht (mehr) ankommt, bleibt vorerst offen. Bis auf weiteres wird daher insoweit an der bisherigen Rechtsauffassung festgehalten.

#### **A II 1.10 Hinterbliebenenversorgung**

Als Versorgungsbezüge gelten auch die in § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 bis 5 SGB V aufgeführten Leistungen, soweit sie zur Hinterbliebenenversorgung erzielt werden. Nicht definiert ist in diesem Zusammenhang, welche Personen als Hinterbliebene von dieser Regelung erfasst sind. So kann es vorkommen, dass eine Leistung, insbesondere aus einer betrieblichen Altersversorgung, nicht unbedingt an die Witwe, den Witwer oder die Waisen, sondern z. B. auch an die Eltern des Verstorbenen oder an dritte begünstigte Personen gezahlt werden.

Die Vorschrift des § 229 SGB V verfolgt im Kern die Absicht, Leistungen der Altersversorgung, die ihrem Wesen nach den Renten der gesetzlichen Rentenversicherung vergleichbar sind, als Versorgungsbezug der Beitragspflicht zu unterwerfen. Diesem Grundgedanken folgend gelten nur die Personen als Hinterbliebene in diesem Sinne, wenn sie unter den Personenkreis subsumiert werden können, die Anspruch auf eine Rente wegen Todes aus der gesetzlichen Rentenversicherung nach den §§ 46 oder 48 SGB VI haben. Ob im Einzelfall tatsächlich Anspruch auf eine derartige Rente der gesetzlichen Rentenversicherung besteht, ist in diesem Zusammenhang ohne Belang.

Die Zuordnung einer Versorgungsleistung an einen Hinterbliebenen zu den Versorgungsbezügen nach § 229 SGB V setzt im Übrigen nicht voraus, dass der Verstorbene zum Todeszeitpunkt gesetzlich krankenversichert war. Maßgebend ist allein, ob die bezugsberechtigte Person in der gesetzlichen Krankenversicherung beitragspflichtig ist (Urteil des BSG vom 25. April 2012 – B 12 KR 19/10 R –, USK 2012–19).

#### **A II 1.11 Beitragsuntergrenze**

Beiträge aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen sind nach § 226 Abs. 2 SGB V nur zu entrichten, wenn die monatlichen beitragspflichtigen Einnahmen aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen insgesamt  $\frac{1}{20}$  der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 SGB IV übersteigen. Wird die Beitragsuntergrenze lediglich durch eine Einmalzahlung überschritten, besteht aufgrund des für diese Art von Zahlung geltenden Zuflussprinzips im Zahlungsmonat Beitragspflicht, und zwar selbst dann, wenn die Beitragsuntergrenze bei einer Umrechnung der Einmalzahlung auf das Kalenderjahr nicht überschritten werden würde (Urteil des BSG vom 18. März 1993 – 8 RKn 2/92 –, USK 9309). Erhält ein Versicherter mehrere Versorgungsbezüge oder Versorgungsbezüge und Arbeitseinkommen, dann sind diese für die Beurteilung der Frage, ob die Grenze von  $\frac{1}{20}$  der monatlichen Bezugsgröße überschritten wird, zusammenzurechnen.

Auf die (fiktiven) monatlichen beitragspflichtigen Einnahmen bei Kapitalabfindungen und Kapitalleistungen nach § 229 Abs. 1 Satz 3 SGB V findet § 226 Abs. 2 SGB V ebenso Anwendung. Deshalb unterbleibt die Beitragsentrichtung, wenn der monatliche Betrag  $\frac{1}{20}$  der Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 SGB IV nicht übersteigt. Werden daneben noch andere Versorgungsbezüge bezogen oder Arbeitseinkommen erzielt, findet in diesem Sinne eine Zusammenrechnung dieser Einnahmen statt.

§ 226 Abs. 2 SGB V gilt nicht für freiwillig versicherte Mitglieder sowie nicht für Pflichtversicherte nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V (vgl. § 3 Abs. 4 Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler).

Für Teilmonate ist die Beitragsuntergrenze nach § 226 Abs. 2 SGB V anteilig zu ermitteln. Hierbei ist der Monat mit 30 Tagen zu berücksichtigen. Die anteilige Beitragsuntergrenze ermittelt sich durch die Multiplikation der Kalendertage, in denen eine Beitragspflicht besteht, mit dem dreißigsten Teil der monatlichen Beitragsuntergrenze nach § 226 Abs. 2 SGB V.

Beiträge aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen sind auch dann zu entrichten, wenn an sich der Mindestbetrag von  $1/20$  überschritten wird, die Differenz bis zur Beitragsbemessungsgrenze aber tatsächlich nicht höher ist als die Beitragsuntergrenze.

Sofern der Mindestbetrag erst unter Berücksichtigung einer Nachzahlung überschritten wird, sind von den Versorgungsbezügen Beiträge im Rahmen der Verjährung nachzuerheben.

Werden die Versorgungsbezüge nicht monatlich, sondern in größeren Zeitabständen ausbezahlt, ist für die Beitragsbemessung ein Monatsbetrag zu ermitteln. Ergibt sich hierbei ein Betrag von nicht mehr als  $1/20$  der monatlichen Bezugsgröße, so entfällt die Beitragsentrichtung. Sie entfällt aber nicht, wenn der Versorgungsbezug oder das Arbeitseinkommen an sich den Mindestbetrag überschreitet, die Differenz zwischen Arbeitsentgelt und Beitragsbemessungsgrenze aber tatsächlich nicht höher ist als  $1/20$  der monatlichen Bezugsgröße.

## **A II 1.12      Zeitliche Zuordnung**

Nach dem sog. Entstehungsprinzip entstehen die Beitragsansprüche der Versicherungsträger, sobald ihre im Gesetz oder aufgrund eines Gesetzes bestimmten Voraussetzungen vorliegen (§ 22 Abs. 1 Satz 1 SGB IV).

Danach sind laufend gezahlte Versorgungsbezüge für die Bestimmung der Beitragsberechnungsfaktoren und damit für die Beitragsberechnung dem Zeitraum – in der Regel dem Monat – zuzuordnen, für den sie gezahlt werden.

Regelmäßig wiederkehrende Versorgungsbezüge, die in größeren Abständen als monatlich gewährt werden (z. B. jährliche Sonderzahlung an ehemalige Beamte), sind in entsprechender Anwendung des § 22 Abs. 1 Satz 2 SGB IV (Zuflussprinzip) für die Beitragsberechnung dem Monat zuzuordnen, in dem sie gezahlt werden.

Besonderheiten der zeitlichen Zuordnung von nicht regelmäßig wiederkehrender Versorgungsbezüge im Sinne des § 229 Abs. 1 Satz 3 SGB V (Kapitalabfindungen und -leistungen) werden im Abschnitt A II 1.8) behandelt. Ausführungen zur zeitlichen Zuordnung von nachgezahlten Versorgungsbezügen finden sich im Abschnitt A II 4.5.

## **A II 2. Beitragssatz**

### **A II 2.1 Beitragssatz in der Krankenversicherung**

Nach § 248 SGB V gilt bei Versicherungspflichtigen für die Bemessung der Beiträge aus den Versorgungsbezügen der allgemeine Beitragssatz (nach § 241 SGB V). Dieser beträgt zurzeit 15,5 %. Veränderungen des Beitragssatzes wirken direkt mit Wirksamwerden der Beitragssatzveränderung.

Eine Besonderheit gilt für versicherungspflichtige Bezieher einer Rente nach dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte (AdL-Renten), die nach § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V als Versorgungsbezug gilt. Für sie ist die Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes zuzüglich 0,45 Beitragssatzpunkte, somit zurzeit 8,2 %, maßgebend (§ 248 Satz 2 SGB V).

Für pflichtversicherte Mitglieder der landwirtschaftlichen Krankenkasse gilt Entsprechendes (§ 39 Abs. 2 Satz 2 und 3, § 42 Abs. 4 Satz 1 und § 45 Abs. 2 Satz 2 KVLG 1989).

### **A II 2.2 Beitragssatz in der sozialen Pflegeversicherung**

#### **A II 2.2.1 Allgemeines**

Der Beitragssatz in der sozialen Pflegeversicherung beträgt nach § 55 Abs. 1 Satz 1 SGB XI zurzeit 2,05 % der beitragspflichtigen Einnahmen.

Als Folge der Halbierung ihrer Leistungsansprüche (§ 28 Abs. 2 SGB XI) gilt bei Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit und Pflege einen eigenen Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge haben, die Hälfte des normalen Beitragssatzes (§ 55 Abs. 1 Satz 2 SGB XI) und damit zurzeit 1,025 %. Ein abgeleiteter Beihilfe- bzw. Heilfürsorgeanspruch reicht für die Beitragssatzvergünstigung dagegen nicht aus (Urteil des BSG vom 6. November 1997 – 12 RP 1/97 –, USK 9741).

Sofern das Zahlstellenverfahren Anwendung findet (vgl. A II 4.2), ist es Aufgabe der Zahlstelle, im Zusammenhang mit einer korrekten Berechnung und Zahlung der Beiträge festzustellen, ob der Versorgungsbezieher einen eigenen Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge hat. Die Krankenkasse unterstützt jedoch die Zahlstelle dabei in der Weise, dass sie – sofern ihr dies bekannt ist – einen derartigen Beihilfe- bzw. Heilfürsorgeanspruch in der Meldung gegenüber der Zahlstelle angibt (vgl. A III 4).

## **A II 2.2.2 Beitragszuschlag zur Pflegeversicherung**

Mitglieder haben ab Beginn des Monats nach Vollendung des 23. Lebensjahres einen Beitragszuschlag von 0,25 Beitragssatzpunkten zu zahlen, wenn sie keine Kinder haben oder hatten (§ 55 Abs. 3 SGB XI). Der Beitragssatz beträgt in diesen Fällen zurzeit 2,30 %.

Von Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit und Pflege einen eigenen Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge haben, ist der Beitragszuschlag nach § 55 Abs. 3 SGB XI ebenfalls in voller Höhe zu zahlen, so dass der Beitragssatz bei Bestehen einer Beihilfeberechtigung zurzeit 1,275 % beträgt.

Der Beitragszuschlag nach § 55 Abs. 3 SGB XI gilt nicht für Mitglieder, die vor dem 1. Januar 1940 geboren sind, für Wehr- und Zivildienstleistende sowie für Bezieher von Arbeitslosengeld II. Werden jedoch noch andere beitragspflichtige Einnahmen bezogen, z. B. Rente, Versorgungsbezüge oder Arbeitseinkommen, unterliegen diese ggf. der Zuschlagspflicht. Nach Aussetzen des Grundwehr- und Zivildienstes durch das Wehrrechtsänderungsgesetz 2011 gilt Entsprechendes nur noch für die Personen, die den freiwilligen Wehrdienst ableisten (vgl. § 58f Soldatengesetz).

Von der Zuschlagspflicht befreit sind außerdem Mitglieder, die nachweisen, dass sie Eltern im Sinne des § 56 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 und Abs. 3 Nr. 2 und 3 SGB XI sind.

Als Eltern berücksichtigt werden neben den leiblichen Eltern auch Adoptiv-, Stief- und Pflegeeltern. Adoptiveltern sind vom Beitragszuschlag allerdings nicht ausgenommen, wenn das Kind bei Adoption die Altersgrenzen für die Familienversicherung bereits erreicht oder überschritten hat; Stiefeltern sind vom Beitragszuschlag nicht ausgenommen, wenn das Kind bei der Heirat des Elternteils des Kindes die Altersgrenzen für die Familienversicherung bereits erreicht oder überschritten oder wenn das Kind vor Erreichen dieser Altersgrenzen nicht in den gemeinsamen Haushalt mit dem Mitglied aufgenommen worden ist (§ 55 Abs. 3a SGB XI).

Der Nachweis der Elterneigenschaft ist vom Mitglied gegenüber der beitragsabführenden Stelle (bei Versorgungsempfängern gegenüber der Zahlstelle) und bei Selbstzahlern gegenüber der Pflegekasse zu erbringen, sofern dort nicht bereits aus einem anderen Grund die Elterneigenschaft bekannt ist.

Die ehemaligen Spitzenverbände der Pflegekassen haben am 13. Oktober 2004 – zuletzt angepasst am 12. Juni 2008 – Gemeinsame Empfehlungen darüber beschlossen, welche Unterlagen zum Nachweis der Elterneigenschaft geeignet sind.

Die Auswirkungen des Gesetzes zur Berücksichtigung von Kindererziehung im Beitragsrecht der sozialen Pflegeversicherung (KiBG) sind im Gemeinsamen Rundschreiben der Spitzenverbände der Pflegekassen, des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger, der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte und der Bundesagentur für Arbeit vom 3. Dezember 2004

zusammengefasst worden. Darin wird u. a. auf die Wirkung des Nachweises bzw. eines nicht vorliegenden Nachweises der Elterneigenschaft eingegangen.

Der Beitragszuschlag nach § 55 Abs. 3 SGB XI ist von der Zahlstelle ebenfalls von den Versorgungsbezügen einzubehalten. Kopien von Nachweisen über die Elterneigenschaft sind von den Zahlstellen u. a. wegen der Prüfungen nach § 251 Abs. 5 SGB V zu den entsprechenden Unterlagen zu nehmen und bis zum Ablauf von vier Kalenderjahren nach Beendigung des die Beitragszahlung zur sozialen Pflegeversicherung begründenden Versicherungsverhältnisses aufzubewahren. Ein gesonderter Nachweis des Beitragszuschlags ist nicht erforderlich.

### **A II 3.           Tragung der Beiträge**

Die Beiträge zur Krankenversicherung aus Versorgungsbezügen werden nach § 250 Abs. 1 Nr. 1 SGB V bzw. § 47 Abs. 1 KVLG 1989 ausschließlich vom Mitglied getragen.

Die Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung, einschließlich eines eventuell zu zahlenden Beitragszuschlags nach § 55 Abs. 3 SGB XI, sind vom Mitglied nach § 59 Abs. 1 Satz 1 SGB XI in voller Höhe allein zu tragen.

Ausführungen zum Sozialausgleich, der unter bestimmten Bedingungen durch Verringerung des Beitragsanteils des Mitglieds durchzuführen ist, enthält das Gemeinsame Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes, der Deutschen Rentenversicherung Bund und der Bundesagentur für Arbeit „Beitrags- und melderechtliche Auswirkungen des Sozialausgleichs nach § 242b SGB V“ in der jeweils geltenden Fassung.

### **A II 4.           Zahlung der Beiträge**

#### **A II 4.1         Allgemeines**

Soweit gesetzlich nichts Abweichendes bestimmt ist, sind die Beiträge von demjenigen zu zahlen, der sie zu tragen hat (§ 252 Abs. 1 Satz 1 SGB V) – im Fall von Beiträgen aus Versorgungsbezügen also grundsätzlich vom Mitglied („Selbstzahlerverfahren“). § 256 Abs. 1 Satz 1 SGB V bestimmt jedoch als insofern abweichende Sonderregelung, dass für Versicherungspflichtige, die eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, die Zahlstellen der Versorgungsbezüge die Beiträge aus Versorgungsbezügen einzubehalten und an die zuständige Krankenkasse zu zahlen haben („Zahlstellenverfahren“).

Entsprechendes gilt nach § 60 Abs. 1 Satz 1 und 2 SGB XI für die Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung aus Versorgungsbezügen.

Sowohl beim Zahlstellen- als auch beim Selbstzahlerverfahren werden die Beiträge zur Krankenversicherung an die nach § 28i SGB IV zuständige Einzugsstelle gezahlt. Das ist die Krankenkasse, die die Krankenversicherung (in der Zeit, für die Beiträge zu zahlen sind) durchführt bzw. durchgeführt hat. Die Krankenkasse, ausgenommen die landwirtschaftliche Krankenkasse, leitet die Beiträge arbeitstäglich an den Gesundheitsfonds weiter (§ 252 Abs. 2 Satz 2 und 3 SGB V).

Die Beiträge zur Pflegeversicherung aus Versorgungsbezügen werden ebenfalls an die zuständige Krankenkasse gezahlt und sind unverzüglich an die Pflegekasse weiterzuleiten (§ 60 Abs. 3 Satz 1 und 2 SGB XI).

## **A II 4.2 Zahlung der Beiträge durch die Zahlstelle („Zahlstellenverfahren“)**

### **A II 4.2.1 Allgemeines**

Für Rentner, die nach § 5 Abs. 1 Nr. 11, 11a oder 12 SGB V oder nach anderen gesetzlichen Vorschriften krankenversicherungspflichtig sind, haben die Zahlstellen von Versorgungsbezügen die Beiträge zu ermitteln, von den Versorgungsbezügen einzubehalten und an die zuständige Krankenkasse abzuführen (§ 256 Abs. 1 SGB V), die diese an den Gesundheitsfonds weiterleitet. Dies schließt die Rentner ein, die nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V versicherungspflichtig sind. Bei Beziehern von Versorgungsbezügen, die eine Rente ausschließlich von einem ausländischen Rentenversicherungsträger beziehen und versicherungspflichtig sind (z. B. aufgrund eines Beschäftigungsverhältnisses), bewirkt die in § 228 Abs. 1 Satz 2 SGB V vorgenommene beitragsrechtliche Gleichstellung von ausländischen mit inländischen Renten der gesetzlichen Rentenversicherung, dass dann ebenfalls die Beitragsabführungspflicht durch die Zahlstelle nach § 256 Abs. 1 SGB V greift. Für freiwillig versicherte Rentner oder Versorgungsempfänger, die keine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, ist ein Beitragsabzug durch die Zahlstelle im Gesetz nicht vorgesehen.

Für die versicherungspflichtigen Mitglieder der landwirtschaftlichen Krankenkasse gilt das Zahlstellenverfahren, und zwar unabhängig davon, ob eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung bezogen wird. Die Beiträge zur Krankenversicherung sind daher von der Zahlstelle der Versorgungsbezüge von den Versorgungsbezügen einzubehalten und an die landwirtschaftliche Krankenkasse zu zahlen (§ 50 Abs. 2 Satz 1 KVLG 1989). Da die landwirtschaftliche Krankenkasse wegen ihrer besonderen Finanzierungsbedingungen nicht am Gesundheitsfonds teilnimmt, erfolgt keine Weiterleitung der Beiträge an den Gesundheitsfonds.

Bei versicherungspflichtigen Rentnern haben die Zahlstellen von Versorgungsbezügen neben dem Krankenversicherungsbeitrag auch die Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung – einschließlich des Beitragszuschlags für Kinderlose – einzubehalten und an die zuständige Krankenkasse zu zahlen.

Die Beitragsabführungspflicht nach § 256 Abs. 1 SGB V besteht grundsätzlich erst dann, wenn eine Rente bezogen wird. Erhält der Versicherte bereits während eines Rentenantragsverfahrens Versorgungsbezüge, greift das Zahlstellenverfahren also noch nicht. In den Fällen, bei denen mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit mit einer Bewilligung der Rente gerechnet werden kann, ist es mit Hinweis auf § 202 Abs. 1 Satz 5 SGB V vertretbar, wenn bereits in der Phase der Rentenantragstellung nach entsprechender Meldung der Krankenkasse das Zahlstellenverfahren praktiziert wird. Im Fokus stehen dabei die in § 225 Satz 1 Nr. 1 und 2 SGB V genannten Fälle der Beantragung von Hinterbliebenenrente aus der Versicherung einer Person, die bereits Rente bezogen hat.

Das SGB enthält keine Legaldefinition des Begriffs „Zahlstelle“ im Sinne des § 256 Abs. 1 SGB V (und im Sinne des § 202 SGB V). Die Pflicht einer Zahlstelle zum Einbehalt und zur Zahlung der Beiträge im Zahlstellenverfahren (und im Übrigen zur Erstattung der Meldungen) ist daran gekoppelt, welche Stelle die Zahlung tatsächlich vornimmt. Dies hat beispielsweise zur Folge, dass bei der Zahlung aus einer Rückdeckungsversicherung (aus der eigentlich der Arbeitgeber bezugsberechtigt ist) direkt an den ehemaligen Arbeitnehmer, das Versicherungsunternehmen seine Eigenschaft als Zahlstelle im vorgenannten Sinne nicht verliert.

#### **A II 4.2.2 Nachweis der Beiträge**

Die Zahlstellen haben die einbehaltenen (und abzuführenden) Beiträge der Krankenkasse nachzuweisen; im Fall eines Sozialausgleichs nach § 242b SGB V ist zusätzlich der Betrag gesondert nachzuweisen, der ohne Durchführung des Sozialausgleichs zu zahlen gewesen wäre (§ 256 Abs. 1 Satz 3 SGB V). Nach § 256 Abs. 1 Satz 4 SGB V sind die Beitragsnachweise von den Zahlstellen zwingend durch Datenübertragung zu übermitteln. Für den Nachweis der Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung gilt dies entsprechend (§ 60 Abs. 1 Satz 2 SGB XI).

Der Beitragsnachweis weist die von der Zahlstelle für den jeweiligen Monat zu entrichtenden Gesamtbeiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung aus. Eine Zuordnung der Beiträge zu einzelnen Versorgungsbeziehern ist nicht vorgesehen.

Nach § 256 Abs. 1 Satz 4 SGB V i. V. m. § 202 Abs. 2 Satz 1 SGB V hat die Zahlstelle der zuständigen Krankenkasse die Meldung (hier: den Beitragsnachweis) durch gesicherte und verschlüsselte Datenübertragung aus systemgeprüften Programmen oder mittels maschineller Ausfüllhilfen zu erstatten. Den Aufbau des Datensatzes, notwendige Schlüsselzahlen und Angaben legt nach Satz 2 des § 202 Abs. 2 SGB V der GKV-Spitzenverband in Grundsätzen fest, die vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit zu genehmigen sind; die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände ist anzuhören.

Die Grundsätze legen fest, dass ein Beitragsnachweis-Datensatz für jeden Abrechnungszeitraum (Kalendermonat) zu übermitteln ist, in dem versicherungspflichtige Versorgungsbezie-

her, die eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, bei der Krankenkasse gemeldet sind. Folglich kann es zu einem „Null-Beitragsnachweis“ kommen, wenn für einzelne Abrechnungszeiträume ausnahmsweise keine Beiträge anfallen. Dadurch werden Beitrags-schätzungen durch die Krankenkasse vermieden.

Bis zum Wegfall der zeitlichen Rechnungsabgrenzung Ende des Jahres 2013 ist eine Trennung der Beiträge für Zeiten bis 31. Dezember 2008 einerseits und für Zeiten ab 1. Januar 2009 andererseits auch im Beitragsnachweis nachzuvollziehen.

Einzelheiten dazu enthalten die „Grundsätze zum Aufbau der Datensätze für die Übermittlung von Beitragsnachweisen der Zahlstellen von Versorgungsbezügen durch Datenübertragung nach § 256 Abs. 1 Satz 4 SGB V“ in der jeweils geltenden Fassung.

#### **A II 4.2.3 Nachträglicher Einbehalt von rückständigen Beiträgen**

Ist bei der Zahlung der Versorgungsbezüge die Einbehaltung von Beiträgen – gleich aus welchem Grund – unterblieben, sind die rückständigen Beiträge zwingend durch die Zahlstelle aus den weiterhin zu zahlenden Versorgungsbezügen einzubehalten (§ 256 Abs. 2 Satz 1 i. V. m. § 255 Abs. 2 Satz 1 SGB V). Der nachträgliche Einbehalt der Beiträge aus den weiterhin zu zahlenden Versorgungsbezügen ist – abweichend von § 28g SGB IV – zeitlich nicht begrenzt (Urteil des BAG vom 12. Dezember 2006 – 3 AZR 806/05 –, USK 2006–85). Hierbei gilt die Aufrechnungsvorschrift des § 51 Abs. 2 SGB I entsprechend. Damit ist die Einbehaltung von Beiträgen bis zur Hälfte der laufenden Versorgungsbezüge zulässig, wenn die Person nicht nachweist, dass sie dadurch hilfebedürftig im Sinne der Vorschriften des SGB XII über die Hilfe zum Lebensunterhalt oder der Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem SGB II wird. Ist hiernach ein Beitragseinbehalt nicht möglich, unterrichtet die Zahlstelle der Versorgungsbezüge die Krankenkasse entsprechend. Auch in diesem Fall kann der Versicherte für die nachzuzahlenden Beiträge nicht unmittelbar durch die Krankenkasse in Anspruch genommen werden.

Lediglich in den Fällen, in denen Versorgungsbezüge nicht mehr laufend gezahlt werden, geht die Verpflichtung zum Beitragseinzug auf die Krankenkasse über (§ 256 Abs. 2 Satz 1 i. V. m. § 255 Abs. 2 Satz 2 SGB V).

Für die Ermittlung der Höhe der rückständigen und nachzuzahlenden Beiträge sind unter Beachtung des beitragsrechtlichen Entstehungsprinzips die in den einzelnen Monaten, in denen der Beitragsanspruch entstanden und für die eine Beitragsabführung unterblieben ist, geltenden Berechnungsfaktoren maßgebend.

Unabhängig davon, ob die Krankenkasse oder die Zahlstelle die Beiträge einbehält bzw. einzieht, sind die Regelungen über die Verjährung von Beitragsansprüchen nach § 25 SGB IV zu beachten.

Ungeachtet der gesetzlichen Verpflichtung der Zahlstelle, die laufenden sowie gegebenenfalls nachzuzahlenden Beiträge, von den laufenden Versorgungsbezügen einzubehalten und zu zahlen, nimmt die Zahlstelle im Hinblick auf eine Haftung für nicht entrichtete Beiträge nicht die gleiche Stellung ein wie der Arbeitgeber in Bezug auf die Zahlung des Gesamtsozialversicherungsbeitrags. Im Gegensatz zum Arbeitgeber ist die Zahlstelle von Versorgungsbezügen nicht Beitragsschuldnerin und kann daher im Fall von nicht einbehaltenen und nicht abgeführten Beiträgen von der Krankenkasse nicht in Anspruch genommen werden (vgl. Urteil des BSG vom 23. Mai 1989 – 12 RK 11/87 –, USK 8961 zum früheren § 393a Abs. 2 RVO). Besteht Streit über die Beitragspflicht von Versorgungsbezügen oder die Beitragshöhe, hat die Krankenkasse einen entsprechenden Feststellungsbescheid gegenüber dem Versicherten als Beitragsschuldner zu erlassen und die Zahlstelle darüber zu informieren, damit diese ihren Pflichten im Rahmen des § 256 SGB V nachkommen kann. In einem Rechtsstreit zwischen dem Versicherten und der Krankenkasse ist die Zahlstelle notwendig beizuladen (Urteil des BSG vom 20. Juli 1988 – 12 RK 12/88 und 12 RK 13/88 –, USK 8862). Selbst ein Verschulden der Zahlstelle von Versorgungsbezügen oder ein Fehlverhalten der Krankenkasse am unterbliebenen Beitragseinbehalt führt nicht zur Freistellung des Versicherten von der Beitragsentrichtung und von einem nachträglichen Beitragseinbehalt (Urteil des BSG vom 23. März 1993 – 12 RK 62/92 –, USK 9314).

#### **A II 4.2.4 Mehrere Versorgungsbezüge**

Erhält der Versicherte Versorgungsbezüge von mehreren Zahlstellen und übersteigen die Versorgungsbezüge zusammen mit dem Zahlungsbetrag der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung die Beitragsbemessungsgrenze, ist der Krankenkasse freigestellt, welche Zahlstelle sie vorrangig mit dem Beitragseinbehalt beauftragt. Nicht zulässig ist es, eine der beteiligten Zahlstellen mit der Beitragseinbehaltung für einen höheren Betrag als den von ihr gezahlten Versorgungsbezug zu beauftragen.

Optional kann die Krankenkasse eine verhältnismäßige Beitragslastverteilung vornehmen. In soweit findet § 22 Abs. 2 SGB IV analog Anwendung, und zwar ungeachtet dessen, dass die Versorgungsbezüge für sich kein Versicherungsverhältnis begründen. Ist eine AdL-Rente beteiligt, hat wegen des darauf entfallenden geringeren Beitragssatzes in der Krankenversicherung zwingend eine verhältnismäßige Beitragsaufteilung stattzufinden.

Der beitragspflichtige Teil des einzelnen Versorgungsbezuges wird im Rahmen der Beitragsaufteilung nach folgender Formel berechnet:

$$\frac{VB \times BBG}{GVB}$$

VB = einzelner laufender monatlicher Versorgungsbezug, ggf. reduziert auf die maßgebliche Beitragsbemessungsgrenze

BBG= Beitragsbemessungsgrenze in der Kranken/Pflegeversicherung

GVB= Summe der (ggf. auf die maßgebliche Beitragsbemessungsgrenze reduzierten) einzelnen laufenden monatlichen Versorgungsbezüge (Gesamtversorgungsbezüge)

Der jeweils maximale beitragspflichtige Teil der Versorgungsbezüge (VB-max) wird unter Zugrundelegung der gemeldeten (ungekürzten) beitragspflichtigen Einnahmen ermittelt und den Zahlstellen zurückgemeldet (vgl. A III 4).

#### **A II 4.2.5 Erstattung zu Unrecht gezahlter Beiträge**

In § 256 Abs. 2 Satz 4 SGB V wird bestimmt, dass die Erstattung von Beiträgen der zuständigen Krankenkasse obliegt. Die Krankenkassen können nach § 256 Abs. 2 Satz 5 SGB V jedoch Abweichendes vereinbaren. Findet das Zahlstellenverfahren Anwendung, ist es nicht zwingend, dass die Krankenkasse die Erstattung der Beiträge durchführt. Sofern die Zahlstelle von sich aus die Erstattung im Wege einer Verrechnung mit den laufend einzubehaltenden Beiträgen durchführt, wird dies auch ohne eine explizite Vereinbarung mit der Krankenkasse akzeptiert.

Hat der Einzug der Beiträge unmittelbar durch die Krankenkasse stattgefunden, ist sie auch für die Erstattung von Beiträgen zuständig.

In beiden Fällen steht der Erstattungsanspruch nach § 26 Abs. 3 Satz 1 SGB IV dem zu, der die Beiträge getragen hat, im Fall der Beiträge aus Versorgungsbezügen also dem Versicherten. Zudem ist die Verjährungsfrist von 4 Jahren nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem die Beiträge entrichtet worden sind (§ 27 Abs. 2 Satz 1 SGB IV), zu beachten.

#### **A II 4.3 Zahlung der Beiträge durch den Versicherten („Selbstzahlerverfahren“)**

Zahlstellen mit regelmäßig weniger als insgesamt 30 beitragspflichtigen Versorgungsempfängern können gemäß § 256 Abs. 4 SGB V bei jeder betroffenen Krankenkasse beantragen, dass sie nicht zur Beitragseinbehaltung und -abführung verpflichtet werden. Für die Beurteilung, ob die Zahlstelle weniger als 30 beitragspflichtige Versorgungsempfänger hat, ist die Gesamtzahl der beitragspflichtigen Versorgungsempfänger der Zahlstelle maßgebend, und zwar unabhängig von deren Krankenkassenzugehörigkeit. Da die Anzahl der beitragspflichtigen Versorgungsempfänger im Laufe eines Jahres schwanken kann, sollte hierbei auf die Verhältnisse am 1. Januar eines Jahres abgestellt werden. Für die Ermittlung der Anzahl der beitragspflichtigen Versorgungsempfänger sind auch solche versicherungspflichtigen Versorgungsempfänger zu berücksichtigen, für die die Zahlstelle keine Beiträge einzubehalten hat. Versicherungspflichtige, die keine Rente, wohl aber Versorgungsbezüge erhalten, sind demnach mitzuzählen, zumal den Zahlstellen für diese Versorgungsempfänger die Meldepflicht nach § 202 SGB V

obliegt. Ebenfalls anzurechnen sind versicherungspflichtige Versorgungsempfänger, deren Einnahmen aus Versorgungsbezügen und ggf. Arbeitseinkommen insgesamt die Beitragsuntergrenze nach § 226 Abs. 2 SGB V nicht überschreiten. Freiwillig Versicherte bleiben dagegen unberücksichtigt.

In allen anderen Fällen, in denen der Beitragsabzug nicht der Zahlstelle obliegt, hat die Krankenkasse die Beiträge unmittelbar vom Versicherungspflichtigen einzuziehen. Das ist z. B. der Fall, wenn

- Beiträge von Versicherungspflichtigen zu erheben sind, die keine Rente beziehen; dies gilt nicht, soweit der Versicherte Versorgungsbezüge im Sinne von § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V bezieht,
- der Beitragseinzug durch die Zahlstelle unterblieben ist und Versorgungsbezüge nicht mehr gezahlt werden,
- Beiträge aus Nachzahlungen zu erheben sind (§ 256 Abs. 2 Satz 2 SGB V); dies gilt allerdings nicht für Beiträge aus Nachzahlungen aufgrund von Anpassungen der Versorgungsbezüge an die wirtschaftliche Entwicklung,
- Beiträge aus Kapitalabfindungen oder Kapitaleistungen (§ 229 Abs. 1 Satz 3 SGB V) zu erheben sind oder
- Beiträge aus ausländischen Versorgungsbezügen zu erheben sind (§ 229 Abs. 1 Satz 2 SGB V).

#### **A II 4.4      Zahlung von Versorgungsbezügen für den Sterbemonat**

In der Sozialversicherung entsteht dann ein Anspruch auf Beiträge, wenn die im Gesetz oder aufgrund eines Gesetzes bestimmten Voraussetzungen dafür vorliegen (§ 22 Abs. 1 Satz 1 SGB IV). In entsprechender Anwendung dieser Regelung endet der Beitragsanspruch, wenn die Voraussetzungen nicht mehr vorliegen bzw. entfallen. Hinzu kommt, dass nach § 223 Abs. 1 SGB V die Beiträge (ausschließlich) für die Kalendertage der Mitgliedschaft zu zahlen sind, soweit das SGB nichts Abweichendes bestimmt. Für die Pflegeversicherung gilt nach § 54 Abs. 2 SGB XI Entsprechendes.

Sofern bei Arbeitnehmern nach arbeits- oder tarifvertraglichen Regelungen über den Sterbtag hinaus noch Arbeitsentgelt gezahlt wird (z. B. bis zum Ende des Sterbemonats), steht insoweit der Anspruch auf das Arbeitsentgelt in aller Regel den Hinterbliebenen bzw. den Erben zu. Dementsprechend ist das für die restlichen Tage des Sterbemonats und ggf. für weitere Monate gezahlte Entgelt nicht als Arbeitsentgelt des verstorbenen Arbeitnehmers zu werten. Der Zeitpunkt der Entgeltzahlung (vor oder nach dem Todestag) ist dabei nicht relevant.

Ogleich bei Versorgungsbeziehern nicht auf die Ausübung einer versicherungspflichtigen Beschäftigung gegen Arbeitsentgelt als Anknüpfungspunkt für das Entstehen von Beitragsansprüchen zurückgegriffen werden kann, muss für die beitragsrechtliche Beurteilung eines Ver-

sorgungsbezuges im Sterbemonat das Gleiche gelten. Die Beitragspflicht endet mit dem Tod des Mitglieds. Dies gilt auch dann, wenn das entsprechende Regelwerk für die Gewährung des Versorgungsbezugs vorsieht, dass die Zahlung für den gesamten Sterbemonat geleistet wird. Damit kann nur der Teil der Betriebsrente, der auf die Zeit bis zum Sterbetag und damit bis zum Ende der Mitgliedschaft entfällt, der verstorbenen Person als Versorgungsbezug im Sinne des § 229 SGB V zugeordnet werden. So werden zudem Verwerfungen im Hinblick auf den ebenfalls anteilig zu ermittelnden Betrag der Mindesteinnahmegrenze des § 226 Abs. 2 SGB V vermieden.

In Folge dessen kann es sowohl bei vorschüssigen als auch bei nachschüssigen Zahlungen von Versorgungsbezügen zu Beitragsüberzahlungen kommen. Dies zieht einen Anspruch auf Erstattung von zu Unrecht entrichteten Beiträgen nach § 26 Abs. 2 SGB IV, der von den Erben geltend gemacht werden kann, nach sich.

#### **A II 4.5      Nachzahlung von Versorgungsbezügen**

Nach § 229 Abs. 2 SGB V in Verb. mit § 228 Abs. 2 SGB V wird für Nachzahlungen von Versorgungsbezügen bestimmt, dass die Beiträge aus einer Nachzahlung als Beiträge für die Monate gelten, für die die Versorgungsbezüge nachgezahlt werden. Damit wird das in der Sozialversicherung grundsätzlich geltende Entstehungsprinzip für den Fall der Nachzahlung von Versorgungsbezügen ausdrücklich angeordnet. Allgemeine Grundlage für das Entstehungsprinzip ist § 22 Abs. 1 Satz 1 SGB IV; danach entstehen die Beitragsansprüche der Versicherungsträger, sobald die dafür im Gesetz oder auf Grund eines Gesetzes bestimmten Voraussetzungen vorliegen. Das Entstehungsprinzip bedeutet für laufende Versorgungsbezüge, dass diese beitragsrechtlich dem Zeitraum bzw. den einzelnen Abrechnungszeiträumen zuzuordnen sind, für den bzw. für die sie gewährt werden. Werden Versorgungsbezüge für vergangene Abrechnungszeiträume – aus welchem Grund auch immer – gezahlt, sind für die Bemessung der darauf entfallenden Beiträge grundsätzlich die für die einzelnen Abrechnungszeiträume geltenden Rechengrößen wie z. B. Beitragsbemessungsgrenze bzw. VB-max und Beitragssatz heranzuziehen.

Um eine Nachzahlung im Sinne des § 229 Abs. 2 SGB V in Verb. mit § 228 Abs. 2 Satz 2 SGB V handelt es sich

- bei einer rückwirkenden Änderung eines laufenden oder einmaligen Versorgungsbezuges (insbesondere aufgrund von Dynamisierungen, Erhöhungen der Ruhegehälter im öffentlichen Dienst) sowie
- bei einem rückwirkenden Beginn bzw. bei einer rückwirkenden erstmaligen Bewilligung eines laufenden Versorgungsbezuges.

Die auf nachgezahlte Versorgungsbezüge entfallenden Beiträge werden in der Regel von der Zahlstelle bei der Auszahlung einbehalten und an die Krankenkasse gezahlt.

Bei einer Nachzahlung in Folge einer fehlerhaften Abrechnung eines laufenden oder einmaligen Versorgungsbezuges handelt es sich rechtsförmlich zwar nicht um eine Nachzahlung in dem vorstehend genannten engeren Sinne, sondern um eine Korrektur des von Anfang an fehlerhaft ermittelten Anspruchs; gleichwohl ergeben sich daraus verfahrenspraktisch die gleichen beitrags- und melderechtlichen Auswirkungen.

Die aus der Nachzahlung resultierenden Beiträge schlagen sich im Beitragsnachweis für den Auszahlungsmonat nieder. Mit der Nachzahlung geht ferner grundsätzlich eine zeitraumbezogene Korrektur der Meldungen nach § 202 Abs. 1 Satz 1 SGB V für den Nachzahlungszeitraum durch die Zahlstelle einher.

#### **A II 4.6      Auszahlung für mehrere Monate**

Sofern Versorgungsbezüge jeweils für mehrere Monate, z. B. für ein Kalendervierteljahr, ausbezahlt werden, ist der Auszahlungsbetrag nach dem Entstehungsprinzip wie bei Nachzahlungen (vgl. A II 4.5) beitragsrechtlich den betreffenden einzelnen Monaten zuzuordnen. In der Regel wird sich auch bei dieser Auszahlungsweise ein monatlicher Betrag der Versorgungsbezüge bestimmen lassen. Dies gilt unabhängig davon, ob die Auszahlung im Voraus oder im Nachhinein erfolgt.

Abweichend von der zeitlichen Zuordnung des Auszahlungsbetrages richtet sich die Fälligkeit nach dem Zeitpunkt der Auszahlung (vgl. A II 4.7). Da Beitragszahlung und Beitragsnachweis zeitlich zusammenfallen müssen, sind die gesamten auf die im größeren Abstand gezahlten Versorgungsbezüge entfallenden Beiträge in dem Beitragsnachweis für den Monat der Auszahlung auszuweisen, und zwar auch im Fall der Auszahlung im Voraus.

#### **A II 4.7      Fälligkeit der Beiträge**

Die von der Zahlstelle einbehaltenen Beiträge werden mit der Auszahlung der Versorgungsbezüge fällig (§ 256 Abs. 1 Satz 2 SGB V). Dies gilt auch für Versorgungsbezüge, die in größeren Zeitabständen als monatlich – im Voraus oder im Nachhinein – gezahlt werden. Für die Fälligkeit der im Rahmen des Zahlstellenverfahrens zu entrichtenden Beiträge gibt es also, anders als z. B. für die vom Arbeitgeber zu entrichtenden Gesamtsozialversicherungsbeiträge (vgl. § 23 Abs. 1 Satz 2 SGB IV), keinen einheitlichen Fälligkeitstag.

Für die nicht von der Zahlstelle einzubehaltenden und abzuführenden Beiträge der pflichtversicherten Versorgungsbezieher gilt § 23 SGB IV. Nach Satz 1 wird der Fälligkeitstag durch die Regelungen der Satzung bzw. den Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmt; als spätester Zahltag kann der Fünfzehnte des Monats vorgesehen werden, der auf den Monat folgt, für den die Beiträge zu entrichten sind. Nach der entsprechenden Regelung in den Beitragsverfahrensgrundsätzen Selbstzahler des GKV-Spitzenverbandes (hier: § 10 Abs. 1) sind diese Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung bis zum 15. des dem Beitragsmonat fol-

genden Monats zu zahlen. Nach der für die landwirtschaftliche Krankenkasse geltenden Satzungsregelung sind die Beiträge spätestens am drittletzten Bankarbeitstag des Monats fällig, für den sie zu zahlen sind. In Fällen der Erstbewilligung von Versorgungsbezügen sind die Beiträge aus den nachgezahlten Versorgungsbezügen erst mit dem nächstfolgenden Fälligkeitstag nach der Auszahlung fällig. Für die Erhebung von Säumniszuschlägen gilt § 24 Abs. 1 und 2 SGB IV.

## **A II 5 Beitragsüberwachung**

Nach § 256 Abs. 3 SGB V ist die Entrichtung der Beiträge aus Versorgungsbezügen durch die zuständige Krankenkasse zu überwachen. Die Überwachung erstreckt sich auf die Feststellung der Höhe der Versorgungsbezüge und der hierauf entfallenden Beiträge sowie auf deren ordnungsgemäße Einbehaltung und Abführung. Zu diesem Zweck erklärt § 256 Abs. 3 SGB V die Vorschrift des § 98 Abs. 1 Satz 2 SGB X (gemeint ist aber offenbar § 98 Abs. 1 Satz 3 SGB X) für entsprechend anwendbar. Dies bedeutet, dass die Zahlstellen verpflichtet sind, der Krankenkasse die Geschäftsbücher und Listen oder andere Unterlagen, aus denen die für die Beitragserhebung relevanten Daten hervorgehen, vorzulegen. Sofern bei einer Zahlstelle die Geschäftsräume zugleich die private Wohnung des ehemaligen Arbeitgebers sind, kommt eine Vorlage der entsprechenden Unterlagen nur in den Geschäftsräumen der Krankenkasse in Betracht.

Hat eine Zahlstelle an mehrere Krankenkassen Beiträge zu entrichten, so haben die betroffenen Krankenkassen zu vereinbaren, dass eine dieser Krankenkassen die Beitragsüberwachung für die beteiligten Krankenkassen übernimmt (§ 256 Abs. 3 Satz 1 SGB V).

Einzelheiten zur Beitragsüberwachung der Krankenkassen bei den Zahlstellen enthalten die „Grundsätzlichen Hinweise zur Überwachung des Melde- und Beitragsverfahrens zur Kranken- und Pflegeversicherung für Empfänger von Versorgungsbezügen (Zahlstellen-Beitragsüberwachungsverfahren)“ des GKV-Spitzenverbandes in der jeweils geltenden Fassung.

## **A III Meldungen**

### **A III 1 Allgemeines**

Die Meldepflichten der Zahlstelle, des Versicherten sowie der Krankenkasse bei Versorgungsbezügen regelt § 202 SGB V. Die in diesem Zusammenhang abzugebenden Meldungen sollen eine reibungslose Abwicklung des Beitragsverfahrens gewährleisten. Die Meldung zur gesetzlichen Krankenversicherung schließt die Meldung zur sozialen Pflegeversicherung ein (vgl. § 50 Abs. 1 Satz 2 zweiter Halbsatz SGB XI).

Von den Meldepflichten sind, im Unterschied zur Beitragsabführungspflicht nach § 256 SGB V, alle bei einer Krankenkasse versicherten Versorgungsempfänger erfasst, unabhängig davon, ob sie pflicht-, freiwillig oder familienversichert sind. Dies entspricht dem Normzweck der Vorschrift des § 202 SGB V, der darin besteht, eine rechtzeitige, korrekte und vollständige Erfassung der Versorgungsbezüge nicht nur für die Beitragsbemessung, sondern – im Fall der Familienversicherung – auch für die versicherungsrechtliche Prüfung zu sichern.

Die Meldungen zwischen den Zahlstellen von Versorgungsbezügen und den Krankenkassen werden verpflichtend durch elektronische Datenübertragung übermittelt. Die Meldungen sind entweder durch gesicherte und verschlüsselte Datenübertragung aus systemgeprüften Programmen oder mittels maschineller Ausfüllhilfen zu erstatten. Den Aufbau des Datensatzes, notwendige Schlüsselzahlen und Angaben legt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen in Grundsätzen fest, die vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit zu genehmigen sind; die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände ist anzuhören (§ 202 Abs. 2 und 3 SGB V). Auf dieser Ermächtigungsgrundlage basieren die „Grundsätze zum maschinell unterstützten Zahlstellen-Meldeverfahren nach § 202 Abs. 2 SGB V“ – einschließlich der Datensatzbeschreibung – des GKV-Spitzenverbandes in der jeweils geltenden Fassung.

Ergänzend dazu dient die „Verfahrensbeschreibung zum maschinell unterstützten Zahlstellen-Meldeverfahren (ZMV)“ des GKV-Spitzenverbandes in der jeweils geltenden Fassung den Zahlstellen als Handlungshilfe. In der Verfahrensbeschreibung werden die Meldetatbestände im Detail beschrieben und anhand von Fallbeispielen erläutert.

Beim Zahlstellen-Meldeverfahren als Dialogverfahren zwischen Zahlstelle und Krankenkasse ist immer die für die jeweilige Kassenart zuständige Datenannahme- und -weiterleitungsstelle (DAV) und nach Wahl der Meldestelle auch der Kommunikationsserver der GKV (KomServer) zwischengeschaltet; Zahlstelle und Krankenkasse stehen in keinem direkten Dialog.

## **A III 2            Meldungen des Versorgungsempfängers**

Nach § 202 Abs. 1 Satz 3 SGB V haben Empfänger von Versorgungsbezügen der Zahlstelle ihre Krankenkasse anzugeben, einen Krankenkassenwechsel mitzuteilen sowie die Aufnahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung anzuzeigen. Dadurch wird die Zahlstelle in die Lage versetzt, ihre Meldepflicht gegenüber der zuständigen Krankenkasse zu erfüllen.

Auch gegenüber der Krankenkasse haben Versorgungsempfänger Melde- bzw. Mitteilungspflichten zu erfüllen. Für Versicherungspflichtige, die eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, resultiert diese Meldepflicht – hinsichtlich Beginn, Höhe und Veränderungen – aus der dafür geschaffenen Spezialvorschrift des § 205 Nr. 2 SGB V. Für die anderen Versorgungsempfänger, insbesondere für freiwillig Versicherte, resultieren diese Mitteilungspflichten aus der allgemeinen Vorschrift des § 206 SGB V. Grundlage für die insoweit beste-

hende Meldepflicht für die Durchführung der Familienversicherung stellt § 10 Abs. 6 SGB V sowie die darauf basierenden Einheitlichen Grundsätze zum Meldeverfahren bei Durchführung der Familienversicherung („Fami-Meldegrundsätze“) in der jeweils geltenden Fassung dar.

Bedeutsam ist die Meldepflicht des Versicherten jedoch nur, soweit die Zahlstelle ihrer Meldepflicht (vgl. A III 3) nicht oder noch nicht nachgekommen ist, weil ihr z. B. die zuständige Krankenkasse nicht bekannt war oder, wenn der Empfänger der Versorgungsbezüge erst nach deren Zubilligung (z. B. durch Aufnahme einer Beschäftigung) gesetzlich krankenversichert wird.

### **A III 3            Meldungen der Zahlstelle**

Um eine möglichst frühzeitige beitragsrechtliche Erfassung der Versorgungsbezüge zu erreichen, hat die Zahlstelle nach § 202 Abs. 1 Satz 1 SGB V die zuständige Krankenkasse/Pflegekasse des Versorgungsempfängers von sich aus zu ermitteln und ihr

- Beginn,
- Höhe,
- Veränderungen und
- Ende

der Versorgungsbezüge unverzüglich zu melden. Dies schließt Versorgungsbezüge in Form einer Kapitalleistung oder Kapitalabfindung mit der Besonderheit ein, dass als Beginn der Auszahlungszeitpunkt, als Höhe der gesamte Auszahlungsbetrag und als Ende das anzunehmende Ende der Beitragspflicht (vgl. A II 1.8) zu melden ist. Darüber hinaus hat die Zahlstelle im Zusammenhang mit dem zutreffenden Beitragssatz in der Pflegeversicherung anzugeben, ob der Versorgungsempfänger nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit und Pflege einen eigenen Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge hat.

Die Meldepflicht knüpft unmittelbar an den Begriff der Versorgungsbezüge nach § 229 SGB V an. Sofern also eine Versorgungsleistung nur zum Teil einen Versorgungsbezug nach § 229 SGB V darstellt (z. B. bei Aufteilung der Leistung aus einer Direktversicherung in einen betrieblichen und einen privaten Teil oder bei Minderung einer Unfallversorgung nach § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Buchst. c oder d SGB V), ist nur der unter § 229 SGB V fallende Teil der Versorgungsleistung meldepflichtig, und zwar selbst dann, wenn im Anwendungsbereich des § 240 SGB V dennoch die gesamte Versorgungsleistung – als sonstige Einnahme – eine beitragspflichtige Einnahme darstellt.

Im Übrigen sind Versorgungsbezüge in vollständiger Höhe (soweit sie von § 229 SGB V erfasst sind) zu melden, und zwar unabhängig davon, ob sie, z. B. wegen Anwendung der Beitragsuntergrenze des § 226 Abs. 2 SGB V oder der Beitragsbemessungsgrenze, nicht oder teilweise nicht beitragspflichtig sind.

Bei laufenden Versorgungsbezügen ist sowohl in der Meldung über den Beginn des Versorgungsbezugs als auch in einer Änderungsmeldung unabhängig von der beitragsrechtlichen Beurteilung immer die Höhe des (vollen) monatlichen Betrags der Versorgungsbezüge anzugeben. Dies gilt auch in Fällen, in denen nicht der volle Betrag zur Auszahlung gelangt, nur für einen Teilmonat Beitragspflicht besteht, die Versorgungsbezüge in größeren Zeitabständen als monatlich (z. B. vierteljährlich) gezahlt werden oder eine Nachzahlung von Versorgungsbezügen in einem Betrag erfolgt.

Zusätzlich zu laufenden Versorgungsbezügen gewährte einmalige Zahlungen (Sonderzahlungen) sind – abweichend von Kapitalabfindungen oder originären Kapitaleistungen – beitragsrechtlich dem Monat zuzuordnen, in dem sie ausgezahlt werden. Dadurch ergibt sich eine in den Meldungen zu dokumentierende Änderung des Betrages von Versorgungsbezügen für den Monat der Auszahlung.

Da die Krankenkasse generell in allen Fällen, in denen der Einbehalt der Beiträge durch die Zahlstelle stattfindet, die Höhe des maximal beitragspflichtigen Versorgungsbezuges überwacht und der Zahlstelle in der Meldung angibt, haben die Zahlstellen seit diesem Zeitpunkt nicht nur in den Selbstzahler-Fällen, sondern auch in allen Fällen des Zahlstellenverfahrens, und zwar nicht nur bei Bezug von mehreren Versorgungsbezügen, generell Veränderungen des Versorgungsbezugs der Krankenkasse zu melden. Als Veränderung im vorgenannten Sinne gilt jede Änderung des Zahlbetrags, auch soweit sich die Änderung auf einen in der Vergangenheit liegenden Zeitraum bezieht. Änderungsmeldungen sind auch dann zu erstatten, wenn sich der Zahlbetrag der Versorgungsbezüge durch Gewährung einer Einmalzahlung erhöht. In diesen Fällen ist einmal für den Monat, in dem die Einmalzahlung gewährt wird, eine Meldung abzugeben; darüber hinaus muss für die anschließende Zeit wiederum der laufende Versorgungsbezug gemeldet werden.

Bei in Raten zur Auszahlung gelangenden Kapitaleistungen ist – der beitragsrechtlichen Bewertung folgend (vgl. A II 1.8.2) – einmalig der Gesamtbetrag der Leistung zu melden.

Die Zahlstellen haben die Meldungen nach § 202 Abs. 1 Satz 1 SGB V unverzüglich abzugeben.

Damit die Zahlstelle zum Zeitpunkt der Bewilligung/Festsetzung eines laufenden Versorgungsbezuges bereits über alle krank- und pflegeversicherungsrechtlich relevanten Daten verfügt und diese berücksichtigen kann, besteht für sie die Option, bereits vor diesem Zeitpunkt im Rahmen des maschinellen Meldeverfahrens vorab eine Meldung („Vorabbescheinigung“) an die Krankenkasse zu übermitteln, um von ihr die entsprechenden beitragsrechtlich relevanten Daten zu erhalten. In einem weiteren Schritt erfolgt die eigentliche Anmeldung mit Angabe des tatsächlichen Beginns des Versorgungsbezuges.

Die Grundsätze zum maschinell unterstützten Zahlstellen-Meldeverfahren nach § 202 Abs. 2 SGB V sehen neben An-, Ab- und Änderungsmeldungen auch – optionale – Bestandsmeldungen vor. Dabei handelt es sich um Meldungen, die die Zahlstelle zu einem bestimmten Stichtagsmonat für jeden einzelnen bei der jeweiligen Krankenkasse versicherten Versorgungsbezieher – unter Angabe der Höhe des Versorgungsbezugs – auf eigene Initiative oder auf Anforderung der Krankenkasse, in der Regel einmal jährlich, erstattet. Dadurch wird beiden am Zahlstellen-Meldeverfahren beteiligten Seiten ein regelmäßiger Abgleich der versicherten Versorgungsbezieher und zudem neben dem eigentlichen Beitragsüberwachungsverfahren (§ 256 Abs. 3 SGB V) eine gewisse – relativ zeitnahe – Kontrolle der beitragspflichtigen Einnahmen ermöglicht.

#### **A III 4            Meldungen der Krankenkasse**

Die Krankenkasse ist nach § 202 Abs. 1 Satz 4 SGB V verpflichtet, der Zahlstelle unverzüglich

- die „Beitragspflicht“ des Versorgungsempfängers,
- deren Umfang (VB-max) und
- den Beitragssatz aus seinen Versorgungsbezügen

mitzuteilen.

Bei Kapitalleistungen/-abfindungen entfällt von vornherein eine derartige Rückmeldung der Krankenkasse, da in diesem Fall keine Beitragsabführungspflicht der Zahlstelle besteht und es zu keinen Folgemeldungen der Zahlstelle kommt.

Unter Beitragspflicht in dem vorstehenden Sinne ist nicht die Beitragspflicht an sich, sondern vielmehr die Beitragsabführungspflicht der Zahlstelle nach § 256 SGB V, also die Anwendung des Zahlstellenverfahrens, zu verstehen. Die Beitragsabführungspflicht wird verneint, wenn die Beitragsbemessungsgrenze der Kranken- und Pflegeversicherung bereits durch andere beitragspflichtige Einnahmen erreicht wird, das heißt der VB-max gleich Null ist. Bei Überschreiten der Beitragsbemessungsgrenze und gleichzeitigem Mehrfachbezug von Versorgungsbezügen kann die Krankenkasse im Interesse aller Beteiligten die Beiträge direkt vom Versicherten erheben; in diesen Fällen wird eine Beitragsabführungspflicht ebenfalls verneint.

Die Angabe zur Beitragsabführungspflicht wird jedoch nicht davon beeinflusst, ob der monatliche Versorgungsbezug die Beitragsuntergrenze des § 226 Abs. 2 SGB V nicht überschreitet. In diesen Fällen zeigt die Krankenkasse der Zahlstelle mit dem Kennzeichen „Mehrfachbezug“ (in unterschiedlichen Ausprägungen) an, ob die Beitragsuntergrenze zusammen mit anderen Versorgungsbezügen oder mit Arbeitseinkommen überschritten wird und damit dennoch Beiträge einzubehalten und abzuführen sind. Gegebenenfalls hat die Zahlstelle eigenständig zu überwachen, ob – möglicherweise in einzelnen Monaten – der Zahlbetrag der von ihr allein gezahlten Versorgungsbezüge die Beitragsuntergrenze überschreitet.

Der Umfang der Beitragspflicht, das heißt der Betrag, bis zu dem der Versorgungsbezug unter Berücksichtigung der Rangfolge der Einnahmearten und der Beitragsbemessungsgrenze (vgl. §§ 230, 238 SGB V) maximal beitragspflichtig ist (VB-max), wird der Zahlstelle im Fall der Beitragsabführungspflicht nicht nur einmalig zu Beginn des Versorgungsbezuges, sondern auch bei jeder Veränderung dieses Wertes mitgeteilt. Im Regelfall erfolgt eine Anpassung jeweils zum 1. Januar (Änderung der Beitragsbemessungsgrenze in der Kranken- und Pflegeversicherung) und zum 1. Juli (Erhöhung der gesetzlichen Rente). Den von der Krankenkasse übermittelten VB-max hat die Zahlstelle im Regelfall zwingend für die Beitragsberechnung zu berücksichtigen; eine eigenständige (parallele) Ermittlung des VB-max durch die Zahlstelle kommt nicht in Betracht.

Die generelle Ermittlung des VB-max durch die Krankenkasse setzt voraus, dass sämtliche Veränderungen in der Höhe des laufenden Versorgungsbezuges der Krankenkasse gemeldet werden.

Als maßgeblicher Beitragssatz zur Krankenversicherung ist der gesetzlich festgelegte allgemeine Beitragssatz (§ 241 SGB V) anzugeben. Bei Renten der Alterssicherung der Landwirte (Versorgungsbezüge nach § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V) wird daraus der nach § 248 Satz 2 SGB V maßgebende verminderte Beitragssatz abgeleitet.

Auf eine Angabe des Beitragssatzes zur Pflegeversicherung kann verzichtet werden, da dieser Beitragssatz seit Bestehen der sozialen Pflegeversicherung gesetzlich festgelegt ist. Allerdings hat die Krankenkasse – sofern ihr dies bekannt ist – der Zahlstelle mitzuteilen, ob der Versicherte nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit und Pflege Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge hat, wodurch die Zahlstelle in die Lage versetzt wird, Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung lediglich in Höhe des halben Beitragssatzes (vgl. § 55 Abs. 1 Satz 2 SGB XI) zu berechnen und abzuführen. Die Feststellung, ob für die Beiträge zur Pflegeversicherung der Beitragszuschlag für Kinderlose in Höhe von 0,25 Beitragssatzpunkten zu berücksichtigen ist, hat die Zahlstelle – sofern die Beiträge im Rahmen des Zahlstellenverfahrens abgeführt werden – nach § 55 Abs. 3 Satz 3 SGB XI eigenständig vorzunehmen.

Darüber hinaus ist der Bezieher von Versorgungsbezügen unverzüglich über die Beitragspflicht, den Umfang der Beitragspflicht und die für die Versorgungsbezüge maßgebenden Beitragssätze zur Krankenversicherung und Pflegeversicherung zu unterrichten.

Eine Mitteilung über das Ende der Beitragspflicht ist im Gesetz nicht vorgeschrieben. Um Überzahlungen von Beiträgen zu vermeiden, meldet die Krankenkasse der Zahlstelle jedoch auch das Ende der Beitragspflicht.

**B Arbeitseinkommen**

**B I Rechtsgrundlagen**

**§ 15 SGB IV  
Arbeitseinkommen**

(1) Arbeitseinkommen ist der nach den allgemeinen Gewinnermittlungsvorschriften des Einkommensteuerrechts ermittelte Gewinn aus einer selbständigen Tätigkeit. Einkommen ist als Arbeitseinkommen zu werten, wenn es als solches nach dem Einkommensteuerrecht zu bewerten ist.

(2) Bei Landwirten, deren Gewinn aus Land- und Forstwirtschaft nach § 13a des Einkommensteuergesetzes ermittelt wird, ist als Arbeitseinkommen der sich aus § 32 Abs. 6 des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte ergebende Wert anzusetzen.

**§ 6 Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler  
Nachweis der beitragspflichtigen Einnahmen**

(1) bis (5) ...

(6) Für die Berücksichtigung von Änderungen beim Arbeitseinkommen hauptberuflich selbstständig Erwerbstätiger gilt § 7 Abs. 7; für die Berücksichtigung von Änderungen bei sonstigem Arbeitseinkommen sowie bei Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung gilt § 7 Abs. 7 entsprechend.

(7) ...

**§ 7 Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler  
Beitragsbemessung der einzelnen Personengruppen**

(1) bis (6) ...

(7) Die Voraussetzungen für die Beitragsbemessung nach Absatz 3 Satz 2, Absatz 4 oder Absatz 5 sind vom Mitglied nachzuweisen. Das über den letzten Einkommensteuerbescheid festgesetzte Arbeitseinkommen bleibt bis zur Erteilung des nächsten Einkommensteuerbescheids maßgebend. Der neue Einkommensteuerbescheid ist für die Beitragsbemessung ab Beginn des auf die Ausfertigung folgenden Monats heranzuziehen. Legt das Mitglied den Einkommenssteuerbescheid später vor und ergäbe sich eine günstigere Beitragsbemessung, sind die Verhältnisse erst ab Beginn des auf die Vorlage dieses Einkommensteuerbescheids folgenden Monats zu berücksichtigen. Bei hauptberuflich selbstständig Erwerbstätigen, die eine selbstständige Tätigkeit neu aufnehmen, werden die Beiträge auf Antrag des Mitglieds abweichend

von Absatz 3 Satz 1 bis zur Vorlage des ersten Einkommensteuerbescheides einstweilig nach den voraussichtlichen Einnahmen festgesetzt.

(7a) bis (11) ...

### **Hinweis**

Weitere im Zusammenhang mit der Beitragspflicht von Arbeitseinkommen maßgebliche Rechtsgrundlagen, insbesondere die §§ 226 und 237 SGB V, sind bereits im Abschnitt A I wiedergegeben.

## **B II Beiträge**

### **B II 1 Beitragspflichtige Einnahmen**

#### **B II 1.1 Allgemeines**

Bei den einzelnen versicherungspflichtigen Personenkreisen wird – neben der für den Personenkreis typischen „Haupteinkommensart“ – auch Arbeitseinkommen der Beitragspflicht unterworfen; dies allerdings nur dann, soweit es neben einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung oder Versorgungsbezügen erzielt wird. Grundlage dafür bildet für versicherungspflichtig Beschäftigte § 226 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V sowie für versicherungspflichtige Rentner § 237 Satz 1 Nr. 3 SGB V. Die Vorschriften über die beitragspflichtigen Einnahmen anderer der Versicherungspflicht unterliegender Personenkreise (Ausnahme: Versicherungspflichtige nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V) verweisen auf § 226 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V. Durch die Kopplung der Beitragspflicht von Arbeitseinkommen an den Bezug einer Rente oder Versorgungsbezüge wird erreicht, dass derartige Beiträge nicht nur dann erhoben werden, wenn Versicherungspflicht in der KVdR besteht. Beitragspflicht liegt auch vor, wenn Versicherungspflicht nach anderen Vorschriften besteht, die Person jedoch partiell mit diesen Rentnern vergleichbar ist. Bei den versicherungspflichtigen Personen, insbesondere den Beschäftigten, die dem Kreis der Rentner oder Versorgungsbezieher (noch) nicht angehören, unterliegt ein erzielttes Arbeitseinkommen hingegen nicht der Beitragspflicht.

Im Hinblick auf den Ausschluss der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 5 SGB V bzw. § 2 Abs. 4a KVLG 1989 bei hauptberuflich selbstständiger Tätigkeit kann es sich bei dem Arbeitseinkommen im Sinne der §§ 226 und 227 SGB V allerdings nur um ein Arbeitseinkommen aus einer nicht hauptberuflich ausgeübten selbstständigen Erwerbstätigkeit handeln, da die Person ansonsten nicht zu den versicherungspflichtigen Personenkreisen (Ausnahme: Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V) gehören kann.

Arbeitseinkommen ist nach der Legaldefinition in § 15 SGB IV der nach den allgemeinen Gewinnermittlungsvorschriften des Einkommenssteuerrechts ermittelte Gewinn aus einer selbst-

ständigen Tätigkeit; Einkommen ist als Arbeitseinkommen zu werten, wenn es als solches nach dem Einkommensteuerrecht zu bewerten ist. Hiernach zählen zum Arbeitseinkommen

- Einkünfte aus selbständiger Arbeit,
- Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft sowie
- Einkünfte aus Gewerbebetrieb.

Bei Landwirten, deren Gewinn aus Land- und Forstwirtschaft nach § 13a EStG ermittelt wird, ist als Arbeitseinkommen der sich aus § 32 Abs. 6 ALG ergebende Wert anzusetzen.

Der Begriff des Arbeitseinkommens als beitragspflichtige Einnahme im vorgenannten Sinne stellt nicht darauf ab, ob es sich um regelmäßig wiederkehrendes bzw. regelmäßiges Arbeitseinkommen handelt. Auch ein in größeren Zeitabständen als monatlich erzielt es Arbeitseinkommen muss entsprechend berücksichtigt werden.

In der landwirtschaftlichen Krankenversicherung gelten grundsätzlich die gleichen Regelungen wie in der allgemeinen Krankenversicherung, allerdings mit der Besonderheit, dass sich die Beitragspflicht nicht auf Einkommen aus Land- und Forstwirtschaft erstreckt (§ 39 Abs. 1 Nr. 4, § 42 Abs. 4 Satz 1 und § 45 Abs. 1 Nr. 3 KVLG 1989). Mit Blick auf den Ausschluss der Versicherungspflicht nach § 2 Abs. 4a KVLG 1989 kann es sich – wie in der allgemeinen Krankenversicherung – bei dem außerlandwirtschaftlichen Arbeitseinkommen nur um Arbeitseinkommen aus einer nicht hauptberuflich selbständigen Erwerbstätigkeit handeln. Ansonsten könnte die Person nicht zu den versicherungspflichtigen Personen (Ausnahme: § 2 Abs. 1 Nr. 7 KVLG 1989) gehören.

## **B II 1.2 Beitragsuntergrenze**

Für das Arbeitseinkommen gilt wie bei Versorgungsbezügen die Beitragsuntergrenze des § 226 Abs. 2 SGB V (Näheres vgl. Abschnitt A II 1.11).

## **B II 1.3 Nachweis des Arbeitseinkommens und Wirkungszeitpunkt nachgewiesener Änderungen**

### **B II 1.3.1 Allgemeines**

Die Vorschriften über die Beitragspflicht von Arbeitseinkommen von Versicherungspflichtigen (§ 226 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 und § 237 Satz 1 Nr. 3 SGB V) enthalten keine Regelungen über die Nachweisführung sowie den Wirkungszeitpunkt hinsichtlich der Beiträge in Folge von Einkommensänderungen. Auch werden die spezifischen Regelungen über die beitragspflichtigen Einnahmen von freiwillig versicherten hauptberuflich Selbstständigen (vgl. § 240 Abs. 4 SGB V) nicht für anwendbar erklärt. Zudem wird das Arbeitseinkommen im vorgenannten Sinne nicht

von der Regelungsbefugnis in § 240 Abs. 1 Satz 1 SGB V und damit – jedenfalls nicht unmittelbar – von den Beitragsverfahrensgrundsätzen Selbstzahler des GKV-Spitzenverbandes erfasst.

Zur Beitragsbemessung aus dem Arbeitseinkommen im Anwendungsbereich des § 226 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V bzw. § 237 Satz 1 Nr. 3 SGB V existiert keine einschlägige höchstgerichtliche Rechtsprechung, die insoweit Anhaltspunkte bieten könnte.

Für das Arbeitseinkommen als beitragspflichtige Einnahme von Versicherungspflichtigen muss jedoch ebenfalls der im Beitragsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung vorherrschende allgemeine Grundsatz gelten, wonach sowohl für den Versicherten als auch für die Krankenkasse bzw. die gesetzliche Krankenversicherung insgesamt Gewissheit über die Höhe der Einnahmen herrschen muss und daher die Beiträge in der Regel endgültig festzusetzen sind (Urteil des BSG vom 11. März 2009 – B 12 KR 30/07 R –, USK 2009–48). Für eine einstweilige Beitragsfestsetzung mit der Folge einer Korrektur des Beitrags für die Vergangenheit besteht nach der Rechtsprechung des BSG nur ein sehr geringer Spielraum (vgl. Urteil des BSG vom 22. März 2006 – B 12 KR 14/05 R –, USK 2006–16).

Da die beitragspflichtigen Einnahmen damit grundsätzlich nicht erst nachträglich festgestellt werden dürfen, kommt für die geforderte zukunftsbezogene Festsetzung der Beiträge aus Arbeitseinkommen als verläSSLicher Nachweis in der Regel nur der Einkommensteuerbescheid in Betracht. Da der Einkommensteuerbescheid einen bereits vergangenen Zeitraum („Veranlagungsjahr“) betrifft, kann die Einkommenssituation damit nur zeitversetzt abgebildet werden. Dieses Verfahren hat das BSG in dem vorgenannten Urteil als zulässig bestätigt. Eine verbindliche Selbsteinschätzung des Versicherten bzw. eine Glaubhaftmachung der aktuellen Einnahmen als Grundlage einer endgültigen Beitragseinstufung kennt das Beitragsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung nicht. Unter diesen Rahmenbedingungen ist es sachgerecht, als aktuelles Einkommen das aus dem letzten Einkommensteuerbescheid hervorgehende Arbeitseinkommen zu unterstellen.

Im Hinblick auf den Wirkungszeitpunkt bei nachgewiesenen Änderungen des Arbeitseinkommens sieht das Gesetz ebenfalls keinen spezifischen Regelungsmechanismus vor. Wegen der engen inhaltlichen Beziehung mit den Beiträgen aus Arbeitseinkommen im Anwendungsbereich des § 240 SGB V wird es für statthaft erachtet, sich bezogen auf den Wirkungszeitpunkt an den Regelungen der Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler (hier: § 6 Abs. 6 i. V. m. § 7 Abs. 7 Satz 2 bis 4) zu orientieren. Dementsprechend erfolgt eine Korrektur der Beitragsbemessung aus Arbeitseinkommen im vorgenannten Sinne bei Erhöhung des Arbeitseinkommens ab dem Ersten des Monats, der dem Erstelldatum des Einkommensteuerbescheides folgt, das heißt gegebenenfalls rückwirkend, und bei Verringerung des Arbeitseinkommens ab dem Ersten des Monats, der dem Monat der Vorlage des Einkommensteuerbescheides bei der Krankenkasse folgt.

## B II 1.3.2 Besonderheiten

Für den Fall, dass Versicherte erstmalig eine selbstständige Tätigkeit aufnehmen und aus diesem Grund ein Einkommensteuerbescheid noch nicht vorliegt, finden die Regelungen in den Beitragsverfahrensgrundsätzen Selbstzahler, die für selbstständig Erwerbstätige bis zur Vorlage des ersten Steuerbescheides eine einstweilige Beitragsfestsetzung nach den voraussichtlichen Einnahmen vorsehen (hier: § 7 Abs. 7 Satz 5), ebenfalls entsprechend Anwendung. Dies schließt eine eventuelle Korrektur sowie eine endgültige Festsetzung der beitragspflichtigen Einnahmen nach Vorliegen des Einkommensteuerbescheides für betreffenden Zeitraum bzw. das jeweilige Veranlagungsjahr ein.

Wird eine selbstständige Tätigkeit nicht mehr hauptberuflich, sondern „nebenberuflich“ ausgeübt und erfolgt daher ein Wechsel von der freiwilligen Versicherung oder Pflichtversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V in die bzw. eine andere Pflichtversicherung, z. B. in der Krankenversicherung der Rentner, findet insofern eine versicherungs- und beitragsrechtliche Zäsur statt. Dies rechtfertigt es, der Beitragsbemessung aus dem Arbeitseinkommen nicht mehr das aus dem letzten Einkommensteuerbescheid hervorgehende – höhere – Arbeitseinkommen, sondern das geschätzte aktuelle – niedrigere – Arbeitseinkommen zu Grunde zu legen und auf dieser Grundlage die Beiträge wie bei Personen, die erstmals eine selbstständige Tätigkeit aufnehmen, zunächst vorläufig festzusetzen.

Sobald der Einkommensteuerbescheid für das Veranlagungsjahr vorgelegt wird, in dem sich der Wechsel von der haupt- zur nebenberuflichen selbstständigen Tätigkeit vollzogen hat, endet die vorläufige Beitragsfestsetzung. Das Mitglied hat glaubhaft zu machen, welcher Teil des aus dem Einkommensteuerbescheid hervorgehenden Arbeitseinkommens auf den Teil des Kalenderjahres entfällt, in dem die Tätigkeit nebenberuflich ausgeübt wurde. Das sich daraus ergebende durchschnittliche monatliche Arbeitseinkommen ist für die endgültige Beitragsfestsetzung ab dem Zeitpunkt des Wechsels von der haupt- zur nebenberuflichen selbstständigen Tätigkeit zugrunde zu legen.

### Beispiel:

Ausübung einer hauptberuflich selbstständigen Tätigkeit und freiwillige Mitgliedschaft seit	01.03.1990
Bezug einer Regelaltersrente ab Vorversicherungszeit für die KVdR erfüllt.	01.04.2012
Wechsel von der haupt- zur nebenberuflich selbstständigen Tätigkeit zum	01.08.2014

↳ Vorerst Ende der endgültigen Festsetzung der Beiträge aus dem Arbeitseinkommen (zuletzt auf der Basis des Einkommensteuerbescheides für 2012) zum	31.07.2014
↳ Einstweilige Festsetzung der Beiträge aus dem Arbeitseinkommen ab	01.08.2014
Eingang des Einkommensteuerbescheides für 2013 am	10.12.2014
↳ Ohne Auswirkung auf die Beiträge.	
Eingang des Einkommensteuerbescheides für 2014 am	20.11.2015
↳ Endgültige Festsetzung der Beiträge aus dem Arbeitseinkommen auf der Basis des durchschnittlichen monatlichen Arbeitseinkommens in der Zeit vom 01.08.2014 bis 31.12.2014 ab	01.08.2014 bis laufend
Eingang des am 18.11.2016 ausgestellten Einkommensteuerbescheides für 2015 (mit einem niedrigeren durchschnittlichen monatlichen Arbeitseinkommen als in der Zeit vom 01.08.2014 bis 31.12.2014) am	03.12.2016
↳ Neufestsetzung der Beiträge ab	01.01.2017

Eine Anwendung der explizit für hauptberuflich Selbstständige im Beitragsrecht der freiwilligen Versicherung vorgesehenen „Härtefallregelungen“ nach § 240 Abs. 4 Satz 3 und 4 SGB V sowie nach § 6 Abs. 3a und § 7 Abs. 7a der Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler kommt für das Arbeitseinkommen aus einer nicht hauptberuflich selbstständigen Tätigkeit mangels fehlender gesetzlicher oder untergesetzlicher Grundlage und aufgrund der Tatsache, dass das hier in Rede stehende Arbeitseinkommen für die betroffene Personen wirtschaftlich von nachrangiger Bedeutung ist, nicht in Betracht.

Wird die selbstständige Tätigkeit nachweislich beendet, endet die Erhebung der Beiträge aus dem Arbeitseinkommen mit dem Ende der selbstständigen Tätigkeit.

## **B II 2 Beitragssatz**

### **B II 2.1 Beitragssatz in der Krankenversicherung**

Nach § 248 SGB V gilt bei Versicherungspflichtigen für die Bemessung der Beiträge aus dem Arbeitseinkommen der allgemeine Beitragssatz (nach § 241 SGB V). Dieser beträgt zurzeit 15,5 %. Veränderungen des Beitragssatzes wirken direkt mit Wirksamwerden der Beitragssatzveränderung.

Für pflichtversicherte Mitglieder der landwirtschaftlichen Krankenkasse gilt Entsprechendes (§ 39 Abs. 2 Satz 2 und 3, § 42 Abs. 4 Satz 1 und § 45 Abs. 2 Satz 2 KVLG 1989).

## **B II 2.2 Beitragssatz in der Pflegeversicherung**

Die Ausführungen unter A II 2.2 für Versorgungsbezüge gelten gleichermaßen für das Arbeitseinkommen.

## **B II 3 Tragung der Beiträge**

Die Beiträge zur Krankenversicherung aus Arbeitseinkommen werden nach § 250 Abs. 1 Nr. 2 SGB V bzw. § 47 Abs. 1 KVLG 1989 ausschließlich vom Mitglied getragen.

Die Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung, einschließlich eines eventuell zu zahlenden Beitragszuschlags nach § 55 Abs. 3 SGB XI, sind vom Mitglied nach § 59 Abs. 1 Nr. 1 SGB XI in voller Höhe allein zu tragen.

Das Arbeitseinkommen ist als beitragspflichtige Einnahme ebenfalls in den Sozialausgleich einbezogen. Ausführungen zum Sozialausgleich, der unter bestimmten Bedingungen durch Verringerung des Beitragsanteils des Mitglieds durchzuführen ist, enthält das Gemeinsame Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes, der Deutschen Rentenversicherung Bund und der Bundesagentur für Arbeit „Beitrags- und melderechtliche Auswirkungen des Sozialausgleichs nach § 242b SGB V“ in der jeweils geltenden Fassung.

## **B II 4 Zahlung der Beiträge**

Die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung aus dem Arbeitseinkommen hat der Versicherte nach § 252 Abs. 1 Satz 1 SGB V bzw. § 49 KVLG 1989 und § 60 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 3 Satz 1 erster Halbsatz SGB XI an die Krankenkasse zu zahlen. Um der Zahlungspflicht nachkommen zu können, erhält der Versicherte von der Krankenkasse einen Beitragsbescheid.

Die Fälligkeit der Beiträge aus dem Arbeitseinkommen wird von § 23 Abs. 1 Satz 1 SGB IV erfasst, wonach der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) den Fälligkeitstag bestimmt. Die Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler sehen in § 10 Abs. 1 für alle von den Versicherten selbst zu zahlenden Beiträge den 15. des dem Beitragsmonat folgenden Monats als Fälligkeitstag vor. Satz 2 des § 23 Abs. 1 SGB IV trifft, obgleich hier von Beiträgen, die nach dem Arbeitseinkommen zu bemessen sind, gesprochen wird, auf das Arbeitseinkommen im Sinne des § 226 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V und § 237 Satz 1 Nr. 3 SGB V nicht zu.

Der Fälligkeitstag für die an die landwirtschaftliche Krankenkasse zu zahlenden Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge bestimmt sich nach deren Satzung (§ 23 Abs. 1 Satz 1 SGB IV).

Danach sind auch die Beiträge aus außerlandwirtschaftlichem Arbeitseinkommen spätestens am drittletzten Bankarbeitstag des Monats fällig, für den sie zu zahlen sind.

Für die Erhebung von Säumniszuschlägen gilt § 24 SGB IV.

### **B III            Mitteilungs-/Nachweisverfahren**

Nach § 205 Nr. 3 SGB V haben Versicherungspflichtige, die eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung oder Versorgungsbezüge beziehen, ihrer Krankenkasse den Beginn, die Höhe sowie Veränderungen des Arbeitseinkommens unverzüglich mitzuteilen. In diesem Zusammenhang ist nicht erforderlich, dass der Rentner ohne diese anderweitige Versicherung in der KVdR versicherungspflichtig wäre. Eine Meldung ist deshalb auch dann zu erstatten, wenn der Rentner die Voraussetzungen für die KVdR nicht erfüllt. Darüber hinaus gilt die Meldepflicht für diejenigen Versicherungspflichtigen, die zwar keine Rente, aber Versorgungsbezüge erhalten.

Die Meldepflicht nach § 205 Nr. 3 SGB V besteht nicht nur dann, wenn während des Bestehens von Versicherungspflicht erstmals Arbeitseinkommen bezogen wird; eine Meldung ist vielmehr auch dann erforderlich, wenn während des Bezugs von Arbeitseinkommen Versicherungspflicht eintritt.

Entsprechendes gilt nach § 31 Nr. 3 KVLG 1989 auch für Versicherungspflichtige der landwirtschaftlichen Krankenkasse.

## **C                Renten aus dem Ausland**

### **C I              Rechtsgrundlagen**

#### **Artikel 5**

#### **VO (EG) Nr. 883/2004**

#### **Gleichstellung von Leistungen, Einkünften, Sachverhalten oder Ereignissen**

Sofern in dieser Verordnung nicht anderes bestimmt ist, gilt unter Berücksichtigung der besonderen Durchführungsbestimmungen Folgendes:

- a) Hat nach den Rechtsvorschriften des zuständigen Mitgliedstaats der Bezug von Leistungen der sozialen Sicherheit oder sonstiger Einkünfte bestimmte Rechtswirkungen, so sind die entsprechenden Rechtsvorschriften auch bei Bezug von nach den Rechtsvorschriften eines anderen Mitgliedstaats gewährten gleichartigen Leistungen oder bei Bezug von in einem anderen Mitgliedstaat erzielten Einkünften anwendbar.

- b) Hat nach den Rechtsvorschriften des zuständigen Mitgliedstaats der Eintritt bestimmter Sachverhalte oder Ereignisse Rechtswirkungen, so berücksichtigt dieser Mitgliedstaat die in einem anderen Mitgliedstaat eingetretenen entsprechenden Sachverhalte oder Ereignisse, als ob sie im eigenen Hoheitsgebiet eingetreten wären.

**Artikel 30**  
**VO (EG) Nr. 883/2004**  
**Beiträge der Rentner**

(1) Der Träger eines Mitgliedstaats, der nach den für ihn geltenden Rechtsvorschriften Beiträge zur Deckung der Leistungen bei Krankheit sowie der Leistungen bei Mutterschaft und der gleichgestellten Leistungen bei Vaterschaft einzubehalten hat, kann diese Beiträge, die nach den für ihn geltenden Rechtsvorschriften berechnet werden, nur verlangen und erheben, soweit die Kosten für die Leistungen nach den Artikeln 23 bis 26 von einem Träger in diesem Mitgliedstaat zu übernehmen sind.

(2) Sind in den in Artikel 25 genannten Fällen nach den Rechtsvorschriften des Mitgliedstaats, in dem der betreffende Rentner wohnt, Beiträge zu entrichten oder ähnliche Zahlungen zu leisten, um Anspruch auf Leistungen bei Krankheit sowie auf Leistungen bei Mutterschaft und gleichgestellte Leistungen bei Vaterschaft zu haben, können solche Beiträge nicht eingefordert werden, weil der Rentner dort wohnt.

**Artikel 30**  
**VO (EG) Nr. 987/2009**  
**Beiträge der Rentner**

Erhält eine Person Renten aus mehr als einem Mitgliedstaat, so darf der auf alle gezahlten Renten erhobene Beitrag keinesfalls den Betrag übersteigen, der bei einer Person erhoben wird, die denselben Betrag an Renten in dem zuständigen Mitgliedstaat erhält.

**§ 228 SGB V**  
**Rente als beitragspflichtige Einnahmen**

(1) Als Rente der gesetzlichen Rentenversicherung gelten Renten der allgemeinen Rentenversicherung sowie Renten der knappschaftlichen Rentenversicherung einschließlich der Steigerungsbeträge aus Beiträgen der Höherversicherung. Satz 1 gilt auch, wenn vergleichbare Renten aus dem Ausland bezogen werden.

(2) Bei der Beitragsbemessung sind auch Nachzahlungen einer Rente nach Abs. 1 zu berücksichtigen, soweit sie auf einen Zeitraum entfallen, in dem der Rentner Anspruch auf Leistungen nach diesem Buch hatte. Die Beiträge aus der Nachzahlung gelten als Beiträge für die Monate, für die die Rente nachgezahlt wird.

## **§ 247 SGB V** **Beitragssatz aus der Rente**

Für Versicherungspflichtige findet für die Bemessung der Beiträge aus Renten der gesetzlichen Rentenversicherung der allgemeine Beitragssatz nach § 241 Anwendung. Abweichend von Satz 1 gilt bei Versicherungspflichtigen für die Bemessung der Beiträge aus ausländischen Renten nach § 228 Abs. 1 Satz 2 die Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes zuzüglich 0,45 Beitragssatzpunkte.

### **C II            Beiträge**

#### **C II 1           Beitragspflichtige Einnahmen**

##### **C II 1.1        Allgemeines**

Artikel 5 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 sieht im Allgemeinen eine Gleichstellung von in- und ausländischen Leistungen der sozialen Sicherheit in Bezug auf Rechtswirkungen in den Mitgliedstaaten vor. Die Vorschrift des § 228 Abs. 1 Satz 2 SGB V, in Kraft ab 1. Juli 2011, konkretisiert dieses Prinzip im Bereich der Krankenversicherung der Rentner. Danach werden vergleichbare Renten aus dem Ausland den Renten der gesetzlichen Rentenversicherung (nachfolgend: „deutsche Renten“ oder „inländische Renten“) als beitragspflichtige Einnahmen gleichgestellt. Im Ergebnis werden gesetzliche Renten aus dem Ausland damit ab 1. Juli 2011 in den Anwendungsfällen des § 226 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V sowie im Anwendungsbereich des § 237 SGB V zu beitragspflichtigen Einnahmen, und zwar ebenfalls mit ihrem Zahlbetrag.

Die Gleichstellung von ausländischen mit inländischen Renten gilt aufgrund der Verweisung in § 57 Abs. 1 Satz 1 SGB XI auch für die soziale Pflegeversicherung.

Was unter dem Zahlbetrag der ausländischen Rente zu verstehen ist, richtet sich nach den Prinzipien, die für die Festlegung des Zahlbetrags von deutschen gesetzlichen Renten gelten.

Im Anwendungsbereich des § 240 SGB V unterlagen gesetzliche Renten aus dem Ausland bereits vor dem 1. Juli 2011 als sonstige Einnahmen der Beitragspflicht.

Die Vorschrift des § 228 Abs. 1 Satz 2 SGB V ist nicht auf Renten aus einem Staat der EU, des EWR und der Schweiz beschränkt. Vielmehr werden damit nach der Gesetzesbegründung aus Gründen der Gleichbehandlung und Beitragsgerechtigkeit alle Bezieher von ausländischen Renten, und zwar unabhängig davon, ob die Rente aus einem Mitgliedstaat der Europäischen Union (EU) oder einem Drittstaat bezogen wird, erfasst.

Um der Vorgabe des Artikels 30 der Verordnung (EG) Nr. 987/2009 Rechnung zu tragen und da ausländische Rentenversicherungsträger nach deutschem Recht nicht zur Tragung von Beiträgen verpflichtet werden können, ist sicherzustellen, dass Bezieher einer ausländischen Rente keine höhere Beitragslast trifft als Bezieher einer gleich hohen inländischen Rente. Dies wird durch einen für gesetzliche Renten aus dem Ausland – unabhängig vom Herkunftsland der Rente – geltenden besonderen Beitragssatz sichergestellt (vgl. C II 2.1).

Zudem wird im Anwendungsbereich der VO (EG) Nr. 883/2004 der Grundsatz angeordnet, dass Beiträge von Rentnern nur in dem Staat erhoben werden dürfen, der nach den Koordinierungsregelungen (Artikel 23 und 24 der Verordnung) für die Übernahme von Leistungen zuständig ist (Artikel 30 Abs. 1). Wie hoch die Beiträge in diesem Staat im Vergleich zu den ansonsten im Herkunftsland der Rente anfallenden Beiträgen wären, ist in diesem Zusammenhang nicht maßgebend. Eine Erhebung von Beiträgen auf dieselbe gesetzliche Rente aus dem Ausland in mehreren Staaten, zumindest im Anwendungsbereich der vorgenannten EG-Verordnung, wird damit umgangen. Gegebenenfalls ist der Versicherte gehalten, die Frage der Rechtmäßigkeit der Erhebung von Beiträgen oder anderen Abgaben im Herkunftsland der Rente von dem dortigen zuständigen Träger klären zu lassen. Sofern im Verhältnis zu anderen Staaten eine derartige Konkurrenzregelung fehlt, kann eine mehrfache Beitragserhebung hingegen nicht ausgeschlossen werden.

Die Regelung für Nachzahlungen von Renten nach § 228 Abs. 2 SGB V erfasst im Übrigen ebenfalls gesetzliche Renten aus dem Ausland.

Für bestimmte Rentenantragsteller ordnet § 225 Satz 1 SGB V die Beitragsfreiheit in der Krankenversicherung an. Nach § 225 Satz 2 und 3 SGB V gilt dies jedoch ausdrücklich nicht, wenn der Rentenantragsteller Arbeitseinkommen oder Versorgungsbezüge erhält, wobei die Beitragsuntergrenze („Bagatellgrenze“) nach § 226 Abs. 2 SGB V zu beachten ist. Gleiches gilt nach § 56 Abs. 2 SGB XI in der sozialen Pflegeversicherung, wobei die Bagatellgrenze über den Verweis in § 57 Abs. 1 Satz 1 SGB XI zur Anwendung kommt. Dieses Regelungskonzept stellt darauf ab, dass Arbeitseinkommen und Versorgungsbezüge – nach Bewilligung der Rente – neben der Rente beitragspflichtig sind und es daher nicht gerechtfertigt wäre, diese Einnahmen in der Phase der Rentenantragstellung beitragsfrei zu lassen. Aus demselben Grund werden auch gesetzliche Renten aus dem Ausland von der Ausnahmeregelung des § 225 Satz 2 SGB V erfasst und unterliegen während des Rentenantragsverfahrens der Beitragspflicht.

Die nach § 225 Satz 3 SGB V bestimmte Anwendung der für Arbeitseinkommen und Versorgungsbezüge vorgesehenen Beitragsuntergrenze des § 226 Abs. 2 SGB V trifft für gesetzliche Renten aus dem Ausland nicht zu. Entsprechendes gilt für die Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung.

## C II 1.2 Vergleichbarkeit mit inländischen Renten

Rentenleistungen aus dem Ausland sind nur dann im vorgenannten Sinne als beitragspflichtige Einnahmen heranzuziehen, wenn sie mit einer Rente der deutschen gesetzlichen Rentenversicherung vergleichbar sind.

Sowohl der Gesetzestext als auch die Gesetzesbegründung sprechen allgemein von einer Vergleichbarkeit von ausländischer und deutscher Rente, ohne die daran gestellten Anforderungen konkret zu definieren. Eine Vergleichbarkeit in diesem Sinne ist im Allgemeinen dann zu unterstellen, wenn die gesetzliche Rente aus dem Ausland

1. von einem ausländischen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung geleistet wird und
2. von ihrem Charakter bzw. der Zielstellung einer der in § 33 SGB VI genannten Rentenarten zugeordnet werden kann.

Von einer Zuordnung zum System der ausländischen gesetzlichen Rentenversicherung ist im Bereich der EU, des EWR und der Schweiz ohne weitere Prüfung dann auszugehen, wenn der betreffende ausländische Träger nach dem EESSI-Verzeichnis („EESSI-Directory“ bzw. „Master Directory“) der Europäischen Kommission für einen der folgenden darin aufgeführten Zweige der sozialen Sicherheit zuständig ist:

- „Invalidität – staatliches Invalidenrentensystem“
- „Altersrente – staatliches Altersrentensystem“
- „Hinterbliebenenrente“

Die Eintragung in das Verzeichnis durch den jeweiligen Mitgliedstaat findet auf der Grundlage von Artikel 88 Abs. 4 und Anhang der Verordnung (EG) 987/2009 statt.

Bei Abkommensstaaten (außerhalb der EU, des EWR und der Schweiz) und – sofern bei EU-, EWR-Staaten und der Schweiz keine Eintragung im EESSI-Verzeichnis vorhanden ist, kann im Zweifelsfall auf die Übersicht der DVKA und ggf. ergänzende Auskünfte der DVKA zurückgegriffen werden. Beim vertragslosen Ausland hat in jedem Fall eine individuelle Prüfung – gegebenenfalls unter Einbindung der DVKA oder der DRV Bund – stattzufinden, ob es sich bei dem ausländischen Träger um einen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung handelt. In diesem Zusammenhang kann – insbesondere für die Abgrenzung zu ausländischen Versorgungsbezügen – u. a. auf die Art der Finanzierung des Altersversorgungssystems abgestellt werden.

Auf weitere Vergleichskriterien wie z. B. Verpflichtung/Freiwilligkeit der Absicherung, Form der Zahlung (einmalige/laufende Zahlung) und Anspruchsvoraussetzungen im Einzelnen (Personenkreis, Versicherungszeiten, Altersgrenzen usw.) ist nicht abzustellen, nicht zuletzt weil aufgrund der Vielfalt der gesetzlichen Rentensysteme in den verschiedenen Staaten eine Vergleichbarkeit nahezu ausgeschlossen wäre.

Bei „Zuschüssen“ oder „Zuschlägen“ (insbesondere abhängig von den Familienverhältnissen, z. B. der Anzahl der Kinder) ist zu unterscheiden, ob sie integraler Bestandteil der Rente sind, wie in Deutschland z. B. der auf Entgeltpunkten für Kindererziehungszeiten entfallende Teil des Rentenzahlungsbetrages, oder als eigenständige Leistung zusätzlich zur Rente gewährt werden, wie in Deutschland z. B. der Kinderzuschuss nach § 270 SGB VI. Nur im ersten Fall liegt eine Vergleichbarkeit mit einer deutschen gesetzlichen Rente vor, und zwar auch dann, wenn das deutsche Rentenversicherungsrecht einen entsprechenden Bestandteil der Rente nicht vorsieht. Dabei kann als Orientierung auf die Übersicht des Bundeszentralamtes für Steuern vom 7. November 2011 – St II 2 – S 2280 PB/11/00014 (BStBl 2012 I S.18) über vergleichbare (ausländische) Leistungen nach § 65 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 EStG zurückgegriffen werden. Die Übersicht weist ausländische Leistungen aus, die mit Kinderzulagen aus der gesetzlichen Unfallversicherung, einem Kinderzuschuss aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder dem Kindergeld in Deutschland vergleichbar sind und die Zahlung von Kindergeld nach dem EStG ausschließen oder vermindern. Bei den darin aufgeführten Leistungen kann davon ausgegangen werden, dass sie, sofern sie Personen gewährt werden, die eine gesetzliche Rente aus dem Ausland beziehen, nicht integraler Bestandteil dieser Rente sind.

## **C II 1.3      Besondere Zahlungsweisen**

### **C II 1.3.1      Allgemeines**

In vielen Staaten werden von den ausländischen Rentenversicherungsträgern neben der laufenden Rentenzahlung zusätzliche Sonder- bzw. Einmalzahlungen gewährt. Ebenso kann auch der Zahlungsrhythmus einer ausländischen Rente vom monatlichen Zahlungsrhythmus einer deutschen Rente abweichen. Ergänzend zu den folgenden Ausführungen kann auf die Übersicht im Extranet der DVKA zurückgegriffen werden, in der die verschiedenen Zahlungsweisen von Renten aus dem Ausland skizziert werden.

### **C II 1.3.2      Einmalige Zahlungen**

Sofern Sonder- bzw. Einmalzahlungen neben laufenden Rentenzahlungen von demselben Träger im Ausland gewährt werden, sind diese einmaligen Zahlungen – vorbehaltlich abweichender vom Versicherten beigebrachter Nachweise – ebenfalls als gesetzliche Renten aus dem Ausland im Sinne des § 228 Abs. 1 Satz 2 SGB V zu klassifizieren.

Bei den Pflichtversicherten sind einmalige Rentenzahlungen nach dem Grundsatz des § 22 Abs. 1 Satz 1 SGB IV beitragsrechtlich dem Monat zuzuordnen, in dem der Anspruch auf sie entsteht oder in dem sie gezahlt werden. Dies hätte jedoch zur Folge, dass nicht kontinuierlich ein gleich hoher Beitrag erhoben werden könnte, sondern der Beitrag allein für den Monat einer einmaligen Rentenzahlung angehoben werden müsste. Um den Anforderungen an eine

möglichst praktikable und verwaltungseffiziente Beitragserhebung gerecht zu werden, ist es geboten, zu erwartende und der Höhe nach feststehende einmalige Rentenzahlungen bereits im Vorfeld, und zwar mit einem Zwölftel des zu erwartenden Betrags für den jeweiligen Monat, zu berücksichtigen. Dies entspricht im Übrigen dem im Beitragsrecht vorherrschenden Prinzip der Aufteilung von einmaligen beitragspflichtigen Einnahmen von Pflichtversicherten auf einen größeren als monatlichen Zeitraum entsprechend der Annahme, dass einmalige Einnahmen die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit nicht nur im Monat des Zuflusses, sondern auch eine bestimmte Zeit darüber hinaus mitbestimmen.

### **C II 1.3.3 Viertel-, halb- oder jährliche Auszahlung einer laufenden Rente**

Laufende Rentenleistungen werden in beitragsrechtlicher Hinsicht grundsätzlich dem Monat zugeordnet, für den sie bestimmt sind. Dieser beitragsrechtliche Grundsatz, der für die deutschen Renten den Regelungen der §§ 228 Abs. 2 und 255 Abs. 3 SGB V entnommen werden kann, gilt auch, wenn die für bestimmte Zeiträume zu beanspruchenden ausländischen Renten nicht monatlich, sondern in größeren Abständen entweder im Voraus oder im Nachhinein gezahlt werden.

Soweit die grundsätzlich monatlich zustehende Rente in größeren Abständen im Voraus gezahlt wird, ist die Rente beitragsrechtlich dem jeweiligen Zeitraum zuzuordnen, für den sie bestimmt ist bzw. für den sie vorausgezahlt wird. Fällig werden die Beiträge nach § 23 Abs. 1 Satz 1 SGB IV in Verbindung mit § 10 Abs. 1 der Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler am 15. des dem jeweiligen Beitragsmonat folgenden Monats bzw. für Mitglieder der landwirtschaftlichen Krankenkasse nach Satzung der SVLFG am drittletzten Bankarbeitstag des Monats, für den sie zu zahlen sind.

Bei einer Auszahlung im Nachhinein, handelt es sich – zumindest de facto – um die Nachzahlung einer Rente. Für die beitragsrechtliche Zuordnung greift dann § 228 Abs. 2 SGB V, und zwar sowohl für die Pflichtversicherten als auch über den Verweis in § 240 Abs. 2 Satz 5 SGB V für die freiwillig und nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V Versicherten. Folglich ist die Nachzahlung mit dem jeweiligen Teilbetrag den Monaten zuzuordnen, für die die Rente nachgezahlt wird. Die Fälligkeit der Beiträge – aus der gesamten Nachzahlung – würde bei dieser Fallgestaltung jedoch erst dann eintreten, wenn die Nachzahlung geleistet worden ist. Mit der Abweichung von einer monatlich gleichbleibenden Beitragserhebung wäre für die Krankenkassen wie bei einmaligen Zahlungen ein erheblicher Aufwand verbunden, der angesichts der zu erwartenden relativ geringen Beiträge kaum zu rechtfertigen wäre, nicht zuletzt auch mit Blick auf den im Verwaltungsverfahren zu beachtenden Zweckmäßigkeitsgrundsatz (vgl. § 9 Satz 2 SGB X). Zudem kann es vorkommen, dass eine Auszahlung in der Mitte des Auszahlungszeitraumes erfolgt, die zum Teil eine Vorauszahlung als auch eine Nachzahlung darstellt – mit den unterschiedlichen Konsequenzen für die Beitragserhebung. Im Unterschied zur Nachzahlung einer deutschen Rente ist im vorliegenden Fall die Nachzahlung selbst und deren Höhe von vornherein bekannt. Dies rechtfertigt es, im Fall von zu erwartenden regelmäßigen Nachzahlungen –

vergleichbar mit der Verfahrensweise bei zu erwartenden einmaligen Rentenzahlungen – bereits im Vorfeld der Auszahlung die Beiträge monatlich zu erheben. Die Fälligkeit tritt sowohl bei Pflichtversicherten als auch bei den unter § 240 SGB V fallenden Versicherten jeweils am 15. des Folgemonats ein, für Mitglieder der landwirtschaftlichen Krankenkasse nach der Satzung der SVLFG am drittletzten Bankarbeitstag des Monats, für den sie zu zahlen sind.

#### **C II 1.3.4 Mehrwöchiger Zahlungsrhythmus einer laufenden Rente**

Nach dem Fälligkeitsprinzip des Beitragsrechts sind Beiträge monatlich zu erheben, was eine monatliche Zuordnung der beitragspflichtigen Einnahmen voraussetzt. Eine Zuordnung von im Wochenrhythmus gezahlten Einnahmen zu dem jeweiligen Kalendermonat, für die die Zahlungen geleistet werden, hätte zur Folge, dass permanent unterschiedlich hohe für den Monat zugrunde zu legende beitragspflichtige Einnahmen entstehen würden.

Es ist daher unumgänglich, Rentenzahlungen mit einem mehrwöchigen Zahlungsrhythmus in eine fiktive monatliche beitragspflichtige Einnahme umzurechnen. Dabei kann § 223 Abs. 2 Satz 2 SGB V herangezogen werden, wonach für die Beitragsberechnung die Woche zu 7, der Monat zu 30 und das Jahr zu 360 Tagen anzusetzen ist. Der monatliche Betrag ist dann in der Weise zu ermitteln, dass der mehrwöchige Betrag durch die entsprechende Anzahl der Kalendertage (z. B. bei vierwöchiger Zahlung durch 28) geteilt und – in Anlehnung an die Beitragsverfahrensverordnung ungerundet – mit 30 multipliziert wird.

#### **C II 1.4 Währungsumrechnung**

Sofern die gesetzliche Rente aus dem Ausland nicht in Euro gewährt wird, ist für die Bestimmung der beitragspflichtigen Einnahme eine Umrechnung der Währung in Euro erforderlich.

Im Anwendungsbereich der Verordnung (EG) 883/04 ist für die Währungsumrechnung vorrangig Artikel 90 der Verordnung (EG) 987/09 zu beachten. Die Umrechnungskurse, Übersichten zum anzuwendenden Tageskurs und Anwendungsbeispiele befinden sich auf der Internetseite oder im Extranet der DVKA unter „Umrechnungskurse“.

Nach dem Beschluss Nr. H3 der Verwaltungskommission für die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit gilt – sofern in diesem Beschluss nicht anders angegeben – der Umrechnungskurs, der an dem Tag veröffentlicht wurde, an dem der Träger den entsprechenden Vorgang ausführt, das heißt an dem die Beiträge aus der ausländischen Rente festgesetzt werden. Dies gilt auch für eine rückwirkende Festsetzung bzw. Nachforderung von Beiträgen.

Sofern keine vorrangige Regelung im über- oder zwischenstaatlichen Recht zur Anwendung kommt, ist für die Währungsumrechnung auf § 17a SGB IV zurückzugreifen. Danach wird in fremder Währung erzieltetes Einkommen ebenfalls nach dem Referenz(wechsel)kurs, den die EZB öffentlich bekannt gibt, umgerechnet. Für den Bezugszeitpunkt des anzuwendenden

Wechselkurses ist für die Beitragserhebung aus ausländischen Renten § 17a Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB IV zu beachten.

## **C II 2 Beitragssatz**

### **C II 2.1 Beitragssatz in der Krankenversicherung**

Da der ausländische Rentenversicherungsträger an den Beiträgen nicht beteiligt ist und damit das Mitglied die Beiträge aus der ausländischen Rente allein zu tragen hat, ist in § 247 Satz 2 SGB V ein für diese Einnahmeart geltender besonderer Beitragssatz festgeschrieben. Dieser Beitragssatz beträgt die Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes (§ 241 SGB V) zuzüglich 0,45 Beitragssatzpunkte. Damit ergibt sich ein Beitragssatz von zurzeit  $(15,5 : 2 + 0,45 =) 8,2\%$ . Auf diesem Weg wird eine gleiche Beitragsbelastung für den Versicherten erreicht wie für deutsche Renten nach § 249a SGB V  $([15,5 - 0,9] : 2 + 0,9 = 8,2\%)$ .

Aufgrund dieses besonderen Beitragssatzes ist entscheidend, ob eine Altersvorsorgeleistung aus dem Ausland den Versorgungsbezügen oder den Renten der gesetzlichen Rentenversicherung zuzuordnen ist.

### **C II 2.2 Beitragssatz in der Pflegeversicherung**

Für gesetzliche Renten aus dem Ausland gelten ohne Besonderheiten die gesetzlichen Regelungen über den Beitragssatz in der sozialen Pflegeversicherung nach § 55 SGB XI.

## **C II 3 Tragung der Beiträge**

Die Beiträge zur Krankenversicherung aus ausländischen Renten nach § 228 Abs. 1 Satz 2 SGB V tragen die Rentner allein (§ 249a Satz 2 SGB V). Der ausländische Rentenversicherungsträger kann an der Tragung der Beiträge nicht beteiligt werden. In § 250 Abs. 3 SGB V wird klargestellt, dass von dem Grundsatz der alleinigen Tragung der Beiträge für die Versicherungspflichtigen nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V neben dem Arbeitsentgelt nur die Renten der gesetzlichen Rentenversicherung nach § 228 Abs. 1 Satz 1 SGB V und damit nur die deutschen Renten ausgenommen sind.

Für die Tragung der Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung aus ausländischen Renten gilt die besondere Regelung des § 59 Abs. 1 Satz 1 zweiter Halbsatz SGB XI, wonach die Beiträge aus der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung vom Mitglied allein zu tragen sind. Da bei inländischen Renten ebenfalls kein Zuschuss mehr zu den Pflegeversicherungsbeiträgen gewährt wird, wird auch hinsichtlich der Beitragsbelastung zur Pflegeversicherung eine Gleichschaltung von ausländischen mit inländischen Renten erreicht.

## **C II 4            Zahlung der Beiträge**

Die besondere Regelung für die Zahlung der Beiträge zur Krankenversicherung von Versicherungspflichtigen aus der Rente nach § 255 Abs. 1 Satz 1 SGB V wird auf die Renten nach § 228 Abs. 1 Satz 1 SGB V und damit auf deutsche Renten beschränkt. Für die Zahlung der Beiträge aus einer ausländischen Rente gilt damit der Grundsatz des § 252 Abs. 1 Satz 1 SGB V, wonach die Beiträge von demjenigen zu zahlen sind, der sie zu tragen hat.

Für die Zahlung der Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung greift die Auffangregelung des § 60 Abs. 1 Satz 1 SGB XI, wonach die Beiträge von demjenigen zu zahlen sind, der sie zu tragen hat; die Verweisung im Satz 2 dieser Vorschrift erfasst nicht gesetzliche Renten aus dem Ausland.

Die Fälligkeit der Beiträge aus ausländischen Renten wird von § 23 Abs. 1 Satz 1 SGB IV erfasst, wonach der GKV-Spitzenverband den Fälligkeitstag bestimmt. Die Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler sehen in § 10 Abs. 1 für alle von den Versicherten selbst zu zahlenden Beiträge den 15. des dem Beitragsmonat folgenden Monats als Fälligkeitstag vor, für Mitglieder der landwirtschaftlichen Krankenkasse nach der Satzung der SVLFG am drittletzten Bankarbeitstag des Monats, für den sie zu zahlen sind.

Für die Erhebung von Säumniszuschlägen gilt § 24 SGB IV.

## **C II 5            Sozialausgleich**

Eine gesetzliche Rente aus dem Ausland wird als beitragspflichtige Einnahme ebenfalls vom Sozialausgleich nach § 242b SGB V erfasst. Ausführungen zum Sozialausgleich, der unter bestimmten Bedingungen durch Verringerung des Beitragsanteils des Mitglieds durchzuführen ist, enthält das gemeinsame Rundschreiben „Beitrags- und melderechtliche Auswirkungen des Sozialausgleichs nach § 242b SGB V“ in der jeweils geltenden Fassung. Ergänzend dazu wird auf Folgendes hingewiesen:

Hat ein Mitglied zeitgleich mehrere beitragspflichtige Einnahmen und handelt es sich bei einer beitragspflichtigen Einnahme um eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung nach § 228 SGB V, deren Höhe 260 EUR übersteigt, so führt nach § 242b Abs. 3 Satz 3 SGB V stets der Rentenversicherungsträger den verringerten Mitgliedsbeitrag ab („Berechnungsverfahren I“). Obgleich hier unverändert auf § 228 SGB V in Gänze verwiesen wird, ist, da für gesetzliche Renten aus dem Ausland keine den Beitrag abführende Stelle existiert, davon auszugehen, dass diese Sonderregelung ausschließlich für eine deutsche Rente gilt.

Sofern ein Versicherungspflichtiger (z. B. in der KVdR oder als Beschäftigter) eine gesetzliche Rente aus dem Ausland bezieht und Anspruch auf Sozialausgleich hat, führt die Krankenkasse

unter Beachtung des § 242b Abs. 3 Satz 2 und 3 SGB V bezogen auf die gesetzliche Rente aus dem Ausland entweder das Berechnungsverfahren I oder das Berechnungsverfahren II durch.

### **C III            Mitteilungs-/Nachweisverfahren**

Eine Mitteilungspflicht des jeweiligen ausländischen Rentenversicherungsträgers über den Bezug einer Rente gegenüber den deutschen Krankenkassen ist im über- oder zwischenstaatlichen Recht bislang nicht vorgesehen.

Obgleich der deutsche Rentenversicherungsträger im Rahmen der Beantragung einer deutschen Rente aus verschiedenen Gründen ermittelt, ob eine ausländische Rente beantragt oder bezogen wird, sieht das Gesetz keine entsprechende Ausweitung der Mitteilungspflichten des Rentenversicherungsträgers gegenüber der Krankenkasse vor. Der Tatbestand des Bezuges einer ausländischen Rente ist damit von der Krankenkasse auf der Grundlage der Auskunftspflichten und Mitteilungspflichten des Versicherten nach § 206 SGB V zu erheben. Eine entsprechende Abfrage erfolgt u. a. in der Meldung zur KVdR nach § 201 Abs. 1 SGB V.

Damit die Krankenkassen ihrer Verpflichtung zur vollständigen Erhebung der Beiträge nachkommen können, haben sie auch außerhalb des Antragsverfahrens einer deutschen Rente die dafür in Frage kommenden (die Beiträge nicht selbst zahlenden) Mitglieder bei jeder sich bietenden Gelegenheit auf die Pflicht zur Angabe des Bezuges einer ausländischen Rente hinzuweisen bzw. konkret zu befragen (z. B. anlässlich der Neubegründung einer Mitgliedschaft bzw. bei Wechsel der Krankenkasse).

Über die Art des Nachweises einer ausländischen Rente entscheidet die Krankenkasse nach pflichtgemäßem Ermessen.

# Prüfschema Übergangszahlungen



**Top 2**

**Auslegungs- und Umsetzungsfragen zur obligatorischen Anschlussversicherung nach  
§ 188 Abs. 4 SGB V**

---

**Sachverhalt:**

Mit Wirkung vom 1. August 2013 wurde durch das Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung vom 15. Juli 2013 (BGBl I S. 2423) eine obligatorische Anschlussversicherung im Status einer freiwilligen Mitgliedschaft (vgl. § 188 Abs. 4 SGB V) eingeführt. Sie sieht vor, dass sich die Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger nach Beendigung des jeweiligen Versicherungspflichttatbestandes oder die Familienversicherung im Falle ihrer Beendigung grundsätzlich als freiwillige Mitgliedschaft verpflichtend fortsetzt, wenn sich nicht eine weitere Versicherungspflicht oder eine Familienversicherung anschließt oder unter weiteren Voraussetzungen der Austritt erklärt wird. Zwecks einheitlicher Anwendung dieser Regelung durch die Krankenkassen hat der GKV-Spitzenverband mit Rundschreiben Nr. 2013/415 vom 17. September 2013 sowie Nr. 2013/448 vom 10. Oktober 2013 erste Auslegungshinweise hierzu veröffentlicht. Zwischenzeitlich haben sich aus der Praxis weitere Fragen zur Umsetzung der Regelung ergeben.

**Ergebnis:**

Zur Sicherung einer einheitlichen Rechtsanwendung bei der Durchführung der obligatorischen Anschlussversicherung sind folgende Auslegungshinweise zu beachten:

1. Nachweis eines anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall

Die obligatorische Anschlussversicherung ist kraft Gesetzes ausgeschlossen bzw. kann im Wege einer Austrittserklärung verhindert werden, wenn für die betroffene Person in einem lückenlosen Anschluss an die beendete Versicherungspflicht oder Familienversicherung ein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall gegeben ist. Das Bestehen eines anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall ist jeweils nachzuweisen (vgl. § 188 Abs. 4 Satz 2 und 3 SGB V). Die Form der Nachweisführung ist gesetzlich nicht geregelt. Daher entscheidet jede Krankenkasse nach pflichtgemäßem Ermessen zur Ermittlung des Sachverhalts, welche Beweismittel (Nachweise) sie für erforderlich hält (vgl. § 21 SGB X).

2. Krankenkassenwechsel anlässlich der Begründung einer freiwilligen Mitgliedschaft im Anschluss an eine Familienversicherung

Für Personen, deren Familienversicherung endet, bestehen im Hinblick auf die Fortführung der Versicherung im Rahmen einer freiwilligen Mitgliedschaft regelmäßig zwei Optionen. Einerseits können sie unter den Voraussetzungen des § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V jeder nach § 173 SGB V wählbaren Krankenkasse beitreten. Andererseits unterliegen sie grundsätzlich den Regelungen der obligatorischen Anschlussversicherung nach § 188 Abs. 4 SGB V, die dazu führen, dass die Versicherung als freiwillige Mitgliedschaft bei der bisherigen Krankenkasse, bei der die Familienversicherung bestand, fortgeführt wird.

Entscheidet sich der Betroffene für den Beitritt zu einer wählbaren Krankenkasse, müsste nach wortgetreuer Anwendung des § 188 Abs. 4 Satz 1 und 2 SGB V zur Verhinderung der obligatorischen Anschlussversicherung gegenüber der bisherigen Krankenkasse fristgemäß der Austritt erklärt werden. Dies würde allerdings in den Fällen, in denen eine Austrittserklärung mit Blick auf die bereits ausgeübte Krankenkassenwahl unterbleibt, zu einer mit der Zielsetzung der Neuregelung des § 188 Abs. 4 SGB V nicht konformen „doppelten“ freiwilligen Mitgliedschaft bei unterschiedlichen Krankenkassen führen. Um diese nicht gewollte Rechtsfolge auszuschließen, bedarf es bei derartigen Sachverhalten – entsprechend einer sinngemäßen Anwendung des § 188 Abs. 4 Satz 3 SGB V – für den Ausschluss der obligatorischen Anschlussversicherung keiner Austrittserklärung innerhalb von zwei Wochen nach Hinweis der bisherigen Krankenkasse. Stattdessen ist hierfür die an keine Fristen gebundene Nachweisführung der anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall ausreichend, die sich im Übrigen typischerweise im Rahmen einer Meldung nach § 9 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 der Familienmeldegrundsätze des GKV-Spitzenverbandes vollzieht.

3. Obligatorische Anschlussversicherung während eines vorübergehenden Auslandsaufenthalts

Für Personen, die sich vorübergehend im Ausland aufhalten, ohne ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt (vgl. § 3 SGB IV in Verb. mit § 30 SGB I) in Deutschland aufzugeben, findet § 188 Abs. 4 SGB V weiterhin Anwendung, sofern nicht etwaige Kollisionsregelungen des über- und zwischenstaatlichen Rechts zum Ausschluss der deutschen Krankenversicherung führen. Die Durchführung der obligatorischen Anschlussversicherung in derartigen



**Ergebnisniederschrift  
Fachkonferenz Beiträge  
19. November 2013**



Fallkonstellationen obliegt den allgemeinen Regeln für die freiwillige Krankenversicherung. Hinsichtlich der Beurteilung einer privaten Auslandsrankenversicherung als anderweitige Absicherung im Krankheitsfall im Sinne des § 188 Abs. 4 Satz 2 SGB V, ist das Ergebnis der Fachkonferenz Beiträge am 12. Oktober 2009 (vgl. unter Top 2 der Ergebnisniederschrift) sinngemäß anzuwenden.



**Ergebnisniederschrift  
Fachkonferenz Beiträge  
19. November 2013**



### Top 3

#### **Bemessung der Beiträge der freiwillig krankenversicherten Arbeitnehmer bei Bezug von beitragspflichtigen arbeitgeberseitigen Leistungen nach § 23c SGB IV**

---

##### **Sachverhalt:**

Für freiwillig krankenversicherte Arbeitnehmer, denen für die Zeit des Bezugs von Krankengeld oder anderen Entgeltersatzleistungen arbeitgeberseitige Leistungen weitergewährt werden, die nach Maßgabe der Bestimmung in § 23c SGB IV als beitragspflichtiges Arbeitsentgelt zu werten sind, basiert die Beitragsbemessung auf der seit dem 1. Januar 2009 für alle Krankenkassen verbindlich geltenden Regelung des § 7 Abs. 1 Satz 2 der Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler. Danach sind abweichend von dem Grundsatz, wonach die Beiträge für die Personengruppe der wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V krankenversicherungsfreien Arbeitnehmer regelmäßig nach der Beitragsbemessungsgrenze bemessen werden (§ 7 Abs. 1 Satz 1 der Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler), für die Dauer des Bezugs derart weitergewährter arbeitgeberseitiger Leistungen lediglich diese Einnahmen der Beitragspflicht zu unterwerfen. Insoweit wird mit dieser Regelung die für pflichtversicherte Arbeitnehmer unmittelbar aus § 23c SGB IV resultierende besondere Einnahmenbestimmung auch für freiwillig krankenversicherte Arbeitnehmer für anwendbar erklärt.

Die Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler schreiben allerdings nicht ausdrücklich vor, wie einmalig gezahltes Arbeitsentgelt beitragsrechtlich zuzuordnen ist, wenn es während der Zeit des Bezugs von Krankengeld oder anderen Entgeltersatzleistungen, in denen arbeitgeberseitige Leistungen in beitragspflichtigem Umfang weitergewährt werden (§ 23c SGB IV-Bezugszeitraum) oder nach diesem Zeitraum im Laufe des Kalenderjahres oder im ersten Quartal des Folgejahres gezahlt wird (hierzu Näheres unter a). Ferner ist nicht ausdrücklich geregelt, wie die Beiträge zu bemessen bzw. zu begrenzen sind, wenn der § 23c SGB IV-Bezugszeitraum im Laufe des Monats beginnt oder endet und der Arbeitnehmer für die übrigen Tage des Monats (sog. Teilmonat) ein Arbeitsentgelt erhält, das die für den Teilmonat maßgebende anteilige Beitragsbemessungsgrenze überschreitet (hierzu Näheres unter b).



a) Zuordnung von einmalig gezahltem Arbeitsentgelt

Nach § 5 Abs. 3 Satz 2 der Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler ist einmalig gezahltes Arbeitsentgelt aus einer Beschäftigung anders als bei pflichtversicherten Arbeitnehmern nicht nach den Vorgaben des § 23a SGB IV, sondern hiervon abweichend beitragsrechtlich zuzuordnen. Die beitragsrechtliche Zuordnung von Einmalzahlungen geht bei Arbeitnehmern, die wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V versicherungsfrei sind, in der typisierenden Regelung des § 7 Abs. 1 der Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler auf. Danach werden die beitragspflichtigen Einnahmen dieser Personengruppe in Höhe der Beitragsbemessungsgrenze fingiert. Für die Beitragsbemessung findet dementsprechend eine Unterscheidung zwischen laufendem und einmalig gezahltem Arbeitsentgelt nicht statt; infolgedessen kommt auch eine konkrete Zuordnung der Einmalzahlung nach den für pflichtversicherte Arbeitnehmer geltenden Regelungen des § 23a SGB IV nicht in Betracht.

Die vorstehenden Grundsätze zur beitragsrechtlichen Zuordnung von einmalig gezahltem Arbeitsentgelt bei freiwillig krankenversicherten Arbeitnehmern lassen den Schluss zu, dass Einmalzahlungen, die während eines § 23c SGB IV-Bezugszeitraums oder nach diesem Zeitraum im Laufe des Kalenderjahres oder im ersten Quartal des Folgejahres gewährt werden, beitragsrechtlich nicht konkret zugeordnet werden können, zumal eine ausdrückliche Regelung hierfür nicht existiert.

b) Beitragsberechnung in nicht vollständig mit § 23c SGB IV-Bezugszeiten belegten Monaten

Die beitragspflichtigen Einnahmen der freiwilligen Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung werden grundsätzlich kalendertäglich bestimmt. Dem entspricht auch die Regelung in § 7 Abs. 1 Satz 1 der Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler. Danach gilt für die Personengruppe der Arbeitnehmer, die wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze versicherungsfrei sind, für den Kalendertag  $1/30$  der monatlichen Beitragsbemessungsgrenze (§ 223 Abs. 3 SGB V) als beitragspflichtige Einnahmen. Für die Berechnung der Beiträge ist der auf den Kalendertag entfallende ungerundete Betrag der beitragspflichtigen Einnahmen mit der Anzahl der für den Beitragsmonat maßgebenden Kalendertage der Mitgliedschaft zu



**Ergebnisniederschrift  
Fachkonferenz Beiträge  
19. November 2013**



multiplizieren (§ 9 Abs. 2 der Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler). Das Berechnungsverfahren trägt somit dem Umstand Rechnung, dass die beitragspflichtigen Einnahmen grundsätzlich kalendertäglich bestimmt werden, die Beiträge aber monatlich zu erheben sind und dementsprechend auch monatlich, unter Berücksichtigung der für den Beitragsmonat maßgebenden Kalendertage der beitragspflichtigen Mitgliedschaft, berechnet werden.

Die auf den Kalendertag bezogene Bemessung der Beiträge legt mithin ein Verständnis nahe, dass in den Fällen, in denen innerhalb einer bestehenden beitragspflichtigen freiwilligen Mitgliedschaft im Laufe eines (Beitrags-)Monats ein Personengruppenwechsel vollzogen oder – bei unveränderter Personengruppenzugehörigkeit – ein Tatbestand erfüllt wird, dem besondere beitragsrechtliche Bedeutung zukommt (z. B. Bezug von Kurzarbeitergeld oder Bezug von Einnahmen, die nur nach den Bestimmungen des § 23c Abs. 1 SGB IV der Beitragspflicht unterliegen), diese jeweilige Änderung hinsichtlich der Beitragsbemessung untermonatlich zu berücksichtigen ist. Beginnt oder endet ein § 23c SGB IV-Bezugszeitraum im Laufe des Monats (bei regulärer Arbeitsentgeltzahlung für die übrigen Tage des Monats), hat somit eine untermonatliche Trennung der Zeiträume für Zwecke der Beitragsbemessung stattzufinden. Demnach sind die Beiträge für die Tage des Monats, die außerhalb des § 23c SGB IV-Bezugszeitraums liegen, nach der für diesen Tage maßgebenden anteiligen monatlichen Beitragsbemessungsgrenze zu bemessen, und zwar unabhängig von der Höhe des in diesem Teilmonat erzielten Arbeitsentgelts; die beitragspflichtige Einnahme nach § 23c SGB IV unterliegt eigenständig nur für den § 23c SGB IV-Bezugszeitraum der Beitragspflicht.

Ein solches Verständnis wird der Intention der Regelung in § 7 Abs. 1 Satz 2 der Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler allerdings dann nicht gerecht, wenn eine vollumfängliche beitragsrechtliche Gleichbehandlung zwischen pflichtversicherten Arbeitnehmern und freiwillig versicherten Arbeitnehmern erzielt werden soll. Hierfür wäre das im Teilmonat erzielte Arbeitsentgelt zuzüglich der beitragspflichtigen Einnahme nach § 23c SGB IV unter Zugrundelegung der monatlichen Beitragsbemessungsgrenze für die Beitragsbemessung heranzuziehen. Dies entspricht im Übrigen der in Abschnitt 8.1.3 sowie im Beispiel 16 des gemeinsamen Rundschreibens der Spitzenorganisationen der Sozialversicherung vom 13. November 2007 zur beitragsrechtlichen Behandlung von arbeitgeberseitigen Leistungen während des Bezugs von Entgeltersatzleistungen (Sozialleistungen) beschriebenen Berechnungsweise, die zumindest bis Ende 2008 maßgebend war. Insofern ist einzuräumen, dass die Regelungen in den Beitragsverfahrensgrundsätzen Selbstzahler und die vorgenannten Aussagen in dem



gemeinsamen Rundschreiben vom 13. November 2007 für Zeiträume ab dem 1. Januar 2009 nicht widerspruchsfrei zueinander stehen.

**Ergebnis:**

1.1 Bei der Beitragsbemessung der freiwillig krankenversicherten Arbeitnehmer, denen eine Einmalzahlung während eines § 23c SGB IV-Bezugszeitraums oder nach diesem Zeitraum im Laufe des Kalenderjahres oder im ersten Quartal des Folgejahres gewährt wird, findet keine konkrete beitragsrechtliche Zuordnung der Einmalzahlung zu einem bestimmten Entgeltabrechnungszeitraum nach den für pflichtversicherte Arbeitnehmer geltenden Regelungen des § 23a SGB IV statt. Die Einmalzahlung wird stattdessen beitragsrechtlich abstrakt bei der Beitragsbemessung in der Zeit vor und nach dem § 23c SGB IV-Bezugszeitraum berücksichtigt.

Beispiel (für das Jahr 2013)

freiwillig krankenversicherter Arbeitnehmer  
versicherungsfrei wegen Überschreitens der JAE-Grenze  
monatliches Arbeitsentgelt i. H. v. 4.000 EUR

Bezug von Krankengeld in der Zeit vom 01.07. bis 31.07.  
beitragspflichtige arbeitgeberseitige Leistung nach § 23c SGB IV i. H. v. 400 EUR

Einmalzahlung im November i. H. v. 3.000 EUR

Bemessung der Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge:

- Januar bis Juni aus jeweils 3.937,50 EUR (Beitragsbemessungsgrenze)
- Juli aus 400 EUR (arbeitgeberseitige Leistung)
- August bis Dezember aus jeweils 3.937,50 EUR (Beitragsbemessungsgrenze)

1.2 Die besondere Regelung des § 7 Abs. 1 Satz 2 der Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler lässt keine von dem vorstehenden Ergebnis abweichende Schlussfolgerung zu. Hieraus kann insbesondere nicht der Rückschluss gezogen werden, dass eine beitragsrechtliche „Verlagerung“ von im Laufe des Jahres oder im ersten Quartal des Folgejahres gewährten Einmalzahlungen in den § 23c SGB IV-Bezugszeitraum, der in der Regel nicht vollständig mit Beiträgen bis zur (anteiligen) Beitragsbemessungsgrenze ausgeschöpft ist, auch bei frei-



willing versicherten Arbeitnehmern stattzufinden hat. Denn eine solche – bei den pflichtversicherten Arbeitnehmern angeordnete – beitragsrechtliche „Verlagerung“ hat ihre Grundlage in § 23a SGB IV, nicht dagegen in § 23c SGB IV.

1.3 Auch das gemeinsame Rundschreiben der Spitzenorganisationen der Sozialversicherung vom 13. November 2007 zur beitragsrechtlichen Behandlung von arbeitgeberseitigen Leistungen während des Bezugs von Entgeltersatzleistungen (Sozialleistungen) weicht in seinen Aussagen nicht von dem vorstehend beschriebenen Ergebnis ab, ungeachtet dessen, dass bis Ende 2008 das Recht zur näheren Ausgestaltung der Beitragsbemessung der freiwilligen Mitglieder in die Satzungsautonomie der Krankenkassen gestellt war. Die dort getroffenen Aussagen bestätigen vielmehr die mit den Beitragsverfahrensgrundsätzen Selbstzahler übernommenen Grundsätze. Insbesondere unter Abschnitt 8.1.3 (Beitragsberechnung) des gemeinsamen Rundschreibens heißt es, dass Beitragsbemessungsgrundlage für Zeiten des Bezugs von Krankengeld dementsprechend der Teil der arbeitgeberseitigen Leistungen ist, der als beitragspflichtige Einnahme nach Maßgabe des § 23c SGB IV zu bewerten ist. Genau diese Aussage ist für die Zeit ab 2009 in den Beitragsverfahrensgrundsätzen Selbstzahler festgeschrieben. Soweit im dann folgenden Absatz des gemeinsamen Rundschreibens ausgeführt wird, dass keine Einwände bestehen, wenn die Beiträge der freiwillig krankenversicherten Arbeitnehmer so berechnet werden wie bei pflichtversicherten Arbeitnehmern, betrifft die Aussage allein die Beitragsberechnung für den Abrechnungszeitraum, in dem das Krankengeld bezogen wird. Sollte daraus abgeleitet worden sein, dass damit auch eine beitragsrechtliche „Verlagerung“ von im Laufe des Jahres oder im ersten Quartal des Folgejahres gewährten Einmalzahlungen in den § 23c SGB IV–Bezugszeitraum stattzufinden hat, war ein solcher Rückschluss unzulässig, vor allem dann, wenn durch die Satzungsregelung der jeweiligen Krankenkasse des Arbeitnehmers (bis Ende 2008) eine den Beitragsverfahrensgrundsätzen Selbstzahler vergleichbare Ausgangslage bestand.

1.4 Die Beitragsbemessung für pflichtversicherte Arbeitnehmer einerseits und freiwillig krankenversicherte Arbeitnehmer andererseits verläuft nicht vollständig deckungsgleich. Der beitragsrechtliche Umgang mit Einmalzahlungen macht das deutlich. Diese Inkongruenz ist bereits bei der Beitragsbemessung für Zeiten des Bezugs von Kurzarbeitergeld festgestellt worden. Bei der Gewährung einer Einmalzahlung in einem vollständig nach der Kurzarbeit liegenden Entgeltabrechnungszeitraum ist diese für die Bemessung der Beiträge zur freiwilligen Krankenversicherung nicht über die Anwendung des § 23a SGB IV heranzuziehen. So



verhält es sich dem Grunde nach auch im Umgang mit § 23c SGB IV–Bezugszeiten. Sofern die Einmalzahlung in einem Entgeltabrechnungszeitraum gewährt wird, in dem Kurzarbeitergeld bezogen wurde, und für die Bemessung der Beiträge hingegen die Grundsätze des § 23a SGB IV anzuwenden sind, ist zu berücksichtigen, dass das Regelungskonzept des § 7 Abs. 1 Satz 4 der Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler – im Unterschied zur Regelung des § 7 Abs. 1 Satz 2 der Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler – detaillierte Vorgaben hinsichtlich der Beitragsbemessung von pflichtversicherten und freiwillig krankenversicherten Arbeitnehmern für die Zeit des Bezugs von Kurzarbeitergeld enthält.

2.1 In den Fällen, in denen der § 23c SGB IV–Bezugszeitraum im Laufe des Monats beginnt oder endet und der Arbeitnehmer für die übrigen Tage des Monats ein reguläres Arbeitsentgelt erhält, hat eine untermonatliche Trennung der beiden Zeiträume für Zwecke der Beitragsbemessung stattzufinden. Die Beiträge für die Tage des Monats, die außerhalb des § 23c SGB IV–Bezugszeitraums liegen, sind nach der für diesen Tage maßgebenden anteiligen monatlichen Beitragsbemessungsgrenze zu bemessen, und zwar unabhängig von der Höhe des in diesem Teilmonat erzielten Arbeitsentgelts; die beitragspflichtige Einnahme nach § 23c SGB IV unterliegt eigenständig nur für den § 23c SGB IV–Bezugszeitraum der Beitragspflicht.

Beispiel (für das Jahr 2013)

freiwillig krankenversicherter Arbeitnehmer  
versicherungsfrei wegen Überschreitens der JAE–Grenze  
monatliches Arbeitsentgelt i. H. v. 4.000 EUR

Bezug von Krankengeld ab 16.04.  
Arbeitsentgelt vom 01.04. bis 15.04 i. H. v. 2.000 EUR  
beitragspflichtige arbeitgeberseitige Leistung nach § 23c SGB IV  
vom 16.04. bis 30.04. i. H. v. 200 EUR

Bemessung der Kranken– und Pflegeversicherungsbeiträge:

- 01.04. bis 15.04. aus 1.968,75 EUR (ktgl. Beitragsbemessungsgrenze x 15 Tage)
- 16.04. bis 30.04. aus 200 EUR (arbeitgeberseitige Leistung nach § 23c SGB IV)

2.2 Die in Abschnitt 8.1.3 des gemeinsamen Rundschreibens der Spitzenorganisationen der Sozialversicherung vom 13. November 2007 zur beitragsrechtlichen Behandlung von



arbeitgeberseitigen Leistungen während des Bezugs von Entgeltersatzleistungen (Sozialleistungen) für zulässig erachtete Berechnungsweise, nach der für die Beitragsbemessung das im Teilmonat erzielte Arbeitsentgelt zuzüglich der beitragspflichtigen Einnahme nach § 23c SGB IV unter Zugrundelegung der monatlichen Beitragsbemessungsgrenze heranzuziehen ist, hat mit dem Inkrafttreten der Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler zum 1. Januar 2009 ihre Grundlage verloren.

3.1 Die vorstehenden Grundsätze zur Zuordnung von einmalig gezahltem Arbeitsentgelt (vgl. Nrn. 1.1 bis 1.4) und zur Beitragsberechnung in nicht vollständig mit § 23c SGB IV-Bezugszeiten belegten Monaten (vgl. Nrn. 2.1 bis 2.2) gelten sowohl in den Fällen, in denen die Krankenkasse die Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge berechnet und der Arbeitnehmer diese selbst zahlt, als auch in den Fällen, in denen der Arbeitgeber bei Teilnahme am sog. Firmenzahlverfahren die Beiträge seiner freiwillig krankenversicherten Arbeitnehmer zur Kranken- und Pflegeversicherung eigenständig berechnet und abführt; sie gelten nicht für die Bemessung der Beiträge zur Renten- und Arbeitslosenversicherung.

3.2 Nach den vorstehenden Grundsätzen ist spätestens vom 1. Januar 2014 an zu verfahren. Sofern in der Vergangenheit hiervon abweichend verfahren wurde, insbesondere vor dem Hintergrund der unter Abschnitt 8.1.3 sowie im Beispiel 16 des gemeinsamen Rundschreibens vom 13. November 2007 beschriebenen Vorgehensweise, behält es hierbei sein Bewenden.

4. Die Bemessung des Beitragszuschusses nach § 257 Abs. 1 SGB V orientiert sich zwingend an dem Betrag, den der Arbeitgeber als Beitragsanteil bei angenommener Versicherungspflicht des Arbeitnehmers entsprechend § 249 Abs. 1 oder 2 SGB V zu tragen hätte. Dementsprechend weicht die Bemessungsgrundlage für den Beitragszuschuss und die Bemessungsgrundlage für die Beitragsberechnung in den in diesem Besprechungsergebnis in Rede stehenden Sachverhalten voneinander ab. Gleiches gilt im Übrigen für den Beitragszuschuss zur Pflegeversicherung des freiwillig krankenversicherten Arbeitnehmers nach § 61 Abs. 1 SGB XI. Diese Abweichung ist auf die unterschiedlichen eigenständigen Regelungen zur Beitragsbemessung einerseits und zur Zuschussbemessung andererseits zurückzuführen. Eine Begrenzung des Beitragszuschusses unter Berücksichtigung der tatsächlichen Beitragshöhe ist – anders als für privat krankenversicherte Arbeitnehmer – gesetzlich nicht vorgesehen.



Ergebnisniederschrift  
Fachkonferenz Beiträge  
19. November 2013



**Top 4**

**Ermäßigung und Erlass von Beiträgen und Säumniszuschlägen nach § 256a SGB V;  
hier: Klarstellungsbedarf zu den Einheitlichen Grundsätzen zur Beseitigung finanzieller  
Überforderung bei Beitragsschulden**

---

**Sachverhalt:**

Am 1. August 2013 ist das Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung vom 15. Juli 2013 in Kraft getreten. Es sieht in § 256a Abs. 1 und 2 SGB V folgende Maßnahmen vor, die auf den Abbau und die Vermeidung von Beitragsschulden für die Gruppe der Versicherungspflichtigen nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V abzielen:

- Für Versicherungspflichtige nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V, deren Mitgliedschaft bereits bis zum 31. Juli 2013 festgestellt worden ist, sollen die für den Zeitraum zwischen dem Eintritt der Versicherungspflicht und der Anzeige der Voraussetzungen der Versicherungspflicht bei der Krankenkasse bereits festgestellten Beitragsansprüche, die noch nicht gezahlt worden sind, sowie darauf entfallende Säumniszuschläge erlassen werden („Altfallregelung“).
- Für Versicherungspflichtige nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V, deren Mitgliedschaft noch nicht festgestellt worden ist und die sich bis zum Stichtag 31. Dezember 2013 bei der Krankenkasse melden, sollen sämtliche für den Zeitraum zwischen dem Eintritt der Versicherungspflicht und der Anzeige der Voraussetzungen der Versicherungspflicht bei der Krankenkasse festgestellten Beitragsansprüche sowie darauf entfallende Säumniszuschläge erlassen werden („Stichtagsregelung“).
- Für Versicherungspflichtige nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V, die sich erst nach dem Stichtag 31. Dezember 2013 bei der Krankenkasse melden, sollen die für den Zeitraum zwischen dem Eintritt der Versicherungspflicht und der Anzeige der Voraussetzungen der Versicherungspflicht bei der Krankenkasse festgestellten Beitragsansprüche ermäßigt werden („Neufallregelung“).

Die näheren Voraussetzungen für den Erlass von Beiträgen bzw. den Umfang der Beitragsermäßigung werden durch die „Einheitlichen Grundsätze zur Beseitigung finanzieller Überfor-



derung bei Beitragsschulden“ geregelt, die der GKV-Spitzenverband aufgrund seines sich aus § 256a Abs. 4 SGB V ergebenden Regelungsauftrags unter dem Datum vom 4. September 2013 beschlossen hat. Um eine weitgehend einheitliche Anwendung durch die Krankenkassen sicherzustellen, ist der GKV-Spitzenverband im Zuge der Bekanntgabe der Einheitlichen Grundsätze mit Rundschreiben Nr. 2013/415 vom 17. September 2013 bereits auf ausgewählte Fragen und Aspekte zum Beitragserlass bzw. zur Beitragsermäßigung näher eingegangen. Zwischenzeitlich haben sich aus der Praxis weitere Fragen von grundsätzlicher Bedeutung ergeben. Diese betreffen die Leistungsinanspruchnahme als Ausschlussstatbestand für den Beitragserlass sowie die Definition des Nacherhebungszeitraums.

Darüber hinaus ist der Umgang mit Sachverhalten bei Fehlen einer Anzeige über das Vorliegen der Voraussetzungen der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V unklar. Ist die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V wegen einer Inanspruchnahme von Leistungen nach den Regelungen des Anscheinsbeweises von Amts wegen durch die Krankenkasse ohne Mitwirkung des Versicherten begründet und durchgeführt worden, lässt sich der für die Begrenzung des Nacherhebungszeitraum maßgebende Tag der Anzeige der Voraussetzungen der Versicherungspflicht nicht ohne Weiteres bestimmen. Auch die Einheitlichen Grundsätze sehen für den Umgang mit Sachverhalten bei Fehlen einer Anzeige über das Vorliegen der Voraussetzungen der Versicherungspflicht keine ausdrücklichen Regelungen vor. Fraglich ist daher, ob in diesen Fällen generell eine den Beitragserlass ausschließende Leistungsinanspruchnahme im Sinne der Einheitlichen Grundsätze vorliegt (ohne dass überhaupt ein Nacherhebungszeitraum zu ermitteln ist) oder ob die Leistungsinanspruchnahme einer Anzeige der Versicherung quasi gleichzusetzen ist, sodass sich ein fiktiver Nacherhebungszeitraum bilden lässt, der regelmäßig mit Ablauf des Monats vor der Leistungsinanspruchnahme endet, und die in Anspruch genommenen Leistungen insofern einem Beitragserlass nicht entgegenstehen.

#### **Ergebnis:**

##### **1. Leistungsinanspruchnahme als Ausschlussstatbestand für den Beitragserlass**

Jegliche Leistungsinanspruchnahme im Nacherhebungszeitraum durch das Mitglied schließt den Beitragserlass aus. Dabei ist weder nach der Art der in Anspruch genommenen Leistungen zu differenzieren noch sind die Kosten der Leistung von Bedeutung. Auch eine Erstat-



tung von in Anspruch genommenen (geringwertigen) Leistungen durch das Mitglied im Sinne eines „Rückkaufs“ zwecks Beitragserlass kommt nicht in Betracht, da das Einräumen eines solchen Gestaltungsrechts auf einen mit den Einheitlichen Grundsätzen nicht in Einklang stehenden Günstigkeitsvergleich hinausliefe. Der Entscheidungsspielraum hinsichtlich der Einreichung bzw. Nichteinreichung von Rechnungen zur Kostenerstattung – mit Wirkungen gegen bzw. für den Beitragserlass – bleibt unberührt. Gleiches gilt für die Beitragsermäßigung.

## 2. Definition des Nacherhebungszeitraums

Der Nacherhebungszeitraum im Sinne der Einheitlichen Grundsätze zur Beseitigung finanzieller Überforderung bei Beitragsschulden ist grundsätzlich der Zeitraum vom Beginn der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V bis zum Ende des Monats, der dem Tag der Anzeige der Voraussetzungen der Versicherungspflicht vorhergeht. Der Nacherhebungszeitraum endet allerdings nicht generell mit Ablauf des dem Tag der Anzeige vorhergehenden Monats. Zeigt der Versicherte die Voraussetzungen der Versicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V für einen in der Vergangenheit liegenden abgeschlossenen Zeitraum an, endet der Nacherhebungszeitraum spätestens mit dem Ende der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V. Dementsprechend ist auch die Frage, ob der Nacherhebungszeitraum mehr als drei Monate umfasst (Bagatellgrenze), in diesen Fällen unter Berücksichtigung dieses „verkürzten“ Zeitraums zu beantworten.

## 3. Fehlen einer Anzeige über das Vorliegen der Voraussetzungen der Versicherungspflicht

Je nachdem, ob man der Inanspruchnahme von Leistungen nur bis zum Ende des Monats vor Anzeige der Voraussetzungen berücksichtigt oder ob die Intention der Einheitlichen Grundsätze in den hier in Rede stehenden Fällen nicht vielmehr verlangt, jegliche Leistungsanspruchnahme vor der Feststellung der Voraussetzungen der Versicherungspflicht durch die Krankenkasse Bedeutung beizumessen, ergeben sich unterschiedliche Lösungsszenarien. Bei dieser Ausgangslage wird es zumindest für vertretbar erachtet, die Leistungsanspruchnahme einer Anzeige der Versicherung gleichzusetzen, sodass sich ein Nacherhebungszeitraum bilden lässt und ein Beitragserlass unter den weiteren Voraussetzungen (Nacherhebungszeitraum umfasst mehr als 3 Monate) in Betracht kommt. Eine gewisse Inkonsistenz,



**Ergebnisniederschrift  
Fachkonferenz Beiträge  
19. November 2013**



die darin besteht, dass die Erbringung von Leistungen den Beitragserlass zwar grundsätzlich ausschließt, aber gerade in den hier in Rede stehenden Fällen, in denen die Durchführung der Versicherungspflicht vordergründig durch die Leistungsanspruchnahme geprägt ist, der Ausschluss keine Wirkung entfaltet, ist insoweit hinzunehmen.



Ergebnisniederschrift  
Fachkonferenz Beiträge  
19. November 2013



Teilnehmerliste

---

<u>Name</u>	<u>Kassenart, Organisation</u>
Frau Moswald	AOK
Herr Neugebauer	AOK
Frau Nommensen	BKK
Herr Weißenborn	BKK
Frau Zillner	BKK
Herr Berkemeier	EK
Frau Schade	EK
Herr Sieben	EK
Herr Holzki	IKK
Frau Wulff	IKK
Herr Majrchzak	Knappschaft
Herr Methler	Knappschaft
Herr Knatz	SVLFG
Herr Eckhardt	GKV-SV
Herr Heller	GKV-SV
Herr Janas	GKV-SV
Herr Kulaß	GKV-SV
Frau Riesen	GKV-SV
Herr Thiemann	GKV-SV
Herr Uelschen	GKV-SV

