Spitzenverband

RUNDSCHREIBEN

RS 2022/452 vom 27.07.2022

Grundsätzliche Hinweise „Versicherungs-, beitrags- und melderechtliche Regelungen für Versorgungsbezüge, Arbeitseinkommen und gesetzliche Renten aus dem Ausland bei Versicherungspflichtigen“

Themen: Mitgliedschaft/Beiträge

Ihre Ansprechpartner/-innen:

Holger Eckhardt

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

Kurzbeschreibung: Die Grundsätzlichen Hinweise vom 10. Juli 2018 wurden überarbeitet und werden in der neuen Fassung vom 29. Juni 2022 bekannt gegeben.

Sehr geehrte Damen und Herren,

die o. a. Grundsätzlichen Hinweise vom 10. Juli 2018 wurden anlässlich zwischenzeitlich eingetretener gesetzlicher Änderungen überarbeitet und aktualisiert.

Einen Schwerpunkt bildete die Einführung eines Freibetrags in der Krankenversicherung auf Leistungen der betrieblichen Altersversorgung zum 1. Januar 2020 durch das GKV-Betriebsrentenfreibetragsgesetz vom 21. Dezember 2019 (vergleiche Abschnitt A.1.1.12). Des Weiteren ist die Einfügung des § 226 Absatz 2 Satz 3 SGB V durch das Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) vom 11. Juli 2021 hervorzuheben, durch die das Verfahren der Beitragsbemessung nach dem Arbeitseinkommen bei Pflichtversicherten ab 20. Juli 2021 auf eine gesetzliche Grundlage gestellt worden ist (vergleiche

Abschnitt B.1.1.3.1). Daneben sind diverse zwischenzeitliche Urteile der Sozialgerichtsbarkeit, Besprechungsergebnisse sowie neue oder veränderte Rechtsauslegungen in das Dokument eingeflossen.

Hinweisen möchten wir auch auf die Beispiele zur Berücksichtigung des Freibetrags bei Überschreiten der Beitragsbemessungsgrenze im Abschnitt A.1.1.12.6 sowie – bezogen auf vergleichbare Renten aus dem Ausland – zur Währungsumrechnung im Abschnitt C.1.1.4.

Der Vordruck „Meldung nach § 202 Absatz 1 Satz 1 SGB V über die Beantragung einer Waisenrente einer berufsständischen Versorgungseinrichtung“ ist im Übrigen – mit wenigen inhaltlichen Änderungen – Anlage der Grundsätzlichen Hinweise geworden.

Mit freundlichen Grüßen
GKV-Spitzenverband

Anlage

1. Grundsätzliche Hinweise „Versicherungs-, beitrags- und melderechtliche Regelungen für Versorgungsbezüge, Arbeitseinkommen und gesetzliche Renten aus dem Ausland bei Versicherungspflichtigen“ vom 29. Juni 2022

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

Spitzenverband

Grundsätzliche Hinweise Versicherungs-, beitrags- und melderechtliche Regelungen für Versorgungsbezüge, Arbeitseinkommen und gesetzliche Renten aus dem Ausland bei Versicherungspflichtigen vom 29. Juni 2022

GKV-Spitzenverband
Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin
Telefon 030 206288-0
Fax 030 206288-88
www.gkv-spitzenverband.de

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 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 grundsätzlich von sich aus keine Versicherungspflicht in der Kranken- und Pflegeversicherung entstehen; lediglich Bezieher einer der Waisenrente in der gesetzlichen Rentenversicherung entsprechenden Leistung einer berufsständischen Versorgungseinrichtung unterliegen unter bestimmten Bedingungen der Versicherungspflicht in der Kranken- und Pflegeversicherung (Abschnitt D).

Mit dem Ziel einer einheitlichen Umsetzung behandeln die vorliegenden Grundsätzlichen Hinweise im Sinne einer Handlungsempfehlung für die Krankenkassen die wesentlichen Auslegungsfragen zum Versicherungs-, Beitrags- und Melderecht der vorgenannten Einnahmen für den Personenkreis der Versicherungspflichtigen.

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 Gemeinsamen Rundschreibens des GKV-Spitzenverbandes und der Deutschen Rentenversicherung Bund zur Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner in der jeweils geltenden Fassung

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 Absatz 1 Nummer 13 SGB V Versicherte) 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 Absatz 1 Satz 2 SGB V auch im Beitragsrecht der freiwilligen Versicherung sowie der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V.

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

Hinweis:
Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf geschlechterspezifische Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen in den Grundsätzlichen Hinweisen gelten daher gleichermaßen für alle Geschlechter.

Inhaltsverzeichnis

A. Versorgungsbezüge 8

A.1 Beiträge 8
A.1.1 Beitragspflichtige Einnahmen 8
A.1.1.1 Allgemeines 8
A.1.1.1.1 Betroffene Personenkreise 8
A.1.1.1.2 Definition der Versorgungsbezüge 9
A.1.1.1.3 Form der Auszahlung 10
A.1.1.1.4 Zahlbetrag 11
A.1.1.2 Versorgungsbezüge aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis oder aus einem Arbeitsverhältnis mit Anspruch auf Versorgung nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen („Pensionen“) 12
A.1.1.3 Versorgung der Abgeordneten, Minister und Parlamentarischen Staatssekretäre 14
A.1.1.4 Renten der Versicherungs- und Versorgungseinrichtungen, die für Angehörige bestimmter Berufe errichtet sind („Berufsständische Versorgungsleistungen“) .. 14
A.1.1.5 Renten und Landabgaberente nach dem Gesetz über die Alterssicherung für Landwirte 15
A.1.1.6 Renten der betrieblichen Altersversorgung (bAV) 16
A.1.1.6.1 Allgemeines 16
A.1.1.6.2 Betriebliche Altersversorgung von arbeitnehmerähnlichen Personen 20
A.1.1.6.3 Umfang der Beitragspflicht bei privater Fortführung einer betrieblichen Altersversorgung 21
A.1.1.6.3.1 Allgemeines 21
A.1.1.6.3.2 Berechnung des betrieblichen Anteils 23
A.1.1.6.4 „Riester-Renten“ 25
A.1.1.6.5 Übergangszahlungen 27
A.1.1.6.6 Leistungen im Sterbemonat 29
A.1.1.6.7 Sterbegeldzahlungen 29
A.1.1.7 Übertragung von Versorgungsanwartschaften in der bAV 31
A.1.1.8 Versorgungsbezüge aus dem Ausland 32
A.1.1.9 Kapitalabfindungen und Kapitalleistungen 32
A.1.1.9.1 Allgemeines 32
A.1.1.9.2 Kapitalabfindungen 33
A.1.1.9.3 Kapitalleistungen 34
A.1.1.9.4 Beitragsrechtliche Beurteilung von Abfindungen insbesondere betrieblicher Altersversorgung einschließlich der Auszahlung von Rückkaufswerten 36
A.1.1.10 Hinterbliebenenversorgung 38
A.1.1.10.1 Allgemeines 38
A.1.1.10.2 Leistungen aus einer bAV an hinterbliebene Kinder (Waisenversorgung) 39

A.1.1.10.3 Leistungen aus einer bAV an hinterbliebene Ehegatten/Lebenspartner (Witwen- und Witwerversorgung) ... 41
A.1.1.10.4 Leistungen an Hinterbliebene im Sinne des § 229 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bis 4 SGB V ... 41
A.1.1.11 Mindesteinnahmegrenze ... 42
A.1.1.12 Freibetrag auf Leistungen der betrieblichen Altersversorgung ... 43
A.1.1.12.1 Allgemeines ... 43
A.1.1.12.2 Grundsätze der Berechnung ... 44
A.1.1.12.3 Freibetrag auch bei Leistungen der betrieblichen Altersversorgung aus dem Ausland ... 45
A.1.1.12.4 Freibetrag auch bei Kapitalabfindungen und Kapitalleistungen aus der betrieblichen Altersversorgung ... 47
A.1.1.12.5 Auswirkung des Freibetrags bei nach § 5 Absatz 1 Nummer 9 und 10 SGB V versicherungspflichtigen Studenten und Praktikanten ... 48
A.1.1.12.6 Berücksichtigung des Freibetrags bei Überschreiten der Beitragsbemessungsgrenze ... 49
A.1.1.12.7 Gleichzeitiger Bezug mehrerer Leistungen der betrieblichen Altersversorgung ... 57
A.1.1.13 Zeitliche Zuordnung ... 58
A.1.1.14 Besonderheiten bei versicherungspflichtigen Studenten und den nach § 5 Absatz 1 Nummer 10 SGB V Versicherten ... 59
A.1.2 Beitragssatz ... 60
A.1.2.1 Beitragssatz in der Krankenversicherung ... 60
A.1.2.2 Beitragssatz in der Pflegeversicherung ... 62
A.1.2.2.1 Allgemeines ... 62
A.1.2.2.2 Beitragszuschlag zur Pflegeversicherung ... 62
A.1.3 Tragung der Beiträge ... 63
A.1.4 Zahlung der Beiträge ... 64
A.1.4.1 Allgemeines ... 64
A.1.4.2 Zahlung der Beiträge durch die Zahlstelle („Zahlstellenverfahren") ... 64
A.1.4.2.1 Allgemeines ... 64
A.1.4.2.2 Nachweis der Beiträge ... 66
A.1.4.2.3 Nachträglicher Einbehalt von rückständigen Beiträgen ... 67
A.1.4.2.4 Mehrere Versorgungsbezüge ... 68
A.1.4.2.5 Erstattung zu Unrecht gezahlter Beiträge ... 69
A.1.4.3 Zahlung der Beiträge durch den Versicherten („Selbstzahlerverfahren") ... 70
A.1.4.4 Nachzahlung von Versorgungsbezügen ... 70
A.1.4.5 Auszahlung für mehrere Monate ... 72
A.1.4.6 Fälligkeit der Beiträge ... 73
A.1.4.7 Verjährung von Beitragsansprüchen ... 74
A.1.5 Beitragsfreiheit für bestimmte Waisenleistungen ... 74
A.1.6 Beitragsüberwachung ... 75

A.2 Meldungen ... 76
A.2.1 Allgemeines ... 76
A.2.2 Meldungen des Versorgungsempfängers ... 77
A.2.3 Meldungen der Zahlstelle ... 78
A.2.4 Meldungen der Krankenkasse ... 80

B. Arbeitseinkommen ... 82

B.1 Beiträge ... 82
B.1.1 Beitragspflichtige Einnahmen ... 82
B.1.1.1 Allgemeines ... 82
B.1.1.2 Mindesteinnahmegrenze ... 85
B.1.1.3 Verfahren der Beitragsfestsetzung aus dem Arbeitseinkommen ... 85
B.1.1.3.1 Allgemeines ... 85
B.1.1.3.2 Besonderheiten ... 87
B.1.2 Beitragssatz ... 90
B.1.2.1 Beitragssatz in der Krankenversicherung ... 90
B.1.2.2 Beitragssatz in der Pflegeversicherung ... 90
B.1.2.3 Tragung der Beiträge ... 90
B.1.2.4 Zahlung der Beiträge ... 90
B.2 Mitteilungs-/Nachweisverfahren ... 91

C. Renten aus dem Ausland ... 92

C.1 Beiträge ... 92
C.1.1 Beitragspflichtige Einnahmen ... 92
C.1.1.1 Allgemeines ... 92
C.1.1.2 Vergleichbarkeit mit inländischen Renten ... 94
C.1.1.3 Besondere Zahlungsweisen ... 97
C.1.1.3.1 Allgemeines ... 97
C.1.1.3.2 Einmalige Zahlungen ... 97
C.1.1.3.3 Viertel-, halb- oder jährliche Auszahlung einer laufenden Rente ... 98
C.1.1.3.4 Mehrwöchiger Zahlungsrhythmus einer laufenden Rente ... 99
C.1.1.4 Währungsumrechnung ... 99
C.1.2 Beitragssatz ... 104
C.1.2.1 Beitragssatz in der Krankenversicherung ... 104
C.1.2.2 Beitragssatz in der Pflegeversicherung ... 105
C.1.2.3 Tragung der Beiträge ... 105
C.1.2.4 Zahlung der Beiträge ... 105
C.2 Mitteilungs-/Nachweisverfahren ... 106

D. Waisenrente einer berufsständischen Versorgungseinrichtung ... 106

D.1 Versicherung ... 106

D.1.1 Allgemeines ... 106
D.1.2 Voraussetzungen für die Versicherungspflicht ... 107
D.1.2.1 Personenkreiszugehörigkeit ... 107
D.1.2.2 Zuletzt privat krankenversicherte Personen ... 109
D.1.3 Ausschluss der Versicherungspflicht/Versicherungskonkurrenz ... 110
D.1.4 Versicherungsfreiheit kraft Gesetzes ... 111
D.1.5 Befreiung von der Versicherungspflicht ... 112
D.2 Mitgliedschaft ... 113
D.2.1 Allgemeines ... 113
D.2.2 Mitgliedschaft als Rentenantragsteller ... 113
D.2.3 Mitgliedschaft als Rentenbezieher ... 114
D.2.4 Fortbestehen der Versicherungspflicht bei Wehrdienst ... 114
D.3 Krankenkassenwahlrecht/-zuständigkeit ... 115
D.4 Beiträge ... 116
D.4.1 Beiträge als Rentenantragsteller ... 116
D.4.1.1 Allgemeines ... 116
D.4.1.2 Beitragsfreiheit ... 117
D.4.2 Beiträge als Rentenbezieher ... 118
D.4.2.1 Allgemeines ... 118
D.4.2.2 Beitragsfreiheit ... 118
D.4.2.3 Rentennachzahlungen ... 120
D.5 Meldungen ... 120
D.5.1 Allgemeines ... 120
D.5.2 Meldungen im Zusammenhang mit der Stellung des Rentenantrags ... 121
D.5.3 Meldung ab Bewilligung der Rente ... 122

Anlage:
Vordruck „Meldung nach § 202 Absatz 1 Satz 1 SGB V über die Beantragung einer Waisenrente einer berufsständischen Versorgungseinrichtung“

A. Versorgungsbezüge

A.1 Beiträge

A.1.1 Beitragspflichtige Einnahmen

A.1.1.1 Allgemeines

A.1.1.1.1 Betroffene Personenkreise

Versorgungsbezüge (Kurzform für die der Rente vergleichbare Einnahmen) stellen in der Krankenversicherung für die folgenden versicherungspflichtigen Personen und nach Maßgabe der folgenden Vorschriften eine beitragspflichtige Einnahme dar:

- Beschäftigte (§ 226 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V),
- Unständig Beschäftigte (§ 232 Satz 2 SGB V),
- Bezieher von Arbeitslosengeld und Arbeitslosengeld II (§ 232a Absatz 3 SGB V),
- Bezieher von Krankengeld, Mutterschaftsgeld, Erziehungsgeld, Elterngeld, Pflegeunterstützungsgeld oder Inanspruchnahme von Elternzeit (§ 232b Absatz 2 Satz 1 und 2 SGB V),
- Seeleute (§ 233 Absatz 2 SGB V),
- Künstler und Publizisten nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz – KSVG – (§ 234 Absatz 2 SGB V),
- Rehabilitanden, Jugendliche in Einrichtungen der Jugendhilfe und behinderte Menschen in geschützten Einrichtungen (§ 235 Absatz 4 SGB V),
- Studenten, Praktikanten ohne Arbeitsentgelt, Auszubildende ohne Arbeitsentgelt und Auszubildende des Zweiten Bildungswegs (§ 236 Absatz 2 SGB V),
- Rentner der gesetzlichen Rentenversicherung (§ 237 Satz 1 Nummer 2 SGB V),
- Landwirtschaftliche Unternehmer (§ 39 Absatz 1 Nummer 3 KVLG 1989) und
- Altenteiler (§ 45 Absatz 1 Nummer 2 KVLG 1989).

Für die Beiträge zur Pflegeversicherung gilt dies ebenso (§ 57 Absatz 1 Satz 1 SGB XI).

Für die nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V Versicherungspflichtigen (Auffang-Versicherungspflicht) und für Rentenantragsteller nach § 189 Absatz 1 Satz 1 SGB V gelten die Grundsätze der Beitragsbemessung für freiwillig Versicherte nach § 240 SGB V. Die Beitragsbemessung für Rentenantragsteller nach dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte ist in der Satzung der landwirtschaftlichen Krankenkasse geregelt (§ 44 Absatz 1 Satz 1 KVLG 1989).

A.1.1.1.2 Definition der Versorgungsbezüge

Für die der Rente vergleichbaren Einnahmen wird im Gesetz der Begriff Versorgungsbezüge verwendet. § 229 Absatz 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, zum Beispiel 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) Unterhaltsersatzfunktion haben (Versorgungscharakter). Problematisch kann die Abgrenzung werden, wenn mit der Leistung neben der Einkommens- bzw. Unterhaltsersatzfunktion 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 (Urteil des BSG vom 26. März 1996 – 12 RK 44/94 –, USK 9662). Leistungen mit zum Beispiel Entschädigungscharakter sind nicht vergleichbar mit Renten der gesetzlichen Rentenversicherung und unterliegen deshalb nicht der Beitragspflicht.

Für die Zuordnung von Leistungen zu den Versorgungsbezügen muss der Leistung ein ursprünglich vereinbarter Versorgungszweck zuzuschreiben sein. Die Versorgung muss wegen einer Einschränkung der Erwerbsfähigkeit oder zur Alters- oder Hinterbliebenenversorgung erzielt werden. Daraus folgt unter anderem, dass der Charakter einer Leistung als Versorgungsbezug nicht dadurch – nachträglich – verloren geht, wenn die Auszahlung, zum Beispiel wegen Beendigung des Arbeitsverhältnisses, vor Eintritt des vertraglich vereinbarten Versicherungsfalls erfolgt. Im Hinblick auf diesen objektiv zu bestimmenden Charakter der Leistung hat es zudem keinen Einfluss auf die beitragsrechtliche Bewertung, wie die Beteiligten

die Leistung ursprünglich rechtlich eingeordnet haben oder welcher Charakter der Leistung zum Zeitpunkt der Auszahlung zugeschrieben wird (Urteile des BSG vom 25. April 2012 – B 12 KR 26/10 R –, USK 2012-20, und vom 29. Juli 2015 – B 12 KR 4/14 R –, USK 2015-56, und – B 12 KR 18/14 R –, USK 2015-64).

Zum Tatbestandsmerkmal „wegen einer Einschränkung der Erwerbsfähigkeit" hat sich das BSG in den Fällen einer Firmenrente im Lufthansa-Konzern wegen dauerhafter Flugdienstuntauglichkeit auseinandergesetzt (Urteile vom 1. Februar 2022 – B 12 KR 39/19 R – und – B 12 KR 40/19 R –, USK 2022-1). Von einer Einschränkung der Erwerbsfähigkeit in diesem Sinne kann nach Auffassung des BSG bei Rentenleistungen ausgegangen werden, die – wie die Firmenrente der Lufthansa – ihren Grund in einer nicht nur vorübergehend bestehenden körperlichen oder geistigen Einschränkung haben, die (jedenfalls teilweise) zum Wegfall des Leistungsvermögens führt, und einem rententypischen Versorgungszweck dienen. Hingegen komme es nicht darauf an, dass der Versicherungsfall der eingeschränkten Erwerbsfähigkeit in gleicher Weise wie nach dem SGB VI definiert werde oder im Einzelfall mit Eintritt der Flugdienstuntauglichkeit zugleich die Tatbestandsvoraussetzungen einer Erwerbsminderungsrente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllt seien. Unerheblich ist nach Auffassung des BSG ebenfalls, wenn die Leistung/Rente auf das Leistungsvermögen in einem bestimmten Berufsfeld und nicht auf die Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes abstellt. Dem Versorgungszweck stehe schließlich nicht entgegen, wenn die Zahlung der Leistung zum Beispiel mit dem vollendeten 63. Lebensjahr endet. Eine Leistungsbefristung könne zwar einem Altersversorgungszweck entgegenstehen, schließe aber den Leistungsgrund der Einschränkung der Erwerbsfähigkeit nicht aus.

A.1.1.1.3 Form der Auszahlung

Als Versorgungsbezüge nach § 229 Absatz 1 Satz 1 und 2 SGB V kommen laufende und einmalige Bezüge sowie nach der besonderen Regelung in § 229 Absatz 1 Satz 3 SGB V (A.1.1.9) auch Abfindungen und originär vereinbarte Kapitalleistungen in Betracht. Nicht zu den Versorgungsbezügen im Sinne des § 229 Absatz 1 SGB V gehören Nutzungsrechte und Sachleistungen bzw. Deputate; dies gilt selbst dann, wenn diese Sachbezüge in Geldeswert abgegolten werden.

Übernimmt der ehemalige Arbeitgeber Versicherungsprämien (zum Beispiel zur Kfz-Versicherung) oder Kontoführungsgebühren des Arbeitnehmers, stellen diese Leistungen jedenfalls dann keinen Versorgungsbezug dar, wenn sie bereits während der aktiven Beschäftigung gewährt worden und damit nicht an das Erreichen einer Altersgrenze gekoppelt sind.

Zu den Versorgungsbezügen gehören auch Einmalzahlungen (zum Beispiel Weihnachtsgelder) sowie sonstige laufend gewährte Zulagen, und zwar unabhängig von ihrer Bezeichnung (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 Absatz 2 SGB V auch Nachzahlungen von Versorgungsbezügen erfasst (A.1.4.4).

A.1.1.1.4 Zahlbetrag

Versorgungsbezüge werden – ebenso wie die Renten der gesetzlichen Rentenversicherung – mit ihrem Zahlbetrag bei der Ermittlung der beitragspflichtigen Einnahmen berücksichtigt (§ 226 Absatz 1 Satz 1 Nummer 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 Absatz 5 ALG (geteilte Auszahlung der Rente). Unterhaltszahlungen an den geschiedenen Ehegatten mindern ebenfalls nicht den Zahlbetrag der Versorgungsbezüge. Gleiches gilt im Falle eines schuldrechtlichen Versorgungsausgleichs nach den §§ 1587f ff. BGB bzw. – ab 1. September 2009 – nach den §§ 20 bis 22 und § 28 Versorgungsausgleichsgesetz (Urteile des BSG vom 28. Januar 1999 – B 12 KR 19/98 R – und – B 12 KR 24/98 R –, USK 9948). Außerdem hat das BSG entschieden, dass sich weder eine Pfändung von Versorgungsbezügen durch eine Bank (und die damit verbundene direkte Auszahlung an die Bank), noch ein Verbraucherinsolvenzverfahren auf die Beitragspflicht der Versorgungsbezüge auswirken (Urteil vom 16. Dezember 2015 – B 12 KR 19/14 R –, USK 2015-149, im Fall der Auszahlung einer Kapitalleistung aus einer Direktversicherung).

Eine Kürzung der Versorgungsbezüge nach § 57 Beamtenversorgungsgesetz (BeamtVG) nach der Ehescheidung reduziert hingegen den Zahlbetrag der Versorgungsbezüge. Die Teilung von Anwartschaften auf Versorgung und Ansprüchen auf laufende Versorgungen im Rahmen des Versorgungsausgleichs führen beim Ausgleichspflichtigen zu einer entsprechenden Minderung des Zahlbetrages der Versorgungsbezüge (Ergebnisniederschrift zu TOP 1 der Fachkonferenz Beiträge am 15. Dezember 2009).

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

Im Übrigen unterliegt ein Versorgungsbezug in der Kranken- und Pflegeversicherung mit dem Zahlbetrag der Beitragspflicht unabhängig davon, in welcher Weise der Versorgungsbezug finanziert wurde. Insbesondere ist nicht maßgebend, ob und inwieweit die Versorgungsleistung auf Einzahlungen beruht, die die betroffene Person aus bereits mit Kranken- oder Pflegeversicherungsbeiträgen belastetem Einkommen geleistet hat (zum Beispiel Urteile des BSG vom 25. April 2007 – B 12 KR 25/05 R – und B 12 KR 26/05 R –, USK 2007-6).

A.1.1.2 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 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V die Versorgungsbezüge aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis genannt. Es handelt sich dabei um

- die Versorgungsleistungen für Beamte und Richter nach dem 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 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V die Versorgungsbezüge, die auf einem Arbeitsverhältnis mit Anspruch auf Versorgung nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen beruhen, wie sie zum Beispiel den Dienstordnungs-Angestellten der Körperschaften des öffentlichen Rechts im Bereich der Sozialversicherung (§§ 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.

Ein an ehemalige ehrenamtliche Bürgermeister gezahlter sogenannter Ehrensold stellt jedenfalls dann einen Versorgungsbezug dar, wenn der Anspruch an das Erreichen einer für eine Altersversorgung typischen Altersgrenze, eine Einschränkung der Erwerbsfähigkeit oder eine Versorgung von Hinterbliebenen gekoppelt ist und der Zahlung damit (auch) ein Versorgungscharakter zuzuschreiben ist (Beispiel: Ehrensold nach § 155b Sächsisches Beamtengesetz an ehemalige ehrenamtliche Bürgermeister im Status von Ehrenbeamten).

Beim Altersgeld nach dem Altersgeldgesetz (AltGG) und den entsprechenden Gesetzen der Länder für freiwillig und vorzeitig aus dem Dienst ausgeschiedene Beamte, Richter und Soldaten und beim Hinterbliebenenaltersgeld handelt es sich zwar nicht um die klassische Beamtenversorgung, sondern um einen Ersatz für ansonsten aus einer Nachversicherung in der gesetzlichen Rentenversicherung resultierende Rentenansprüche; dennoch ist diese Leistung aufgrund ihres Versorgungscharakters den Versorgungsbezügen nach § 229 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V zuzurechnen.

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

Nach § 229 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 zweiter Halbsatz Buchstabe a bis d 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 zum Beispiel folgende Bezüge an (ehemalige) Beamte und Soldaten bei der Beitragsberechnung unberücksichtigt:

- Übergangsgeld nach §§ 47, 47a BeamtVG
- Übergangsgeld nach § 37 SVG
- Übergangsgebührnisse nach § 11 SVG
- Ausgleichsbezüge nach § 11a SVG
- Übergangsbeihilfen nach §§ 12, 13 SVG

Nach Buchstabe b sind auch unfallbedingte Leistungen (zum Beispiel Unfallfürsorge nach §§ 30 BeamtVG oder vergleichbare Leistungen nach den Gesetzen der Länder) und die Leistungen der Beschädigtenversorgung unberücksichtigt zu lassen.

Außer Betracht bleiben zudem

- bei einer Unfallversorgung (zum Beispiel Unfallruhegehalt nach § 36 BeamtVG) mindestens ein Betrag von 20 % des Zahlbetrags (Buchstabe c) und
- bei einer erhöhten Unfallversorgung (zum Beispiel 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 BeamtVG um den halben Vomhundertsatz in der Pflegeversicherung nach § 55 Absatz 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.1.1.3 Versorgung der Abgeordneten, Minister und Parlamentarischen Staatssekretäre

Als zweite Gruppe der Versorgungsbezüge nennt § 229 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V die Bezüge der Abgeordneten, Minister und Parlamentarischen Staatssekretäre. Hierunter fallen die den ehemaligen Abgeordneten des Deutschen Bundestages (nach dem Abgeordnetengesetz - AbgG) sowie den ehemaligen Abgeordneten der Länderparlamente gewährte Altersentschädigung (einschließlich der durch eventuelle 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.

Ausführungen zur beitragsrechtlichen Bewertung der Versorgungsabfindung nach § 23 Absatz 1 AbgG enthält der Abschnitt A.1.1.9.4.

A.1.1.4 Renten der Versicherungs- und Versorgungseinrichtungen, die für Angehörige bestimmter Berufe errichtet sind („Berufsständische Versorgungsleistungen")

Als Versorgungsbezüge werden nach § 229 Absatz 1 Satz 1 Nummer 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 (zum Beispiel 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 zum Beispiel die in Form eines Versicherungsvereins auf Gegenseitigkeit (VVaG) gegründeten Einrichtungen.

Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts sind im Übrigen auch die Leistungen aus den Gemeinsamen Ausgleichskassen im Seelotswesen der Seelotsreviere (GAK) sowie aus einem zwischen der Bundeslotsenkammer und einem privaten Versicherungsunternehmen 1972 geschlossenen Gruppenversicherungsvertrag für Seelotsen bestimmter Lotsenbrüderschaften den Versorgungsbezügen nach § 229 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V zugeordnet worden (Urteil vom 10. Juni 1988 – 12 RK 25/86 –, USK 88118, sowie Urteile vom 18. August 2020 – u. a. B 12 KR 4/19 R –, USK 2020-5).

In diesem Zusammenhang ist 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 (Urteile des Bundessozialgerichts vom 30. März 1995 – 12 RK 40/94 –, USK 95145, vom 30. Januar 1997 – 12 RK 17/96 –, USK 97122 und vom 10. Oktober 2017 – B 12 KR 2/16 R –, USK 2017-85).

Die Versicherungspflicht von Waisenrentnern berufsständischer Versorgungswerke ab 1. Januar 2017 sowie die damit einhergehenden besonderen beitragsrechtlichen Regelungen werden im Abschnitt D behandelt.

A.1.1.5 Renten und Landabgaberente nach dem Gesetz über die Alterssicherung für Landwirte

Als Versorgungsbezüge gelten nach § 229 Absatz 1 Satz 1 Nummer 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 Absatz 4 FELEG. Die Übergangshilfe (§ 106 Absatz 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 Absatz 1 Nummer 4 KVLG 1989). Näheres zur

Zuständigkeitsabgrenzung zwischen allgemeiner und landwirtschaftlicher Krankenversicherung enthält das Gemeinsame Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes und der DRV Bund zur Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner in der jeweils aktuellen Fassung.

A.1.1.6 Renten der betrieblichen Altersversorgung (bAV)

A.1.1.6.1 Allgemeines

§ 229 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 SGB V nennt schließlich als Versorgungsbezüge die Renten der bAV (Betriebsrenten). Hierunter fallen die Leistungen der Alters-, Invaliditäts- oder Hinterbliebenenversorgung, die unmittelbar oder mittelbar aus Anlass eines früheren Arbeitsverhältnisses zufließen. Die bAV ist auf verschiedenen Durchführungswegen möglich. Das Betriebsrentenrecht (Gesetz zur Verbesserung der betrieblichen Altersversorgung - BetrAVG) sieht für die betriebliche Altersvorsorge die folgenden Durchführungswege vor:

- Pensionszusage bzw. Direktzusage (§ 1 Absatz 1 Satz 2 BetrAVG)
- Direktversicherung (§ 1b Absatz 2 BetrAVG),
- Pensionskasse (§ 1b Absatz 3 BetrAVG),
- Pensionsfonds (§ 1b Absatz 3 BetrAVG) und
- Unterstützungskasse (§ 1b Absatz 4 BetrAVG).

Eine bAV liegt seit dem 1. Januar 2018 auch vor, wenn der Arbeitgeber eine reine Beitragszusage erteilt (§ 1 Absatz 2 Nummer 2a BetrAVG).

Nach der Rechtsprechung zur institutionellen Abgrenzung von Leistungen der bAV von denen der privaten Altersversorgung sind im Wege einer typisierenden Betrachtung Leistungen aus den o. g. Durchführungswegen von vornherein der bAV 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)

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 bAV im Beitragsrecht der GKV gegenüber dem Begriff der bAV im Betriebsrentenrecht seit jeher als eigenständig verstanden worden. Wird die Rente nicht bereits institutionell vom Betriebsrentenrecht erfasst, ist sie gleichwohl als Rente der bAV im beitragsrechtlichen Sinne anzusehen, wenn ein enger Zusammenhang zwischen dem Erwerb dieser Rente und der früheren

Beschäftigung besteht (zuletzt Urteile des BSG vom 23. Juli 2014 – B 12 KR 25/12 R, B 12 KR 26/12 R und B 12 KR 28/12 R –, USK 2014-115).

Kein Zusammenhang mit der früheren Beschäftigung besteht jedoch, wenn eine Einbindung des Arbeitgebers bei der Beschaffung der Altersvorsorge nicht erkennbar ist (zum Beispiel bei der reinen privaten Altersvorsorge).

Aus dem Umstand, dass der Begriff der bAV im Sinne des Beitragsrechts der Krankenversicherung umfassender ist als der nach dem BetrAVG, folgt nach Ansicht des BSG, dass es für die Zuordnung der Leistungen der bAV 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 bzw. Finanzierungsanteilen 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. Diese Sichtweise hat das BSG ausdrücklich auch nicht aufgrund des Betriebsrentenstärkungsgesetzes vom 17. August 2017 aufgegeben, das seit 1. Januar 2018 die betrieblichen Riesterrenten von der Beitragspflicht ausnimmt (Urteile vom 26. Februar 2019 – B 12 KR 13/18 R –, USK 2019-5 und – B 12 KR 17/18 R –, USK 2019-6 sowie vom 1. April 2019 – B 12 KR 19/18 R –, USK 2019-10). Ein Verstoß gegen den allgemeinen Gleichheitssatz liege insoweit nicht vor. Beide Betriebsrentenarten würden im Wesentlichen gleichbehandelt, weil sie jeweils nur einmal der vollen Beitragspflicht unterliegen, die Riesterrenten in der Ansparphase, die übrigen Betriebsrenten in der Auszahlphase. Auch soweit die betrieblichen Riesterrenten in der Auszahlphase isoliert betrachtet unterschiedlich behandelt würden, sei der Gleichbehandlungsgrundsatz nicht verletzt. Die Neuregelung sei Teil eines arbeits-, steuer- und grundsicherungsrechtlichen Gesamtkonzepts, mit dem das legitime Ziel der Bekämpfung von Altersarmut verfolgt werde.

Allein die finanzielle Beteiligung des Arbeitgebers an einem Altersversorgungsvertrag des Arbeitnehmers kann eine von der institutionellen Abgrenzung abweichende Zurechnung zur bAV 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 –, USK 2011-23, unter Verweis auf das Urteil vom 5. Mai 2010 – B 12 KR 15/09 R –, USK 2010-54).

Seit Einführung der reinen Beitragszusage in der bAV zum 1. Januar 2018 ist im Fall der Entgeltumwandlung im Tarifvertrag zu regeln, dass der Arbeitgeber 15 Prozent des

umgewandelten Entgelts zusätzlich als Arbeitgeberzuschuss an die Versorgungseinrichtung weiterleiten muss („Sicherungsbeitrag"), soweit der Arbeitgeber durch die Entgeltumwandlung Sozialversicherungsbeiträge einspart (§ 23 Absatz 2 BetrAVG). Fließen dem Arbeitnehmer nach Eintritt des Versorgungsfalls aus dem – zunächst kollektiv abgeführten – Sicherungsbeitrag individualisiert zusätzliche Leistungen zu, so stellt diese Leistung als Anteil an der Gesamtleistung der bAV ebenfalls einen Versorgungsbezug dar.

Tritt eine Einrichtung, die in Kooperation mit privaten Versicherungsunternehmen bAV anbietet, lediglich als Vermittler von Versicherungsverträgen auf, ohne selbst Gläubiger oder Schuldner aus den abgeschlossenen Versicherungsverträgen zu werden, und verbleiben somit die Kernfunktionen des Versicherungsgeschäfts bei den dahinter stehenden Versicherungsunternehmen, so stellt diese Einrichtung keine Versorgungseinrichtung im Sinne des § 229 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 SGB V dar (Urteil des BSG vom 10. Oktober 2017 – B 12 KR 2/16 R –, USK 2017-85, zum Versorgungswerk der Presse GmbH). Dies schließt nicht aus, dass aus den Vertragsverhältnissen mit den dahinterstehenden Versicherungsunternehmen eine betriebliche Altersversorgung, zum Beispiel in Form einer Direktversicherung, resultiert und die daraus erwachsenen Leistungen den Versorgungsbezügen zuzurechnen sind. Als Zahlstelle von Versorgungsbezügen im beitrags- und melderechtlichen Sinne (A.1.4 und A.2) ist dann nicht die als Vermittler auftretende Einrichtung, sondern das Versicherungsunternehmen, mit dem der Versicherungsvertrag zu Stande gekommen ist, anzusehen.

Aufgrund dieses eigenständigen beitragsrechtlichen Begriffs der bAV sind auch Zahlungen, die weder im Rahmen einer Direktversicherung noch von einer Einrichtung (Institution) des Betriebsrentenrechts geleistet werden, sondern zum Beispiel aus Mitteln einer vom Arbeitgeber gegründeten Stiftung fließen, als Renten der bAV im Sinne des § 229 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 SGB V zu bewerten, sofern diese Zahlungen eine den Renten der gesetzlichen Rentenversicherung vergleichbare Einkommensersatzfunktion haben (BSG-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 bAV zugeordnet werden.

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

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 unabhängig 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 werden.

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 bAV und damit als Versorgungsbezug anzusehen. Es ist unerheblich, ob daneben auch Anspruch auf eine bAV nach einem im Betriebsrentenrecht vorgesehenen Durchführungsweg besteht (Urteil des BSG vom 26. März 1996 – 12 RK 44/94 –, USK 9662).

Leistungen aus einer sogenannten 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 Absatz 1 Satz 1 Nummer 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 bAV 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 (zum Beispiel 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 früheren Dienstverhältnisses gezahlte Altersversorgung als Rente der bAV im Sinne des § 229

Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 SGB V der Beitragspflicht auch insoweit unterliegt, als damit Ausgleichsansprüche nach § 89b HGB abgegolten werden.

Keine Versorgungsbezüge im Sinne des § 229 Absatz 1 SGB V sind die Leistungen, die in der Regel nicht durch den Eintritt eines Versorgungsfalles ausgelöst werden und nur für einen kurzen Zeitraum (zum Beispiel 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, Tantiemen sowie Zuschüsse zu Krankheitskosten, Kuren, Operationskosten gehören.

Leistungen zur Abgeltung vertraglicher Ansprüche außerhalb eines Arbeits- oder Dienstverhältnisses, zum Beispiel 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.

Bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze können Rentenminderungen aufgrund einer vorzeitigen Inanspruchnahme einer Rente wegen Alters in der gesetzlichen Rentenversicherung unter bestimmten Voraussetzungen durch Zahlung von Beiträgen in die gesetzliche Rentenversicherung ausgeglichen werden (§ 187a SGB VI). Übernimmt der Arbeitgeber ganz oder teilweise eine derartige Beitragszahlung, kann diese, unabhängig davon, ob die Zahlung an den Arbeitnehmer oder direkt an den Rentenversicherungsträger vorgenommen wird, nicht den Versorgungsbezügen zugerechnet werden.

A.1.1.6.2 Betriebliche Altersversorgung von arbeitnehmerähnlichen Personen

Unter den persönlichen Geltungsbereich des BetrAVG fallen nach § 17 Absatz 1 Satz 1 BetrAVG in der Regel Arbeitnehmer (Arbeiter, Angestellte, zur Berufsausbildung Beschäftigte). Das BetrAVG gilt jedoch nach § 17 Absatz 1 Satz 2 BetrAVG entsprechend für Personen, die nicht Arbeitnehmer sind, wenn ihnen Leistungen der Alters-, Invaliditäts- oder Hinterbliebenenversorgung aus Anlass ihrer Tätigkeit für ein Unternehmen zugesagt worden sind („arbeitnehmerähnliche Personen“). Denkbar ist dies zum Beispiel bei sogenannten Minderheitsgesellschaftern von Kapitalgesellschaften. Ein Geschäftsführer einer GmbH ist weder Arbeitnehmer noch arbeitnehmerähnliche Person im Sinne des § 17 BetrAVG, wenn er als Gesellschafter mindestens 50 % der Anteile hält und weitere Umstände hinzutreten (Urteil des Landgerichts Aachen vom 12. Februar 2016 – 43 O 26/15 –). Eine Entgeltumwandlung kann wiederum nur dann nach § 1a BetrAVG vom Arbeitgeber verlangt werden, soweit aufgrund der Beschäftigung oder Tätigkeit bei

diesem Arbeitgeber Versicherungspflicht in der Rentenversicherung besteht (§ 17 Absatz 1 Satz 3 BetrAVG).

Das Hessische Landessozialgericht hat mit Urteil vom 24. Oktober 2019 – L 8 KR 482/17 – entschieden, dass die an vormalige freie Mitarbeiter von Rundfunkanstalten gezahlte Zusatzrente der Pensionskasse Rundfunk VVaG als Rente der betrieblichen Altersversorgung im Sinne von § 229 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 SGB V anzusehen ist und sich dabei auch auf § 17 Absatz 1 Satz 2 BetrAVG gestützt. Es komme nicht darauf an, dass früher ein Arbeitsverhältnis bestand. Damit hat das Hessische Landessozialgericht entgegen dem Landessozialgericht Berlin-Brandenburg, welches sich in dem Urteil vom 19. Dezember 2007 – L 9 KR 91/03 in dem gleichen Kontext mit den Renten der Pensionskasse für freie Mitarbeiter der deutschen Rundfunkanstalten VVaG (so die damalige Bezeichnung der Pensionskasse Rundfunk) auseinandergesetzt hat, entschieden. Nach damaliger Auffassung des Landessozialgerichts Berlin-Brandenburg gehören die Renten weder zu den Versorgungsbezügen nach § 229 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V noch zu den Versorgungsbezügen nach Nummer 5 dieser Vorschrift. Allerdings ist der Senat in diesem Urteil im Kontext zur betrieblichen Altersversorgung nicht auf § 17 Absatz 1 Satz 2 BetrAVG eingegangen. Daher ist im Ergebnis dem – zudem aktuelleren – Urteil des Hessischen Landessozialgerichts zu folgen. Eine höchstrichterliche Entscheidung in dieser Frage liegt bislang nicht vor.

A.1.1.6.3 Umfang der Beitragspflicht bei privater Fortführung einer betrieblichen Altersversorgung

A.1.1.6.3.1 Allgemeines

Leistungen der bAV 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 (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).

Das Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) hatte jedoch mit Beschlüssen vom 28. September 2010 – 1 BvR 1660/08 –, USK 2010-112 und vom 27. Juni 2018 – 1 BvR 100/15, 1 BvR 249/15 –, USK 2018-27 festgestellt, dass Leistungen aus einer Direktversicherung oder aus einer Versicherung bei einer Pensionskasse unter bestimmten Bedingungen in einen betrieblichen und einen privaten Teil aufzuteilen sind; der private Teil stellt dann kein Versorgungsbezug im Sinne des § 229 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 SGB V dar. In dem Beschluss vom 28. September 2010 hat das BVerfG zwar grundsätzlich an der typisierenden Zuordnung von Altersvorsorgeleistungen zu Leistungen der bAV im Beitragsrecht festgehalten, wenn und solange der institutionelle Rahmen des Betriebsrentenrechts genutzt wird. Die Grenzen zulässiger 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.

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. 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. Die vom BVerfG insofern entwickelten Kriterien sind schließlich durch eine am 15. Dezember 2018 in Kraft getretene Ergänzung von § 229 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 SGB V in allgemeiner Weise, das heißt nicht nur bezogen auf Direktversicherungen und Versicherungen bei Pensionskassen (sondern insbesondere auch bezogen auf Pensionsfonds), nachvollzogen und einheitlich gesetzlich festgeschrieben worden (GKV-Versichertenentlastungsgesetz – GKV-VEG – vom 11. Dezember 2018). Danach werden Leistungen der bAV in allen Formen, die der Versicherte nach dem Ende des Arbeitsverhältnisses als alleiniger Versicherungsnehmer aus nicht durch den Arbeitgeber finanzierten Beiträgen erworben hat, von den Versorgungsbezügen ausgenommen. In der Gesetzesbegründung wird ergänzend darauf hingewiesen, dass die von der Zahlstelle vorzunehmende Aufteilung der Gesamtversorgungsleistung in einen betrieblichen und einen privaten Anteil entsprechend der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts vom 30. März 2011 – B 12 KR 16/10 R –, USK 2011-24, vorzugsweise prämienratierlich bzw. beitragsproportional erfolgen soll (A.1.1.6.3.2). Durch die gesetzliche Änderung werden neben Direktversicherungen und Pensionskassen auch andere Formen bzw. Durchführungswege der bAV erfasst, sofern bei ihnen eine private Absicherung nach den im Gesetz genannten Bedingungen möglich ist. Der Grundsatz der Aufteilung in einen betrieblichen und einen privaten Anteil gilt auch nach der gesetzlichen Festschreibung weiterhin für den umgekehrten Fall der Überführung einer privaten in eine betriebliche Altersversorgung.

Das BSG hat zudem in dem Urteil vom 26. Februar 2019 – B 12 KR 13/18 R –, USK 2019-5 klargestellt, dass die Versicherungsnehmereigenschaft nicht dadurch erworben wird, dass der Arbeitgeber die Betriebstätigkeit einstellt und das Gewerbe abmeldet. Der institutionelle Rahmen

des Betriebsrentenrechts zur Durchführung der betrieblichen Altersversorgung bleibe (auch in diesem Fall) erhalten, solange der den Arbeitgeber als Versicherungsnehmer ausweisende Versicherungsvertrag genutzt werde. Auch wenn dieses Urteil zu einem Sachverhalt vor dem 15. Dezember 2018 (Ergänzung von § 229 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 SGB V) ergangen ist, wirkt es sich auf alle derartigen Sachverhalte aus.

Die vorstehend beschriebene Regelung zur Aufteilung der Gesamtversorgungsleistung in einen betrieblichen und einen privaten Anteil ist im Übrigen auch in den Fällen einer Direktzusage oder Unterstützungskasse anzuwenden, bei denen der Arbeitnehmer nach § 8 Absatz 3 BetrAVG bei Insolvenz des Arbeitgebers die Rückdeckungsversicherung als Versicherungsnehmer übernimmt, statt den Pensions-Sicherungs-Verein VVaG (PSVaG) in Anspruch zu nehmen. Der Berechtigte hat dann das Recht, die Versicherung als Versicherungsnehmer mit eigenen Beiträgen fortzusetzen.

Die Grundsätze für eine beitragsrechtliche Aufteilung der Versorgung bei privater Fortführung einer bAV oder umgekehrt gelten bei vergleichbaren Versorgungsleistungen aus dem Ausland (§ 229 Absatz 1 Satz 2 SGB V) entsprechend.

A.1.1.6.3.2 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 prämienratierliche (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 prämienratierlichen Berechnung erforderlichen Prämien-summen auch

nach Ausschöpfung aller Ermittlungsmöglichkeiten und Erkenntnisquellen nicht feststellbar sein sollten. Zeiten einer prämienfreien 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 prämienfreien Zeiten
Z2 = Gesamte Versicherungsdauer, ggf. unter Abzug von prämienfreien 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 unvertretbarem 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 sogenannte Riester-Wertstandsverfahren zu nennen, welches auf einer beitragsproportionalen Aufteilung beruht. Allerdings erfolgt dabei statt einer verhältnismäßigen Aufteilung über den gesamten Versicherungsverlauf (wie nach der erstgenannten 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 Absatz 1 SGB V geht die Aufgabe der Zahlstelle einher, den betrieblichen und meldepflichtigen Anteil der Gesamtablaufleistung festzustellen. Nach der in den vorgenannten Urteilen vom 30. März 2011 vom BSG dargelegten Auffassung 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 Absatz 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.1.1.6.4 „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 bAV nach dem Betriebsrentengesetz (BetrAVG) an einen Pensionsfonds, eine Pensionskasse oder eine Direktversicherung können als Altersvorsorgebeiträge ebenfalls durch Sonderausgabenabzug und Zulagen gefördert werden (§ 82 Absatz 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 („private Riester-Renten"), fallen in den Bereich der reinen privaten Altersvorsorge und damit von vornherein nicht in den Anwendungsbereich des § 229 SGB V.

Nach der mit dem Gesetz zur Stärkung der bAV und zur Änderung anderer Gesetze (Betriebsrentenstärkungsgesetz) vom 17. August 2017 (BGBl. I Nummer 58, S. 3214) am 1. Januar 2018 in Kraft getretenen Ergänzung des § 229 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 SGB V bleiben „Leistungen aus Altersvorsorgevermögen im Sinne des § 92 des Einkommensteuergesetzes" (EStG) außer Betracht. Damit wird erreicht, dass Leistungen aus einer Riester-geförderten bAV („betriebliche Riester-Renten") genauso wie private Riester-Renten von den Versorgungsbezügen ausgenommen sind.

Nach § 92 Satz 1 EStG hat der Anbieter von Altersvorsorgeverträgen dem Zulageberechtigten jährlich eine Bescheinigung nach amtlich vorgeschriebenem Muster u. a. über den Stand des Altersvorsorgevermögens (im Rahmen der Riester-Förderung) zu erteilen. Die aus diesem Altersvorsorgevermögen resultierende Leistung ist von den Versorgungsbezügen nach § 229 Absatz 1 Nummer 5 SGB V ausgenommen.

Nach der Gesetzesbegründung müssen die Beiträge, die zu Leistungen aus Altersvorsorgevermögen im Sinne des § 92 EStG führen, (nur) dem Grunde nach förderfähig im Rahmen der Riester-Förderung sein, zum Beispiel weil der Arbeitnehmer nach § 1a Absatz 3 Betriebsrentengesetz (BetrAVG) verlangt hat, dass die Voraussetzungen für eine Riester-Förderung erfüllt werden. Darauf, ob die Förderung tatsächlich erfolgt ist oder ob im Zeitpunkt der Beitragszahlung eine Förderberechtigung bestand, kommt es nicht an. Der Höchstbetrag des Sonderausgabenabzugs nach § 10a EStG für geförderte Beiträge ist hierbei folglich unbeachtlich. Das heißt: Altersvorsorgevermögen im vorgenannten Sinne kann also immer nur dann vorliegen, wenn sich die steuerpflichtige Person bewusst für die Riester-Förderung entschieden hat. Dies ist (nur) dann der Fall, wenn sie der Versorgungseinrichtung in der Vergangenheit mitgeteilt hat oder mit Wirkung für die Zukunft mitteilt, dass sie diese Förderung in Anspruch nehmen möchte und die Versorgungseinrichtung daraufhin ihre Pflichten als Anbieter nach § 80 EStG wahrnimmt. Ein Zulagenantrag muss nicht gestellt werden. Eine Zertifizierung des Vertrages wird für die Riester-Förderung der im Rahmen der versicherungsförmigen bAV abgeschlossenen Verträge in den Durchführungswegen Direktversicherung, Pensionskasse und Pensionsfonds nicht vorausgesetzt (§ 82 Absatz 2 Satz 1 Buchstabe a EStG).

Wird das Altersvorsorgevermögen nach § 92 EStG nicht – wie üblich – als Rente oder im Rahmen eines Auszahlungsplans, sondern zum Beispiel als Einmalkapitalbetrag, ausgezahlt, handelt es sich grundsätzlich um eine sogenannte schädliche Verwendung nach § 93 EStG. Die steuerliche Förderung ist dann – bis auf die in § 93 EStG aufgeführten Ausnahmefälle – zurückzuzahlen. Da es für die beitragsrechtliche Beurteilung jedoch nur auf die grundsätzliche Förderfähigkeit ankommt, sind auch Auszahlungen von nicht mehr gefördertem Altersvorsorgevermögen nach einer schädlichen Verwendung von Versorgungsbezügen ausgenommen. Gleiches gilt für Auszahlungen aus von vornherein zwar förderfähigem, aber tatsächlich ungefördertem Altersvorsorgevermögen.

Bestand für den Vertrag in der Ansparphase teilweise keine Riester-Förderfähigkeit (zum Beispiel vor Einführung der Riester-Förderung durch das Altersvermögensgesetz zum 1. Januar 2002 oder vor der aktiven Entscheidung des Steuerpflichtigen für die Inanspruchnahme der Riester-Förderung), kann es in der Auszahlungsphase nicht zu einer vollständigen Beitragsfreistellung der Leistung kommen, da für diese Zeiträume kein Altersvorsorgevermögen nach § 92 EStG vorliegt. Insoweit ist die spätere Altersleistung dann aufzuteilen in einen Teil, der auf

Altersvorsorgevermögen nach § 92 EStG beruht (kein Versorgungsbezug), und in einen Teil, der nicht auf Altersvorsorgevermögen nach § 92 EStG beruht (Versorgungsbezug).

A.1.1.6.5 Übergangszahlungen

Zahlungen, die der Arbeitgeber einem (ehemaligen) Arbeitnehmer im rentennahen Alter für die Zeit zwischen dem Ende des Beschäftigungsverhältnisses und dem Eintritt in den gesetzlichen Ruhestand zahlt („Übergangszahlungen"), sind nach Auffassung des BSG nicht den Versorgungsbezügen zuzurechnen (Urteile vom 29. Juli 2015 – B 12 KR 4/14 R –, USK 2015-56, und – B 12 KR 18/14 R –, USK 2015-64). Für das BSG ist in Übereinstimmung mit der Rechtsprechung des Bundesarbeitsgerichts für die beitragsrechtliche Kategorisierung die objektive Zwecksetzung der Leistung maßgebend. Nur dann, wenn die Leistung der Sicherung des Lebensstandards nach dem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben dient („Alterssicherungszweck"), kann es sich um Versorgungsbezüge handeln. Wird hingegen (wie dies typischerweise bei derartigen Übergangszahlungen der Fall ist) bei der Festlegung des Beginns von arbeitgeberseitigen Zuwendungen auf ein Lebensalter abgestellt, das nach der Verkehrsanschauung typischerweise nicht schon als Beginn des Ruhestandes gelten kann, so ist ein Alterssicherungszweck nach Ansicht des BSG bereits aus diesem Grund nicht gegeben; der Prüfung weiterer für einen Versorgungszweck und gegen einen (bloßen) „Überbrückungszweck" sprechender Merkmale bedürfe es dann nicht mehr. Im Hinblick auf diesen objektiv zu bestimmenden Charakter der Leistung ist zudem nicht relevant, welchen Charakter bzw. welche Funktion die Beteiligten der Leistung zum Zeitpunkt der Auszahlung nach subjektiven Gesichtspunkten zuschreiben und wie sie die Leistung bezeichnen.

Daraus folgt, dass laufende oder einmalige bzw. in größeren Abständen als monatlich gewährte Übergangszahlungen, die für die Zeit nach dem Ausscheiden aus einem Beschäftigungsverhältnis bis zum frühestmöglichen Beginn der Rente wegen Alters aus der gesetzlichen Rentenversicherung gewährt werden, keinen Alterssicherungszweck erfüllen. Sie sind damit nicht als Versorgungsbezüge anzusehen. Auf das Alter der betreffenden Person beim Beginn der Übergangszahlung kommt es nicht an. Dies gilt selbst dann, wenn für bestimmte Berufsgruppen die Beschäftigung typischerweise weit vor Beginn des Anspruchs auf eine gesetzliche Rente endet und die Zwischenzeit mit Übergangszahlungen überbrückt wird. Als Beispiel für derartige einmalig Übergangszahlungen kann die Übergangszahlung nach § 47 Nummer 3 Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst der Länder (TV-L) an ehemalige Beschäftigte im Justizvollzugsdienst genannt werden.

Die Leistungen, die ein Arbeitgeber an einen Arbeitnehmer nach dessen Ausscheiden aus dem Beschäftigungsverhältnis zunächst mit Überbrückungsfunktion bis zum Eintritt in den gesetzlichen Ruhestand, aber ohne vorgesehene Beendigung bei Renteneintritt zahlt, stellen

zunächst keine Versorgungbezüge dar. Ab dem Zeitpunkt des Renteneintritts, spätestens ab Erreichen der Regelaltersgrenze sind sie jedoch als Versorgungsbezüge nach § 229 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 SGB V anzusehen, weil sich mit Renteneintritt bzw. Erreichen der Regelaltersgrenze der ursprüngliche Überbrückungszweck erledigt und die Leistung fortan Versorgungsfunktion hat (Urteil des BSG vom 20. Juli 2017 – B 12 KR 12/15 R –, USK 2017-29, hier: „betriebliches Ruhegeld"). Daraus folgt, dass der beitragsrechtliche Charakter einer Leistung im Kontext zu § 229 SGB V im zeitlichen Ablauf Veränderungen unterliegen kann.

Davon abzugrenzen sind Leistungen der bAV, die im Anschluss an das Beschäftigungsverhältnis anlässlich einer Einschränkung der Erwerbsfähigkeit gewährt werden und daher Versorgungsbezüge darstellen (zum Beispiel Leistungen im Lufthansa-Konzern aufgrund dauerhafter Flugdienstuntauglichkeit des Cockpit- oder Kabinenpersonals, vergleiche Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes 2018/491 vom 13. September 2018, bestätigt durch Urteile des BSG vom 1. Februar 2022 – B 12 KR 39/19 R – und – B 12 KR 40/19 R –).

Die Gewährung von Einkommensersatzleistungen, wie zum Beispiel Arbeitslosengeld, Arbeitslosengeld II oder einer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit, in der Zeit des Bezuges der Übergangszahlung wirkt sich nicht auf die zuvor beschriebene beitragsrechtliche Bewertung der Übergangszahlung aus.

Ebenso wirkt es sich nicht auf den zuvor beschriebenen beitragsrechtlichen Charakter einer Übergangszahlung aus, wenn währenddessen ab einer für das Erreichen des Ruhestands typischen Altersgrenze die „reguläre" bAV einsetzt und dann neben der Übergangszahlung gewährt wird. Betriebliche Altersversorgung und Übergangszahlung sind beitragsrechtlich getrennt voneinander zu betrachten.

Wird hingegen der Beginn einer Betriebsrente, die ab einer für den Eintritt in den Ruhestand typischen Altersgrenze einsetzen soll, vorgezogen, weil zum Beispiel das Arbeitsverhältnis vorzeitig beendet wird, ändert sich dadurch nicht die ursprüngliche Zwecksetzung der Leistung. Aufgrund des nach wie vor anzunehmenden Alterssicherungszwecks ist die Leistung dann, und zwar von Beginn an, den Versorgungsbezügen zuzurechnen.

Wird der Arbeitnehmer bei Aufrechterhaltung des Arbeitsverhältnisses von der Arbeitsleistung freigestellt, ist die Übergangszahlung des Arbeitgebers regelmäßig als Arbeitsentgelt zu qualifizieren, da in diesem Fall 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.

A.1.1.6.6 Leistungen im Sterbemonat

Sind Versorgungsbezüge für einen Monat ausgezahlt worden, in dem der Versorgungsbezieher verstirbt, hat dies beitragsrechtlich folgende Konsequenzen:

In der Sozialversicherung entsteht dann ein Anspruch auf Beiträge, wenn die im Gesetz oder aufgrund eines Gesetzes bestimmten Voraussetzungen dafür vorliegen (§ 22 Absatz 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 Absatz 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 Absatz 2 SGB XI Entsprechendes.

Sofern bei Arbeitnehmern nach arbeits- oder tarifvertraglichen Regelungen über den Sterbetag hinaus noch Arbeitsentgelt gezahlt wird (zum Beispiel 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.

Obgleich 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 Versorgungsbezuges 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 unterliegt nur der Teil der Betriebsrente als Versorgungsbezug der Beitragspflicht, der der Zeit bis zum Sterbetag und damit bis zum Ende der Mitgliedschaft zuzuordnen ist.

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 Absatz 2 SGB IV, der von den Erben geltend gemacht werden kann, nach sich.

A.1.1.6.7 Sterbegeldzahlungen

Wird an Hinterbliebene eines Arbeitnehmers/Beamten oder eines Versorgungsbeziehers für einen begrenzten Zeitraum ein sogenanntes Sterbegeld, zum Beispiel in Höhe des zuletzt gezahlten Arbeitsentgelts bzw. der zuletzt gezahlten Dienstbezüge oder der Versorgungsbezüge für die restlichen Tage des Sterbemonats sowie für zwei oder drei weitere Monate, gezahlt, unterliegt das

Sterbegeld nur dann als Versorgungsbezug der Beitragspflicht, wenn es anstelle einer laufenden Hinterbliebenenversorgung gewährt wird. Abgeleitet wird dies aus § 229 Absatz 1 Satz 3 SGB V, wonach es sich auch bei nicht regelmäßig wiederkehrenden Leistungen, die an die Stelle von Versorgungsbezügen treten, um Versorgungsbezüge handelt. Für die Zuordnung des Sterbegeldes als Versorgungsbezug ist außerdem Voraussetzung, dass sie in ihrem Kern die Voraussetzungen einer Leistung der Hinterbliebenenversorgung erfüllen; hierbei ist insbesondere auf die Personenkreiszugehörigkeit des Leistungsempfängers abzustellen (A.1.1.10). Damit können im Wesentlichen folgende Fallkonstellationen unterschieden werden:

1. Sterbegeld neben einer Hinterbliebenenversorgung

Wird die Hinterbliebenenversorgung ab dem Todestag oder ab Beginn des darauffolgenden Monats gezahlt und zusätzlich ein Sterbegeld gewährt, kann dem Sterbegeld kein Versorgungscharakter zugeschrieben werden, wodurch eine Zuordnung zu den Versorgungsbezügen ausscheidet. Ob das Sterbegeld von derselben oder einer anderen Stelle als die Hinterbliebenenversorgung und ob es monatlich oder einmalig ausgezahlt wird, ist in diesem Zusammenhang nicht relevant. Ebenso unerheblich ist, ob die Hinterbliebenenversorgung in Form einer laufenden Rente oder als Kapitalleistung/-abfindung gewährt wird.

2. Erhöhte Versorgung in den ersten Monaten der laufenden Hinterbliebenenversorgung

Erhält der Hinterbliebene für einen Übergangszeitraum nach dem Tod eine erhöhte Versorgung, zum Beispiel weil das eigene Einkommen noch nicht auf die Hinterbliebenenversorgung angerechnet wird oder die Hinterbliebenenversorgung zunächst noch in Höhe der Versorgung des Verstorbenen gewährt wird, handelt es sich nicht um eine separate Zahlung neben der laufenden Hinterbliebenenversorgung. Die erhöhte Versorgung ist vielmehr Bestandteil der laufenden Hinterbliebenenversorgung, die in der jeweiligen Höhe einen Versorgungsbezug darstellt. Dabei ist unerheblich, wie die erhöhte Versorgung bezeichnet wird.

3. Sterbegeld mit anschließender laufender Hinterbliebenenversorgung

Wird Sterbegeld für einen begrenzten Zeitraum gewährt und schließt sich an diesen Zeitraum eine laufende Hinterbliebenenversorgung an, wird das Sterbegeld anstelle der laufenden Versorgung gewährt. Es kann nicht isoliert betrachtet werden, sondern erfüllt in Einheit mit der laufenden Versorgung einen Versorgungszweck, und zwar selbst dann, wenn dem Sterbegeld in der jeweiligen Anspruchsgrundlage ein anderer Zweck, zum Beispiel Zuschuss zu den Bestattungskosten, zugedacht sein sollte. Damit ist das - monatlich oder einmalig gezahlte - Sterbegeld als Versorgungsbezug anzusehen. Das Gleiche gilt, wenn für die Zeit des Sterbegeldes bereits ein Anspruch auf die laufende Hinterbliebenenversorgung besteht, der für diese Zeit jedoch ruht. Diese Fälle dürften eher selten sein und auch nur dann vorkommen, wenn Sterbegeld und laufende Versorgung von derselben Stelle gewährt werden.

4. Sterbegeld ohne Anspruch auf eine laufende Hinterbliebenenversorgung

Wird einer Person Sterbegeld gewährt, ohne dass für diese Person überhaupt ein Anspruch auf Hinterbliebenenversorgung besteht, scheidet eine Einordnung dieser Leistung mangels Versorgungscharakter als Versorgungsbezug aus. Denkbar sind diese Fälle insbesondere dann, wenn es sich bei den Hinterbliebenen nicht um Ehegatten oder Abkömmlinge, sondern um andere Personen (zum Beispiel Eltern oder Geschwister), handelt, die zwar Anspruch auf Sterbegeld, aber keinen Anspruch auf eine Hinterbliebenenversorgung haben.

5. Sterbegeld als Abfindung einer laufenden Hinterbliebenenversorgung

Wird mit der möglicherweise als „Sterbegeld“ bezeichneten Leistung ein Anspruch auf eine laufende Hinterbliebenenversorgung abgefunden (ohne oder mit anschließender laufenden Hinterbliebenenversorgung), handelt es sich um einen Versorgungsbezug in Form einer Kapitalabfindung nach § 229 Absatz 1 Satz 3 SGB V (A.1.1.9.2).

A.1.1.7 Übertragung von Versorgungsanwartschaften in der bAV

Denkbar ist, dass Versorgungsanwartschaften während des Arbeitsverhältnisses oder im Zusammenhang mit dem Wechsel des Arbeitgebers von einer Art der bAV in eine andere Art der bAV, ggf. zwischen verschiedenen Durchführungswegen der bAV, übertragen werden.

Da in diesen Fällen die bAV nicht beendet, sondern fortgeführt wird, liegt zum Zeitpunkt der Übertragung (noch) kein beitragsrechtlich relevanter Versorgungsbezug im Sinne des § 229 SGB V vor. Vielmehr unterliegt erst die spätere Gesamtablaufleistung (soweit nicht privat finanziert) unter den zu diesem Zeitpunkt geltenden rechtlichen Bedingungen als Versorgungsbezug der Beitragspflicht. Dabei spielt es im Übrigen keine Rolle, welche steuerrechtlichen Konsequenzen die Übertragung, einschließlich der Pflichten für Rentenbezugsmitteilungen gegenüber der Zentralen Zulagenstelle für Altersvermögen (ZfA), zur Folge hat. Durch diese Bewertung ist auch sichergestellt, dass eine doppelte Verbeitragung des Übertragungswertes (zum Zeitpunkt der Übertragung und bei späterer Auszahlung der Gesamtablaufleistung) ausgeschlossen ist. Voraussetzung ist allerdings, dass der Übertragungswert der bAV nachweisbar in voller Höhe auf den anderen Versorgungsträger übertragen wird.

Die Frage, ob es sich bei dem Wert der Übertragung von Versorgungsanwartschaften um Arbeitsentgelt handeln kann, wird in dem Gemeinsamen Rundschreiben „Beitragsrechtliche Beurteilung von Beiträgen und Zuwendungen zum Aufbau betrieblicher Altersversorgung“ vom 21. November 2018 unter Ziffer 10 behandelt.

Wird die bAV während oder im Zusammenhang mit dem Ende des Arbeitsverhältnisses vorzeitig beendet, liegt ein Versorgungsbezug in Form einer Kapitalabfindung vor (A.1.1.9.4).

A.1.1.8 Versorgungsbezüge aus dem Ausland

Nach § 229 Absatz 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 Absatz 1 Satz 1 Nummer 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.

Hinsichtlich der Vergleichbarkeit von Versorgungsleistungen aus dem Ausland an Hinterbliebene finden die Aussagen unter A.1.1.10 entsprechend Anwendung.

Die beitragsrechtliche Zuordnung von Altersversorgungsleistungen aus dem Ausland zu gesetzlichen Renten aus dem Ausland und damit u. a. die Abgrenzung zu Versorgungsbezügen aus dem Ausland wird im Abschnitt C.1.1.2 behandelt. 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.

Im Zusammenhang mit dem Freibetrag auf Leistungen der bAV ist außerdem entscheidend, ob ein Versorgungsbezug aus dem Ausland den Leistungen der bAV zuzuordnen ist. Die Abgrenzungskriterien dazu werden im Einzelnen unter A.1.1.12.3 behandelt.

Die Aussagen zur Währungsumrechnung bei Renten aus dem Ausland unter C.1.1.4 gelten für Versorgungsbezüge aus dem Ausland entsprechend.

A.1.1.9 Kapitalabfindungen und Kapitalleistungen

A.1.1.9.1 Allgemeines

In § 229 Absatz 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 Versicherungsfalls vereinbart oder zugesagt worden sind („originäre 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 Absatz 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 Absatz 1 Satz 1 und 2 SGB V.

Nach § 229 Absatz 1 Satz 3 SGB V gilt sowohl bei der Kapitalabfindung als auch bei der Kapitalleistung 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 zum Beispiel 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 zum Beispiel 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.1.1.9.2 Kapitalabfindungen

Tritt an die Stelle der (laufenden) Versorgungsbezüge eine nicht regelmäßig wiederkehrende Leistung, handelt es sich um eine Kapitalabfindung im Sinne des § 229 Absatz 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.

Es kann vorkommen, dass die laufende Zahlung von Versorgungsbezügen bereits begonnen hat und erst währenddessen, ggf. innerhalb einer bestimmten Frist, von dem ehemaligen Arbeitnehmer eine Kapitalabfindung gewählt wird. Beispielhaft kann hier die Emder Zusatzversorgungskasse für Sparkassen (ZVK-Sparkassen) genannt werden. Die Abfindung erfolgt dann typischerweise rückwirkend zum Beginn der Betriebsrentenzahlung unter Verrechnung der bereits ausgezahlten laufenden Zahlungen. Sofern der Anspruch auf die Abfindung rückwirkend an die Stelle der Rentenleistung tritt, wäre der Fall beitrags- und melderechtlich grundsätzlich so abzuwickeln, als wenn die Abfindung bereits zum Eintritt des Versorgungsfalls gezahlt worden wäre. Diese Variante hätte allerdings eine Rückrechnung bzw. Erstattung der aus der Rentenleistung gezahlten Beiträge einerseits sowie eine rückwirkende Festsetzung der Beiträge im Rahmen der 120-Monats-Regel durch die Krankenkasse und eine Beitragsnachentrichtung zur Folge. Um diese Auswirkungen zu vermeiden, wird es – jedenfalls bei Rückwirkungszeiträumen von nur wenigen Monaten – für vertretbar gehalten, die Zeiträume des Rentenbezuges hinsichtlich der Beiträge und Meldungen unangetastet zu lassen und erst für die Zukunft den „Restbetrag" der

Abfindung für 120 Monate der Beitragspflicht zu unterwerfen. Dies begegnet auch in der beitragsrechtlichen Betrachtung keinen Bedenken, da die Bildung des 120-Monats-Zeitraums damit lediglich an die tatsächliche Auszahlung der Abfindung gekoppelt wird. Die Gesetzeslage verlangt jedenfalls nicht zwingend ein bestimmtes Verfahren. Die bei der Anwendung der beiden Methoden entstehenden geringen Abweichungen der Höhe der monatlichen beitragspflichtigen Einnahmen sowie des gesamten Zeitraumes der Beitragspflicht werden als tolerierbar erachtet, zumal der insgesamt der Beitragspflicht unterworfene Betrag der Versorgungsbezüge – jedenfalls sofern die Mindesteinnahmegrenze des § 226 Absatz 2 SGB V überschritten wird – derselbe ist.

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

Witwenabfindungen, die aus Anlass der Wiederverheiratung einer Witwe oder eines Witwers gewährt werden, sind aufgrund des fehlenden Versorgungszwecks nicht als Versorgungsbezüge 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 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 in Verbindung mit Satz 3 SGB V dar, weil damit im weitesten Sinne ein Versorgungszweck erfüllt wird und die Leistung einen laufenden Versorgungsbezug ersetzt.

A.1.1.9.3 Kapitalleistungen

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

Mit Urteil vom 4. September 2018 – B 12 KR 20/17 R –, USK 2018-48, hat das BSG im Fall einer Direktversicherung klargestellt, dass die Kapitalleistung nicht um die zu entrichtende Kapitalertragssteuer zu reduzieren ist. Arbeitsentgelt, Renten und Versorgungsbezüge würden nach dem Bruttoprinzip einheitlich mit ihrem Bruttobetrag der Beitragsberechnung zugrunde gelegt.

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.

Die beitragsrechtliche Bewertung von einmaligen Versorgungszahlungen im Zusammenhang mit § 229 Absatz 1 Satz 3 SGB V ist grundsätzlich von der steuerrechtlichen Einordnung der Zahlung bzw. von einzelnen Bestandteilen der Zahlung/Leistung abgekoppelt. Beispielhaft kann hierzu das Urteil des BFH vom 12. Dezember 2017 – X R 39/15 angeführt werden, wonach auf Kapitalauszahlungen aus einer zur Basisversorgung hinzutretenden und von dieser getrennten Kapitalversorgung aus einem berufsständischen Versorgungswerk nicht die Regelungen über die Leistungen aus einer Basis-Altersversorgung (§ 22 Nummer 1 Satz 3 Buchstabe a EStG), sondern die Regelungen über Erträge aus Kapitallebensversicherungen (§ 20 Absatz 1 Nummer 6 EStG) anzuwenden sind. Ungeachtet dessen sind die Auszahlungen bzw. Leistungen aus der Kapitalversorgung im Beitragsrecht den Versorgungsbezügen nach § 229 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 in Verbindung mit Satz 3 SGB V zuzuordnen.

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 Versorgungsfalls 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.

Wird die Kapitalleistung ganz oder teilweise zur Finanzierung einer Sofortrentenversicherung verwendet, steht dies der Beitragsbemessung nach § 229 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 in Verbindung mit Satz 3 SGB V nicht entgegen, denn Verfügungen des Berechtigten über die fällig gewordene Kapitalleistung beeinflussen deren Beitragspflicht nicht (Urteil des BSG vom 10. Oktober 2017 – B 12 KR 1/16 R –, USK 2017-83). Die Sofortrente stellt jedoch, obwohl sie aus einem Versorgungsbezug finanziert worden ist, selbst keinen Versorgungsbezug dar.

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 bAV ersetzen, als laufender Versorgungsbezug im Sinne des § 229 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 SGB V anzusehen sind (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 Absatz 1 Satz 3 SGB V. Dies ist auch dann der Fall, wenn die Ausgleichszahlung nicht in einer Summe, sondern ratierlich zur Auszahlung gelangt.

Dem in einer Summe gezahlten „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 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 in Verbindung mit 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.1.1.6.3 beschrieben.

A.1.1.9.4 Beitragsrechtliche Beurteilung von Abfindungen insbesondere betrieblicher Altersversorgung einschließlich der Auszahlung von Rückkaufswerten

Im Fall der Abfindung einer unverfallbaren Anwartschaft auf Leistungen einer bAV (hier: Auszahlung der Deckungsrückstellung aus einer Direktversicherung in Form eines Einmalbetrags) geht nach dem BSG-Urteil vom 25. April 2012 – B 12 KR 26/10 R –, USK 2012-20, der Charakter einer Kapitalleistung als Versorgungsbezug nicht dadurch – nachträglich – verloren, wenn sie vor dem Eintritt des vertraglich vereinbarten Versicherungsfalls (hier: nach Vollendung des 60. Lebensjahres) ausgezahlt wird. Dem § 229 Absatz 1 Satz 3 SGB V sei nicht zu entnehmen, dass die Beitragspflicht von Kapitalleistungen den Eintritt des vertraglich vereinbarten Versicherungsfalls voraussetze. Vielmehr komme es dafür auf den Versorgungszweck bei

Vereinbarung bzw. Zusage an. Nicht maßgebend ist, ob das vorzeitig ausgezahlte Kapital möglicherweise nicht mehr einem Versorgungszweck dient, sondern zur Deckung eines anderen Bedarfs verwendet wird.

Mit Urteil vom 25. August 2004 – B 12 KR 30/03 R –, USK 2004-29, hatte das BSG bereits entschieden, dass eine an den Arbeitnehmer im laufenden Beschäftigungsverhältnis gezahlte Abfindung erworbener Versorgungsanwartschaften aus einer Unterstützungskasse, deren Träger der Arbeitgeber ist, kein beitragspflichtiges Arbeitsentgelt im Sinne des § 14 Absatz 1 SGB IV darstellt. Vielmehr sei bei einer derartigen Abfindungsleistung bezüglich der Kranken- und Pflegeversicherung der Anwendungsbereich des § 229 SGB V eröffnet; daneben komme § 14 SGB IV von vornherein nicht als einschlägig in Betracht.

Unter Hinweis auf diese beiden BSG-Urteile hat das Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg am 24. März 2015 – L 11 R 1130/14 – entschieden, dass es sich bei der Abfindung einer bAV (hier: Rückkaufswert einer Direktversicherung) auch während eines bestehenden Beschäftigungsverhältnisses nicht um Arbeitsentgelt im Sinne von § 14 SGB IV, sondern ausschließlich um einen Versorgungsbezug nach § 229 SGB V in Form einer Kapitalleistung handelt.

In den Urteilen vom 29. Juli 2015 – B 12 KR 4/14 R –, USK 2015-56, und – B 12 KR 18/14 R –, USK 2015-64, hat das BSG für einen abweichenden Sachverhalt (Übergangszahlungen, vergleiche A.1.1.6.5) in Übereinstimmung mit der vorgenannten Rechtsprechung wiederholt deutlich gemacht, dass für die beitragsrechtliche Kategorisierung im Kontext zu § 229 SGB V die objektive Zwecksetzung der Leistung maßgebend ist.

Unter Berücksichtigung dieser Rechtsprechung vertreten die Spitzenorganisationen der Sozialversicherung die Auffassung, dass vor Eintritt des Versorgungsfalles gezahlte Abfindungen von gesetzlich oder vertraglich unverfallbaren oder verfallbaren Anwartschaften auf eine bAV, einschließlich der Auszahlung von Rückkaufswerten, und zwar sowohl nach beendetem als auch bei bestehendem Beschäftigungsverhältnis, kein Arbeitsentgelt nach § 14 SGB IV darstellen, sondern dem Anwendungsbereich des § 229 SGB V (Versorgungsbezüge) zuzuordnen sind (Niederschrift über die Besprechung über Fragen des gemeinsamen Beitragseinzugs am 20. April 2016, Punkt 4). Nach diesen Grundsätzen ist spätestens bei Abfindungen von Versorgungsanwartschaften zu verfahren, die nach dem 30. Juni 2016 ausgezahlt werden.

Konkret handelt es sich dann, jedenfalls, wenn bereits erworbene Anwartschaften abgefunden werden, um Versorgungsbezüge in Form einer Kapitalabfindung im Sinne des § 229 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 in Verbindung mit Satz 3 SGB V.

In dem vorgenannten Besprechungsergebnis wird bereits klargestellt, dass die beitragsrechtliche Zuordnung zu den Versorgungsbezügen nicht von dem Alter der betreffenden Person zum Zeitpunkt der Auszahlung abhängt. Auf einen engen zeitlichen Zusammenhang zwischen Auszahlung und Ausscheiden aus dem Erwerbsleben kommt es damit nicht (mehr) an.

Die zuvor beschriebene beitragsrechtliche Bewertung der Abfindung gilt auch dann, wenn diese aus einer – rechtlich zulässigen – Teilkündigung der bAV resultiert.

Wird eine „Versorgungsabfindung“ gezahlt, obwohl noch gar keine Versorgungsanwartschaft bzw. Anspruch auf eine reguläre Versorgung erworben worden ist, wie zum Beispiel nach § 23 Absatz 1 AbgG an ehemalige Mitglieder des Deutschen Bundestages, die dem Bundestag nicht für mindestens ein Jahr angehört haben, stellt die Abfindung keinen Versorgungsbezug dar.

Kommt es im Zusammenhang mit der Auflösung einer Versorgungseinrichtung (zum Beispiel bei Zusatzversorgungen im Bereich der berufsständischen Versorgungseinrichtungen) zu Abfindungszahlungen, weil aus der Versorgung keine Leistungsansprüche mehr realisiert werden können, kann es sich dabei um Kapitalabfindungen im Sinne des § 229 Absatz 1 Satz 3 SGB V handeln. Die die Abfindung gewährende Zahlstelle trifft dann die in den §§ 202, 256 SGB V festgelegten Melde- und Beitragsabführungspflichten gegenüber den Krankenkassen.

A.1.1.10 Hinterbliebenenversorgung

A.1.1.10.1 Allgemeines

Als Versorgungsbezüge gelten auch die in § 229 Absatz 1 Satz 1 Nummer 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 bAV, nicht unbedingt an die Witwe, den Witwer oder die Waisen, sondern zum Beispiel 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, der Anspruch auf eine Rente wegen Todes aus der gesetzlichen Rentenversicherung nach den §§ 46 oder 48 SGB VI hat (Witwen, Witwer und Waisen). 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).

Erzielt ein Hinterbliebener Leistungen aus einer bAV (hier: Kapitalleistungen aus einer Direktversicherung) aufgrund eines eigenen Bezugsrechts, so stellt die ihm ausgezahlte Versicherungssumme einen beitragspflichtigen Versorgungsbezug dar und gehört nicht zum beitragsfreien ererbten Vermögen des Hinterbliebenen (Urteil des BSG vom 5. März 2014 – B 12 KR 22/12 R –, USK 2014-12). Mit Urteil vom 12. Mai 2020 – B 12 KR 22/18 R –, USK 2020-20), bestätigte das BSG, dass eine ausschließlich im Wege der Erbfolge erlangte Leistung (hier: aus der bAV) nicht zur Hinterbliebenenversorgung im Sinne des § 229 SGB V gehört.

Sogenannte Sterbegelder an Hinterbliebene von verstorbenen Arbeitnehmern werden im Abschnitt A.1.1.6.7 behandelt.

Ausführungen zur Beitragsfreiheit bestimmter Versorgungsbezüge an Waisen finden sich unter A.1.5.

A.1.1.10.2 Leistungen aus einer bAV an hinterbliebene Kinder (Waisenversorgung)

Das BSG hat mit Urteil vom 26. Februar 2019 – B 12 KR 12/18 R –, USK 2019-4, in dem Fall einer Kapitalleistung aus einer bAV in Form einer Direktversicherung an das nach dem Tod des Arbeitnehmers bezugsberechtigte Kind entschieden, dass es sich bei dieser Einnahme nicht um Versorgungsbezüge handelte, da das Kind zum Zeitpunkt des Versicherungsfalls bereits das 27. Lebensjahr (Höchstaltersgrenze für eine Waisenrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung) vollendet hatte. Die Kapitalleistung sei aufgrund des fehlenden Versorgungszwecks nicht „zur Hinterbliebenenversorgung“ im Sinne des § 229 Absatz 1 Satz 1 SGB V erzielt worden. Nach Auffassung des BSG liegt ein Versorgungszweck bei Leistungen aus der bAV an ein Kind der versicherten Person jedenfalls dann nicht vor, wenn die Leistung zu einem Zeitpunkt zufließt, in dem typischerweise kein Anspruch auf eine Waisenrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung nach § 48 SGB VI mehr in Betracht kommt. Daraus können für Leistungen aus einer bAV an hinterbliebene Kinder folgende Grundsätze abgeleitet werden:

1. Hat das bezugsberechtigte Kind zum Zeitpunkt des Versorgungsfalls bereits das 27. Lebensjahr vollendet, ist die laufende oder einmalige Leistung nicht als Versorgungsbezug anzusehen. Für diese Fälle hat das BSG einen Versorgungszweck ausdrücklich verneint.

2. Hat das bezugsberechtigte Kind zum Zeitpunkt des Versorgungsfalls das 27. Lebensjahr noch nicht vollendet, stellt die Leistung bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres einen Versorgungsbezug dar, ohne dass zwischen der Vollendung des 18. und der Vollendung des 27. Lebensjahres zu prüfen ist, ob die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Waisenrente der gesetzlichen Rentenversicherung für diesen Zeitraum nach § 48 Absatz 4 SGB VI (insbesondere Schul- oder Berufsausbildung) vorliegen oder ob tatsächlich ein Anspruch auf eine Waisenrente besteht oder die Waisenrente tatsächlich bezogen wird. Dies gilt auch bei Kapitalabfindungen und Kapitalleistungen für den Zeitraum von 120 Monaten nach § 229 Absatz 1 Satz 3 SGB V, soweit dieser Zeitraum noch nicht ausgeschöpft ist.

3. Sofern die jeweilige Versorgungsregelung eine dem § 48 Absatz 5 SGB VI vergleichbare Regelung vorsieht, wonach die Leistung unter den genannten Voraussetzungen über das 27. Lebensjahr hinaus gezahlt wird (Unterbrechung oder Verzögerung der Schulausbildung oder Berufsausbildung durch den gesetzlichen Wehrdienst oder einen gleichgestellten Dienst), ist auch für diesen Verlängerungszeitraum pauschal, das heißt ohne Prüfung der tatsächlichen Lebensumstände, noch ein Versorgungszweck zu unterstellen. Die Leistung ist dann bis zum Bezugsende oder bei Kapitalabfindungen/-leistungen längstens bis zum Ende des Verlängerungszeitraums als Versorgungsbezug anzusehen.

4. Wird die laufende Leistung über das 27. Lebensjahr bzw. bei Versorgungsregelungen im Sinne der vorangegangenen Ziffer über das Ende des Verlängerungszeitraums hinaus gewährt oder dauert bei Kapitalabfindungen/-leistungen der Zeitraum von 120 Monaten über diese Zeitpunkte hinaus an, ist in analoger Anwendung des Urteils des BSG vom 20. Juli 2017 – B 12 KR 12/15 R –, USK 2017-29, bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres bzw. bis zum Ende des Verlängerungszeitraums ein Versorgungszweck zu unterstellen. Für die anschließende Zeit verliert die Leistung ihren Versorgungscharakter, sodass sie dann weder als laufende Leistung, noch im Rahmen des § 229 Absatz 1 Satz 3 SGB V als Versorgungsbezug anzusehen ist.

5. Hinsichtlich der Frage, welche Kinder im Sinne einer Vergleichbarkeit mit der gesetzlichen Rentenversicherung zu berücksichtigen sind, wird ebenfalls typisierend auf das Recht der gesetzlichen Rentenversicherung zurückgegriffen (hier: § 48 SGB VI). Danach sind neben den leiblichen und adoptierten Kindern auch die in § 48 Absatz 3 SGB VI genannten Kinder (Stiefkinder und Pflegekinder, Enkel und Geschwister) zu berücksichtigen, ohne dass jedoch hier die weiteren Voraussetzungen (zum Beispiel Haushaltsaufnahme) zu prüfen sind.

A.1.1.10.3 Leistungen aus einer bAV an hinterbliebene Ehegatten/Lebenspartner (Witwen- und Witwerversorgung)

Aus den Anmerkungen des im vorangegangenen Abschnitt angeführten Urteil des BSG zu früheren Urteilen, die Kapitalleistungen an hinterbliebene Ehegatten im Kontext zu § 229 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 SGB V behandelt haben, sind nicht zwingend Folgen für die Beurteilung von Leistungen aus der betrieblichen Altersversorgung an hinterbliebene Ehegatten im Sinne einer Einschränkung der Eigenschaft von Versorgungsbezügen abzuleiten – wenngleich das BSG hier auf die Altersgrenze für die große Witwen-/Witwerrente und die Unterscheidung zwischen der großen Witwen-/Witwerrente und der kleinen Witwen-/Witwerrente eingeht. In den vom BSG am 25. April 2012 – B 12 KR 19/10 R –, USK 2012-19, und 5. März 2014 – B 12 KR 22/12 R –, USK 2014-12, entschiedenen Fällen war der Versorgungszweck im Sinne einer Unterhaltsfunktion bei typisierender Betrachtung nicht zweifelhaft, denn die betroffenen Witwen hätten das 47. Lebensjahr vollendet und erfüllten damit eine grundsätzliche Voraussetzung für eine große Witwen- und Witwerrente (§ 46 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 SGB VI), die im Gegensatz zur kleinen Witwen- und Witwerrente für unter 47-jährige hinterbliebene Ehepartner zeitlich unbefristet ist. Zudem kennt das Recht der gesetzlichen Rentenversicherung neben den „klassischen" Witwen- und Witwerrenten noch weitere Abwandlungen, wie zum Beispiel die Geschiedenen-Witwen-/Witwerrente, die Witwen-/Witwerrente nach dem vorletzten Ehegatten und die Erziehungsrente nach § 47 SGB VI. Vor diesem Hintergrund und mangels expliziter höchstrichterlicher Rechtsprechung zur Frage der beitragsrechtlichen Einordnung von Leistungen der betrieblichen Altersversorgung an hinterbliebene Ehegatten, die das 47. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, wird daher bis auf weiteres daran festgehalten, für die Bestimmung eines Versorgungszwecks lediglich auf den Personenkreis (Witwen, Witwer) ohne weitere Merkmale (zum Beispiel Altersgrenze) abzustellen.

A.1.1.10.4 Leistungen an Hinterbliebene im Sinne des § 229 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bis 4 SGB V

Die anderen Systeme der Alterssicherung, aus denen Renten bzw. Bezüge nach § 229 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bis 4 SGB V gewährt werden, stellen dem Grunde nach – anders als die Renten der betrieblichen Altersversorgung – einen Ersatz für die –unter Umständen zeitweise – nicht vorhandene Absicherung in der gesetzlichen Rentenversicherung dar. Bei den Leistungen an Hinterbliebene aus diesen Systemen kann unterstellt werden, dass sie per se „zur Hinterbliebenenversorgung" erzielt werden. Außerdem ist davon auszugehen, dass der anspruchsberechtigte Personenkreis der Hinterbliebenen dem Grunde nach (Witwen, Witwer, Waisen – ohne Berücksichtigung weiterer Anspruchsvoraussetzungen wie zum Beispiel Altersgrenzen) denen der gesetzlichen Rentenversicherung entspricht.

A.1.1.11 Mindesteinnahmegrenze

Beiträge aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen sind nach § 226 Absatz 2 SGB V nur zu entrichten, wenn die monatlichen beitragspflichtigen Einnahmen aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen insgesamt 1/20 der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 SGB IV übersteigen. Wird diese Mindesteinnahmegrenze lediglich durch eine Einmalzahlung überschritten, besteht aufgrund des für diese Art von Zahlung geltenden Zuflussprinzips im Zahlungsmonat Beitragspflicht, und zwar selbst dann, wenn die Mindesteinnahmegrenze 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 1/20 der monatlichen Bezugsgröße überschritten wird, zusammenzurechnen. Für eine Waisenrente aus der berufsständischen Versorgung gilt das selbst dann, wenn diese nach § 237 Satz 2 SGB V beitragsfrei ist.

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

§ 226 Absatz 2 SGB V gilt nicht für freiwillig versicherte Mitglieder sowie nicht für Pflichtversicherte nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V (§ 3 Absatz 4 Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler). Für beitragspflichtige Rentenantragsteller nach § 189 SGB V, bei denen die Anwendung des § 225 SGB V zur Beitragsfreiheit ausgeschlossen ist, wird die Mindesteinnahmegrenze ebenfalls nicht berücksichtigt.

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

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 ausgezahlt, 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 bis zur Beitragsbemessungsgrenze aber nicht höher ist als 1/20 der monatlichen Bezugsgröße.

A.1.1.12 Freibetrag auf Leistungen der betrieblichen Altersversorgung

A.1.1.12.1 Allgemeines

Mit dem Ziel, die Beitragslast aus Leistungen der bAV in der Krankenversicherung zu vermindern und damit die Attraktivität der bAV zu steigern, hat der Gesetzgeber ab 1. Januar 2020 für Leistungen der bAV an Versicherungspflichtige in der gesetzlichen Krankenversicherung zusätzlich zu der bereits bestehenden Mindesteinnahmegrenze in § 226 Absatz 2 Satz 2 SGB V einen Freibetrag eingeführt, durch den ein Teil der Leistung oder die gesamte Leistung von der Beitragspflicht zur Krankenversicherung freigestellt wird. Damit wird, jedenfalls teilweise, eine Kompensation der Beitragsbelastung erreicht, die durch die Anhebung des Beitragssatzes auf Versorgungsbezüge auf den vollen allgemeinen Beitragssatz zum 1. Januar 2004 entstanden war.

Für die Beiträge zur Pflegeversicherung aus Versorgungsbezügen ist ein Freibetrag nicht vorgesehen. Damit sind bei Leistungen der bAV abweichend von dem sonst üblicherweise geltenden Grundsatz „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“ regelmäßig unterschiedlich hohe beitragspflichtige Einnahmen in der Kranken- und Pflegeversicherung zu berücksichtigen.

Der Freibetrag findet ausschließlich für krankenversicherungspflichtige Personen, ausgenommen die Personen in der Auffang-Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V, Anwendung. In der freiwilligen Krankenversicherung wird der Freibetrag – wie die Mindesteinnahmegrenze auch – nicht für anwendbar erklärt. § 240 Absatz 2 Satz 5 SGB V verweist weiterhin nicht auf § 226 Absatz 2 SGB V. Anders als in der Pflichtversicherung gilt in der freiwilligen Krankenversicherung die Maxime, dass die Beitragsbelastung bzw. Beitragsbemessung die gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des Mitglieds zu berücksichtigen hat. Bei Rentenantragstellern, die als Pflichtmitglieder gelten, werden die Beiträge im Allgemeinen wie bei freiwillig versicherten Mitgliedern bemessen (§ 239 Satz 3 SGB V). Rentenantragsteller, die nach § 225 SGB V grundsätzlich beitragsfrei sind, haben jedoch Beiträge aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen zu zahlen. Für sie wird § 226 Absatz 2 SGB V ausdrücklich für anwendbar erklärt, sodass bei ihnen der Freibetrag bei Leistungen der bAV zu berücksichtigen ist.

A.1.1.12.2 Grundsätze der Berechnung

In § 226 Absatz 2 Satz 2 SGB V ist folgende Regelung für den Freibetrag vorgesehen: Überschreitet die Summe der Versorgungsbezüge (§ 229 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bis 5 SGB V) und das gegebenenfalls außerdem erzielte Arbeitseinkommen aus selbstständiger Tätigkeit insgesamt im Monat die Mindesteinnahmegrenze von 1/20 der monatlichen Bezugsgröße (2022: 164,50 EUR), ist von den monatlichen beitragspflichtigen Einnahmen nach § 229 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 SGB V, also (nur) von den Renten der bAV, ein Freibetrag in Höhe von 1/20 der monatlichen Bezugsgröße abzuziehen. Zu den Renten der bAV gehören ebenso die Zusatzversorgung im öffentlichen Dienst (einschließlich der kirchlichen Altersversorgung) sowie die hüttenknappschaftliche Zusatzversorgung. Der Freibetrag ist der Höhe nach ausdrücklich begrenzt auf die monatlichen beitragspflichtigen Einnahmen nach § 229 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 SGB V und damit, sofern der Freibetrag nicht in voller Höhe ausgeschöpft werden kann, nicht übertragbar auf andere Versorgungsbezugsarten oder andere Einnahmearten. Mindesteinnahmegrenze und Freibetrag sind also gleich hoch, haben aber eine unterschiedliche Bedeutung und Funktion.

Für Arbeitseinkommen sowie die sonstigen Versorgungsbezüge nach § 229 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bis 4 SGB V gilt ausschließlich die Mindesteinnahmegrenze, nicht jedoch der Freibetrag. Dies hat u. a. zur Folge, dass aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen auch dann Beiträge zu zahlen sind, wenn nach Abzug des Freibetrags von Betriebsrenten die Summe der Versorgungsbezüge und des Arbeitseinkommens die Mindesteinnahmegrenze nicht übersteigt.

Beispiel

Sachverhalt im Jahr 2022

bAV	120,00 €
sonstiger Versorgungsbezug	140,00 €
	= 260,00 €

Die Mindesteinnahmegrenze von 164,50 € wird überschritten.

Beitragspflichtige Einnahmen:	KV	PV
bAV	120,00 €	120,00 €
Abzug des Freibetrags	- 120,00 €	./.
	= 0,00 €	= 120,00 €
sonstiger Versorgungsbezug	140,00 €	140,00 €
gesamt	= 140,00 €	= 260,00 €

Das Recht der landwirtschaftlichen Krankenversicherung sieht inhaltsgleich einen Freibetrag für Leistungen der bAV vor (§ 39 Absatz 2 Satz 2 und § 45 Absatz 2 Satz 2 KVLG 1989).

Bei dem Freibetrag handelt es sich nicht um einen starren Monatsbetrag. Für Teilmonate der Beitragspflicht, insbesondere im Sterbefall, ist der Freibetrag daher – ebenso wie bei der Mindesteinnahmegrenze – anteilig zu ermitteln. Hierbei ist der Monat mit 30 Tagen zu berücksichtigen. Der anteilige Freibetrag ermittelt sich durch die Multiplikation der Kalendertage, in denen eine Beitragspflicht besteht, mit dem dreißigsten Teil des monatlichen Freibetrags.

Wird die an sich laufende Leistung der bAV nicht monatlich, sondern in größeren Zeitabständen (zum Beispiel viertel- oder halbjährlich) ausgezahlt, ist der Auszahlungsbetrag auch für die Frage einer Berücksichtigung des Freibetrags nach dem Entstehungsprinzip auf die Monate zu verteilen, für die die Zahlung erfolgt. Für jeden dieser Monate ist dann festzustellen, ob und in welcher Höhe (ggf. anteilig) der Freibetrag Anwendung findet. Unabhängig davon ist für die Fälligkeit der auf den Auszahlungsbetrag entfallenden Beiträge der Zeitpunkt der Auszahlung maßgebend. Weiteres ist unter A.1.4.5 beschrieben.

A.1.1.12.3 Freibetrag auch bei Leistungen der betrieblichen Altersversorgung aus dem Ausland

Nach § 229 Absatz 1 Satz 2 SGB V werden auch Versorgungsbezüge aus dem Ausland oder von zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Einrichtungen als beitragspflichtige Einnahmen herangezogen, sofern sie ihrer Art nach einer der in § 229 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bis 5 SGB V genannten Leistungen entsprechen (A.1.1.8). Diese Gleichstellung führt dazu, dass der Freibetrag bei Versorgungsbezügen aus dem Ausland ebenso Anwendung findet, sofern diese der bAV zuzuordnen sind.

Aus diesem Grund ist entscheidend, ob ein Versorgungsbezug aus dem Ausland als Leistung der betrieblichen Altersversorgung anzusehen ist. Da es bei Versorgungsbezügen aus dem Ausland, anders als bei inländischen Versorgungsbezügen, an einer Kennzeichnung von Leistungen aus einer bAV mangels Meldeverfahren zwischen ausländischen Zahlstellen und Krankenkassen in Deutschland fehlt, ist diese Zuordnung im Einzelfall von der zuständigen Krankenkasse vorzunehmen. Die Prüfung, ob es sich um eine vergleichbare bAV aus dem Ausland handelt, findet im Grundsatz in nachfolgend beschriebenen Schritten statt:

1. Nach der allgemeinen Begriffsdefinition in § 229 Absatz 1 Satz 1 SGB V kommen als der Rente vergleichbare Einnahmen (Versorgungsbezüge) von vornherein nur Einnahmen in Frage, die wegen einer Einschränkung der Erwerbsfähigkeit oder zur Alters- oder Hinterbliebenenversorgung erzielt werden und an eine frühere Erwerbstätigkeit anknüpfen. Zudem müssen die Einnahmen die Funktion einer entsprechenden Rente der – deutschen – gesetzlichen Rentenversicherung (Einkommensersatzfunktion bzw.

Unterhaltsersatzfunktion) vom Grundsatz erfüllen und damit einem Versorgungszweck dienen. Näheres geht aus A.1.1.1.2 hervor.

2. Es ist sicherzustellen, dass es sich bei der zu beurteilenden „Versorgungsleistung" nicht um eine Einnahme aus privater Eigenvorsorge (zum Beispiel aus einer Lebens-oder Rentenversicherung ohne Beteiligung eines Arbeitgebers/Unternehmens) oder um eine gesetzliche Rente aus dem Ausland im Sinne des § 228 Absatz 1 Satz 2 SGB V handelt. Näheres geht aus A.1.1.1.2 und C.1.1.2 hervor. Die Grundsätze für eine beitragsrechtliche Aufteilung der Versorgung bei privater Fortführung einer bAV oder umgekehrt sind bei ausländischen Versorgungsleistungen ebenso zu beachten.

3. Kommt danach eine Zuordnung der Einnahme aus dem Ausland zu den Versorgungsbezügen nach § 229 SGB V in Frage, ist zu prüfen, ob und welcher der in § 229 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bis 5 SGB V abschließend aufgeführten Arten des Versorgungsbezugs diese Einnahme zugeordnet werden kann. Dabei bietet es sich an, wie nachfolgend dargestellt, zweigleisig vorzugehen.

    a. Ist augenscheinlich zu erkennen, dass die Leistung von einem ehemaligen Arbeitgeber der betreffenden Person („Direktzusage") bzw. von einer Pensionskasse oder einem Pensionsfonds (engl. -ohne entsprechende Differenzierung - zum Beispiel pension fund, retirement fund, pension scheme) geleistet wird, kann sie ohne weitere Prüfung als eine Leistung der bAV anerkannt werden. Nach der Definition in § 1b Absatz 3 Satz 1 BetrAVG handelt es sich bei einer Pensionskasse oder einem Pensionsfonds um eine rechtsfähige Versorgungseinrichtung, die dem Arbeitnehmer oder seinen Hinterbliebenen auf ihre Leistungen einen Rechtsanspruch gewährt. Eine Deckungsgleichheit mit sämtlichen Merkmalen einer Pensionskasse oder einem Pensionsfonds nach deutschem Recht (§§ 232, 236 Versicherungsaufsichtsgesetz – VAG) muss dafür nicht hergestellt werden. Die weiteren in Deutschland existierenden Durchführungswege der bAV, Direktversicherung (Definition: § 1b Absatz 2 BetrAVG) und Unterstützungskasse (Definition: § 1b Absatz 4 BetrAVG), dürften aller Voraussicht nach im Ausland keine bzw. nur selten eine Entsprechung haben oder als solche nicht auf den ersten Blick zu erkennen sein.

    b. Ansonsten bietet es sich an, nach dem Ausschlussprinzip vorzugehen und zu untersuchen, ob die betreffende Einnahme aus dem Ausland mit den Versorgungsbezugsarten nach den Nummern 1 bis 4 in § 229 Absatz 1 Satz 1 SGB V vergleichbar ist. Dabei dürfte häufiger die Frage zu klären sein, ob es sich um eine Versorgungsleistung aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis im

Sinne des § 229 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V, insbesondere als ehemaliger Beamter oder Soldat, handelt; die Ausnahmeregelungen nach den Buchstaben a bis d (zum Beispiel bei lediglich übergangsweise gewährten Bezügen) sind dabei ohne Belang. Eine Vergleichbarkeit mit den Versorgungsbezügen nach § 229 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 SGB V (Renten und Landabgaberenten nach dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte – ALG) scheidet wegen der Bezugnahme auf das ALG, welches ausschließlich in Deutschland Anwendung findet, von vornherein aus. Hinsichtlich der Merkmale der Versorgungsbezugsarten nach den Nummern 1 bis 3 des § 229 Absatz 1 Satz 1 SGB V kann auf die Erläuterungen unter A.1.1.2 bis A.1.1.4 zurückgegriffen werden. Dabei ist zu beachten, dass für eine Vergleichbarkeit die Leistung aus dem Ausland lediglich in ihrem Kerngehalt den typischen Merkmalen der inländischen Leistung entsprechen muss.

4. Lässt sich die betreffende Einnahme aus dem Ausland einer der drei Versorgungsbezugsarten § 229 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bis 3 SGB V zuzuordnen, scheidet eine weitere Prüfung aus, da es sich dann nicht mehr um eine Leistung der bAV handeln kann.

5. Trifft hingegen keine der Nummern 1 bis 4 des § 229 Absatz 1 Satz 1 SGB V zu, ist es sehr wahrscheinlich, dass eine Leistung der bAV vorliegt. Diese Vermutung sollte dann mit der Feststellung abgesichert werden, ob bei der Einnahme aus dem Ausland die typischen Merkmale der bAV im Sinne des deutschen Rechts vorliegen. Dazu gehört im Wesentlichen ein hinreichender Zusammenhang zur früheren Berufstätigkeit, das heißt konkret der Zufluss der Leistung aus einem oder mehreren früheren Arbeitsverhältnissen sowie die organisatorische und /oder finanzielle Beteiligung eines oder mehrerer Arbeitgeber an der Versorgung. Ein Vergleich mit einem der Durchführungswege der bAV nach dem deutschen Recht (BetrAVG) muss dabei nicht zwingend hergestellt werden können, da der Begriff der bAV im Beitragsrecht der GKV gegenüber dem Begriff der bAV im Betriebsrentenrecht seit jeher als eigenständig verstanden wird. Im Bedarfsfall kann auf die näheren Erläuterungen unter A.1.1.6.1 zurückgegriffen werden. Nicht ausgeschlossen ist, dass nach diesem letzten Prüfschritt die zu beurteilende Einnahme aus dem Ausland weder als eine gesetzliche Rente, noch als ein Versorgungsbezug anzusehen ist.

A.1.1.12.4 Freibetrag auch bei Kapitalabfindungen und Kapitalleistungen aus der betrieblichen Altersversorgung

Der Freibetrag findet ebenso auf Kapitalabfindungen und Kapitalleistungen aus einer bAV (§ 229 Absatz 1 Satz 3 SGB V) Anwendung. Dabei handelt es sich lediglich um eine andere Form der

Altersversorgung. Dies gilt dann auch für Kapitalabfindungen und Kapitalleistungen aus einer bAV im Ausland oder einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Einrichtung.

In diesen Fällen ist der Freibetrag gleichfalls von der monatlichen beitragspflichtigen Einnahme (hier: 1/120 der Kapitalabfindung bzw. -leistung) in Abzug zu bringen.

A.1.1.12.5 Auswirkung des Freibetrags bei nach § 5 Absatz 1 Nummer 9 und 10 SGB V versicherungspflichtigen Studenten und Praktikanten

Dieser Personenkreis hat nach § 236 Absatz 2 SGB V grundsätzlich auch Beiträge aus einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung (in der Regel eine Waisenrente), aus Versorgungsbezügen (in der Regel eine Waisenversorgung) und aus Arbeitseinkommen zu zahlen. Beiträge aus diesen Einnahmen sind jedoch nur zu entrichten, soweit sie den „Studenten-Beitrag“ (§ 236 Absatz 1 SGB V in Verbindung mit § 245 Absatz 1 SGB V) übersteigen. Näheres dazu wird unter A.1.1.14 behandelt.

In § 236 Absatz 2 Satz 1 SGB V wird § 226 Absatz 2 SGB V ausdrücklich für anwendbar erklärt. Damit wirkt sich der Freibetrag auf eine Leistung der bAV entsprechend mindernd auf die in diesem Zusammenhang relevanten Beiträge aus einer solchen Einnahme aus.

Beispiel

Sachverhalt im Jahr 2022 (bis 30. September 2022)
Studium an einer Hochschule,
Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 9 SGB V
(Altersgrenze nach § 10 Absatz 2 Nummer 3 SGB V überschritten),
angenommener Zusatzbeitragssatz: 1,3 v. H.
Der Beitragszuschlag für Kinderlose zur PV ist zu zahlen.

bAV	450,00 €
Rente der gesetzl. RV	350,00 €

Beitragspflichtige Einnahmen für den Vergleich der Beiträge:	KV	PV
bAV	450,00 €	450,00 €
Abzug des Freibetrags	- 164,50 €	./.
	= 285,50 €	= 450,00 €
Rente der gesetzl. RV	350,00 €	350,00 €

Beiträge:	KV*	PV

„Studenten-Beiträge“	86,63 €	25,57 €
aus der bAV	45,39 €	15,30 €
aus der Rente der gesetzl. RV (Versichertenanteil)	27,82 €	11,90 €
	= 73,21 €	= 27,20 €

*) einschl. Zusatzbeitrag von 9,78 €

Vergleichsergebnis:
Da die Summe der Beiträge aus der Leistung der bAV und der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung (Versichertenanteil) den Studenten-Beitrag in der Krankenversicherung nicht übersteigt, sind aus der hier zu beurteilenden Leistung der bAV in der Krankenversicherung keine Beiträge zusätzlich zu den Studenten-Beiträgen zu zahlen.

Der Beitrag aus der Leistung der bAV zur Pflegeversicherung überschreitet jedoch zusammen mit den Beiträgen aus der Rente den Studenten-Beitrag in der Pflegeversicherung um 1,63 €. Dieser Beitrag ist aus der Leistung der bAV von der versicherten Person zusätzlich zum Studenten-Beitrag zu entrichten.

A.1.1.12.6 Berücksichtigung des Freibetrags bei Überschreiten der Beitragsbemessungsgrenze

Der Freibetrag ist nach der gesetzlichen Regelung „von den monatlichen beitragspflichtigen Einnahmen nach § 229 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 [SGB V]“ abzuziehen. Dies bedeutet jedoch nicht, dass in den Fällen, in denen die Betriebsrente (zusammen mit anderen beitragspflichtigen Einnahmen) die monatliche BBG übersteigt, die Betriebsrente auf die BBG gekürzt wird und dann erst der Freibetrag abzuziehen ist. Vielmehr ist der Freibetrag von der dem Grunde nach beitragspflichtigen Leistung der bAV in einem ersten Schritt abzuziehen und erst im zweiten Schritt auf die BBG zu begrenzen. Der für die Beitragsbemessung zur Krankenversicherung heranzuziehende Zahlbetrag der Versorgungsbezüge nach § 229 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 SGB V ist mithin der unter Abzug des Freibetrags maßgebende Betrag.

Beispiel 1

Sachverhalt im Jahr 2022

bAV	2.600,00 €

Rente der gesetzl. RV	2.500,00 €
	= 5.100,00 €
BBG	4.837,50 €

Beitragspflichtige Einnahmen:	KV	PV
bAV	2.600,00 €	2.600,00 €
Abzug des Freibetrags	- 164,50 €	./.
	= 2.435,50 €	= 2.600,00 €
Rente der gesetzl. RV	2.500,00 €	2.500,00 €
Gesamt	= 4.935,50 €	= 5.100,00 €

Die BBG von 4.837,50 € wird sowohl in der KV als auch in der PV überschritten.

Beitragspflichtig sind:	KV	PV
Rente der gesetzl. RV	2.500,00 €	2.500,00 €
Beitragspflichtiger Anteil bAV	2.337,50 €	2.337,50 €
Gesamt (BBG)	4.837,50 €	4.837,50 €

Beispiel 2

Sachverhalt im Jahr 2022

bAV	1.200,00 €
sonstiger VB	1.400,00 €
Rente der gesetzl. RV	2.500,00 €
	= 5.100,00 €
BBG	4.837,50 €

Beitragspflichtige Einnahmen:	KV	PV
bAV	1.200,00 €	1.200,00 €
Abzug des Freibetrags	- 164,50 €	./.
	= 1.035,50 €	= 1.200,00 €
sonstiger VB	1.400,00 €	1.400,00 €
Rente der gesetzl. RV	2.500,00 €	2.500,00 €
Gesamt	= 4.935,50 €	= 5.100,00 €

Die BBG von 4.837,50 € wird sowohl in der KV (nach Abzug des Freibetrags) als auch in der PV überschritten.

Variante A:
Die Begrenzung der beitragspflichtigen Einnahmen auf die BBG wirkt sich nur bei einem der beiden Versorgungsbezüge (hier: bei dem sonstigen VB) aus.

Beitragspflichtig sind dann:	KV	PV
Rente der gesetzl. RV	2.500,00 €	2.500,00 €
Beitragspflichtiger Anteil bAV	1.035,50 €	1.200,00 €
sonstiger VB	1.302,00 €	1.137,50 €
Gesamt (BBG)	4.837,50 €	4.837,50 €

Variante B:
Die Begrenzung der beitragspflichtigen Einnahmen auf die BBG wirkt sich nur bei einem der beiden Versorgungsbezüge (hier: **bei der bAV**) aus.

Beitragspflichtig sind dann:	KV	PV
Rente der gesetzl. RV	2.500,00 €	2.500,00 €
sonstiger VB	1.400,00 €	1.400,00 €
Beitragspflichtiger Anteil bAV	937,50 €	937,50 €
Gesamt (BBG)	4.837,50 €	4.837,50 €

Variante C:
Es findet eine verhältnismäßige Aufteilung der Versorgungsbezüge (bei der bAV der Betrag nach Abzug des Freibetrags) auf den Unterschiedsbetrag zwischen der Rente der gesetzlichen RV und der BBG in analoger Anwendung des § 22 Absatz 2 Satz 1 und 2 SGB IV statt (A.1.4.2.4).

Beitragspflichtig sind dann:	KV	PV
Rente der gesetzl. RV	2.500,00 €	2.500,00 €
Beitragspflichtiger Anteil bAV	993,83 €*	1.078,85 €
sonstiger VB	1.343,67 €	1.258,65 €
Gesamt (BBG)	4.837,50 €	4.837,50 €

*) beispielhaft: 1.035,50 x 2.337,50 / (1.035,50 + 1.400,00)

Anmerkung zum Freibetrag:
Der Freibetrag wirkt sich in diesem Fall faktisch nicht auf die Höhe der gesamten beitragspflichtigen Einnahmen in der KV aus.

Anmerkung zum Zahlstellen-Meldeverfahren:
Da sich die Varianten A und C im Zahlstellen-Meldeverfahren mit nur einem Wert für den VB-max nicht beitragsrechtlich korrekt abbilden lassen, wird zur Vermeidung einer Beitragsentrichtung im Selbstzahlerverfahren die Anwendung der Variante B nahegelegt.

Beispiel 3

Sachverhalt im Jahr 2022

bAV	1.800,00 €
sonstiger VB	1.100,00 €
Rente der gesetzl. RV	2.050,00 €
	= 4.950,00 €
BBG	4.837,50 €

Beitragspflichtige Einnahmen:	KV	PV
bAV	1.800,00 €	1.800,00 €
Abzug des Freibetrags	- 164,50 €	./.
	= 1.635,50 €	= 1.800,00 €
sonstiger VB	1.100,00 €	1.100,00 €
Rente der gesetzl. RV	2.050,00 €	2.050,00 €
gesamt	= 4.785,50 €	= 4.950,00 €
Beitragspflichtig insgesamt	4.785,50 €	4.837,50 €

Da die BBG nur in der PV überschritten wird, hat auch nur zu diesem Versicherungszweig eine Verminderung der beitragspflichtigen Anteile der beteiligten Versorgungsbezüge stattzufinden.

Variante A:
Die Begrenzung der beitragspflichtigen Einnahmen auf die BBG wirkt sich nur bei einem der beiden Versorgungsbezüge (hier: bei dem sonstigen VB) aus.

Beitragspflichtig sind dann:	KV*	PV
Rente der gesetzl. RV	2.050,00 €	2.050,00 €
Beitragspflichtiger Anteil bAV	1.635,50 €	1.800,00 €
Sonstiger VB	1.100,00 €	**987,50 €**
Gesamt	4.785,50	4.837,50 €

*) unverändert

Variante B:
Die Begrenzung der beitragspflichtigen Einnahmen auf die BBG wirkt sich nur bei einem der beiden Versorgungsbezüge (hier: **bei der bAV**) aus.

Beitragspflichtig sind dann:	KV*	PV
Rente der gesetzl. RV	2.050,00 €	2.050,00 €
Sonstiger VB	1.100,00 €	1.100,00 €
Beitragspflichtiger Anteil bAV	1.635,50 €	1.687,50 €
Gesamt	4.785,50 €	4.837,50 €

*) unverändert

Variante C:
Es findet eine verhältnismäßige Aufteilung der Versorgungsbezüge in der PV auf den Unterschiedsbetrag zwischen der Rente der gesetzlichen RV und der BBG in analoger Anwendung des § 22 Absatz 2 Satz 1 und 2 SGB IV statt (A.1.4.2.4).

Beitragspflichtig sind dann:	KV*	PV
Rente der gesetzl. RV	2.050,00 €	2.050,00 €
Beitragspflichtiger Anteil bAV	1.635,50 €	1.730,17 €
sonstiger VB	1.100,00 €	1.057,33 €
Gesamt (BBG)	4.785,50 €	4.837,50 €

*) unverändert

Anmerkung zum Freibetrag:
Der Freibetrag wirkt sich in diesem Fall faktisch nur teilweise (in Höhe von 52,00 €) auf die Höhe der gesamten beitragspflichtigen Einnahmen in der KV aus.

Anmerkung zum Zahlstellen-Meldeverfahren:
Da sich die Varianten A und C im Zahlstellen-Meldeverfahren mit nur einem Wert für den VB-max nicht beitragsrechtlich korrekt abbilden lassen, wird zur Vermeidung einer Beitragsentrichtung im Selbstzahlerverfahren die Anwendung der Variante B nahegelegt. Aus der Angabe des Betrages von 1.687,50 € als VB-max für die Leistung der bAV kann die Zahlstelle schließen, dass sich dieser Betrag nur auf die PV bezieht (vergleiche Verfahrensbeschreibung zum Zahlstellen-Meldeverfahren vom 18. März 2020, 2.2.1 Beispiel 7).

Eine verhältnismäßige Aufteilung der Versorgungsbezüge hat nur dann zwingend stattzufinden, wenn nach Abzug des Freibetrags die BBG in der Krankenversicherung überschritten wird und bei den beteiligten Versorgungsbezügen unterschiedliche Beitragssätze in der Krankenversicherung zu berücksichtigen sind. Dies ist nur dann der Fall, wenn eine Rente aus der Alterssicherung der Landwirte beteiligt ist, auf die nur der halbe Beitragssatz Anwendung findet.

Beispiel 4

Sachverhalt im Jahr 2022

bAV	1.200,00 €
ALG-Rente	500,00 €
sonstiger VB	900,00 €
Rente der gesetzl. RV	2.500,00 €
	= 5.100,00 €
BBG	4.837,50 €

Beitragspflichtige Einnahmen:	KV	PV
bAV	1.200,00 €	1.200,00 €
Abzug des Freibetrags	- 164,50 €	./.
	= 1.035,50 €	= 1.200,00 €
ALG-Rente	500,00 €	500,00 €
sonstiger VB	900,00 €	900,00 €
Rente der gesetzl. RV	2.500,00 €	2.500,00 €
Gesamt	= 4.935,50 €	= 5.100,00 €

Die BBG von 4.837,50 € wird sowohl in der KV (nach Abzug des Freibetrags) als auch in der PV überschritten. Da für die ALG-Rente nur der halbe Beitragssatz zur KV gilt, muss zur Ermittlung der einzelnen beitragspflichtigen Einnahmen eine verhältnismäßige Aufteilung der Versorgungsbezüge in analoger Anwendung des § 22 Absatz 2 Satz 1 und 2 SGB IV vorgenommen werden (A.1.4.2.4).

Beitragspflichtig sind dann:	KV	PV
Rente der gesetzl. RV	2.500,00 €	2.500,00 €
Beitragspflichtiger Anteil bAV	993,83 €	1.078,85 €
ALG-Rente	479,88 €*	449,52 €
sonstiger VB	863,79 €	809,13 €
Gesamt (BBG)	4.837,50 €	4.837,50 €

*) beispielhaft: 500,00 x 2.337,50 / (1.035,50 + 500,00 +900,00)

Anmerkung zum Zahlstellen-Meldeverfahren:
Eine Abführung der Beiträge im Zahlstellenverfahren könnte allenfalls dadurch erreicht werden, dass als Wert für den VB-max allen drei beteiligten Zahlstellen die jeweilige beitragspflichtige

Einnahme in der KV gemeldet wird. Damit würde eine korrekte Berechnung der Beiträge von der ALG-Rente zur KV unter Anwendung des halben Beitragssatzes sichergestellt. Die Beiträge zur PV würden dann jedoch von der einzelnen Zahlstelle nicht unbedingt korrekt berechnet; insgesamt würden jedoch Beiträge zur PV von der BBG entrichtet. Den Krankenkassen wird daher nahegelegt, die Beiträge aus den Versorgungsbezügen im Selbstzahlerverfahren zu erheben.

Beispiel 5

Sachverhalt im Jahr 2022

bAV	1.100,00 €
ALG-Rente	500,00 €
sonstiger VB	900,00 €
Rente der gesetzl. RV	2.500,00 €
	= 5.000,00 €
BBG	4.837,50 €

Beitragspflichtige Einnahmen:	KV	PV
bAV	1.100,00 €	1.100,00 €
Abzug des Freibetrags	- 164,50 €	./.
	= 935,50 €	= 1.100,00 €
ALG-Rente	500,00 €	500,00 €
sonstiger VB	900,00 €	900,00 €
Rente der gesetzl. RV	2.500,00 €	2.500,00 €
Gesamt	= 4.835,50 €	= 5.000,00 €

Da die BBG von 4.837,50 € nur in der PV überschritten wird, muss zur Ermittlung der einzelnen beitragspflichtigen Einnahmen nicht zwingend eine verhältnismäßige Aufteilung der Versorgungsbezüge in analoger Anwendung des § 22 Absatz 2 Satz 1 und 2 SGB IV vorgenommen werden (A.1.4.2.4). Der halbe Beitragssatz findet nur in der KV Anwendung.

Variante A:
Die Begrenzung der beitragspflichtigen Einnahmen auf die BBG wirkt sich nur bei einem der Versorgungsbezüge (hier: bei den sonstigen Versorgungsbezügen) aus.

Beitragspflichtig sind dann:	KV	PV
Rente der gesetzl. RV	2.500,00 €	2.500,00 €
Beitragspflichtiger Anteil bAV	935,50 €	1.100,00 €
ALG-Rente	500,00 €	500,00 €

sonstiger VB	900,00 €	737,50 €
Gesamt	4.835,50 €	4.837,50 €

Variante B:
Die Begrenzung der beitragspflichtigen Einnahmen auf die BBG wirkt sich nur bei einem der Versorgungsbezüge (hier: bei der bAV) aus.

Beitragspflichtig sind dann:	KV	PV
Rente der gesetzl. RV	2.500,00 €	2.500,00 €
ALG-Rente	500,00 €	500,00 €
sonstiger VB	900,00 €	900,00 €
Beitragspflichtiger Anteil bAV	935,50 €	937,50 €
Gesamt	4.835,50 €	4.837,50 €

Variante C:
Optional könnte, jedoch nur für die Beiträge zur PV, eine verhältnismäßige Aufteilung der Versorgungsbezüge auf den Unterschiedsbetrag zwischen der Rente der gesetzlichen RV und der BBG in analoger Anwendung des § 22 Absatz 2 Satz 1 und 2 SGB IV stattfinden (A.1.4.2.4).

Beitragspflichtig sind dann:	KV	PV
Rente der gesetzl. RV	2.500,00 €	2.500,00 €
Beitragspflichtiger Anteil bAV	935,50 €	1.028,50 €
ALG-Rente	500,00 €	467,50 €*
sonstiger VB	900,00 €	841,50 €
Gesamt	4.835,50 €	4.837,50 €

*) beispielhaft: 500,00 x 2.337,50 / (1.100,00 + 500,00 +900,00)

Anmerkung zum Zahlstellen-Meldeverfahren:
Da sich die Varianten A und C im Zahlstellen-Meldeverfahren mit nur einem Wert für den VB-max nicht beitragsrechtlich korrekt abbilden lassen, wird zur Vermeidung einer Beitragsentrichtung im Selbstzahlerverfahren die Anwendung der Variante B nahegelegt. Aus der Angabe des Betrages von 937,50 € als VB-max für die Leistung der bAV kann die Zahlstelle schließen, dass sich dieser Betrag nur auf die PV bezieht (vergleiche Verfahrensbeschreibung zum Zahlstellen-Meldeverfahren vom 18. März 2020, 2.2.1 Beispiel 7).

Die Anwendung des Freibetrags bei den Leistungen der bAV wirkt sich auf den Umfang der Beitragspflicht bei den nachrangigen beitragspflichtigen Einnahmen (zum Beispiel Arbeitseinkommen aus nebenberuflich selbstständiger Tätigkeit) aus. Dies wird beim Vergleich der beitragspflichtigen Einnahmen in der Kranken- und Pflegeversicherung deutlich.

Beispiel 6

Sachverhalt im Jahr 2022

bAV	2.000,00 €
Rente der gesetzl. RV	2.000,00 €
Arbeitseinkommen	1.000,00 €
	= 5.000,00 €
BBG	4.837,50 €

Beitragspflichtige Einnahmen:	KV	PV
bAV	2.000,00 €	2.000,00 €
Abzug des Freibetrags	- 164,50 €	./.
	= 1.835,50 €	= 2.000,00 €
Rente der gesetzl. RV	2.000,00 €	2.000,00 €
Gesamt	3.835,50 €	4.000,00 €
Differenz zur BBG	1.002,00 €	837,50 €
Beitragspflichtiger Anteil des Arbeitseinkommens:	1.000,00 €	837,50 €

Im Rahmen der Beitragserstattungen nach § 231 Absatz 1 und Absatz 2 SGB V ist – jedenfalls bezogen auf die Beiträge zur Krankenversicherung – die Leistung der bAV gleichfalls nicht mit ihrem Zahlbetrag, sondern mit dem Betrag nach Abzug des Freibetrags zu berücksichtigen. Die weiteren zu berücksichtigenden Einnahmen werden somit in einem entsprechend erweiterten Umfang der Beitragspflicht unterworfen.

A.1.1.12.7 Gleichzeitiger Bezug mehrerer Leistungen der betrieblichen Altersversorgung

Das Gesetz trifft keine Aussage darüber, von welcher Leistung der bAV der Freibetrag abzuziehen ist, wenn die betreffende Person gleichzeitig mehrere Leistungen der bAV bezieht und die Summe von Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen die Mindesteinnahmegrenze überschreitet. Betroffen sind die Sachverhalte, bei denen Pflichtversicherte mehrere Betriebsrenten von unterschiedlichen Zahlstellen erhalten, sowie die Sachverhalte, bei denen von Leistungen der bAV sowohl Beiträge im Zahlstellenverfahren als auch Beiträge im Selbstzahlerverfahren (laufende Leistungen oder Kapitalabfindungen/-leistungen) erhoben werden.

Grundsätzlich bleibt es der Krankenkasse überlassen, welcher Leistung bzw. welchen Leistungen sie in welcher Höhe den Freibetrag zuordnet; letztlich wird dies in aller Regel auch davon abhängig sein, welche der im Raum stehenden Leistungen der betrieblichen Altersversorgung

zuerst beginnt. Es wird empfohlen, von einer anteilmäßigen Aufteilung des Freibetrags im Verhältnis der Zahlbeträge zueinander analog § 22 Absatz 2 SGB IV abzusehen. Vielmehr sollte der Freibetrag grundsätzlich nur einer Leistung der bAV zugeordnet werden. Sofern in den Fällen des Mehrfachbezugs der Zahlbetrag der einen Leistung der bAV für eine vollständige Ausschöpfung des Freibetrages nicht ausreicht, ist der verbleibende Rest-Freibetrag der weiteren Leistung bzw. den weiteren Leistungen der bAV zuzuordnen.

Beispiel

bAV 1 ab 01.04.2022	130,00 €
bAV 2 ab 01.04.2022	70,00 €

Die Mindesteinnahmegrenze von 164,50 € wird überschritten.

Variante A:

Beitragspflichtige Einnahmen:	KV	PV
bAV 1	130,00 €	130,00 €
Abzug des Freibetrags	- 130,00 €	./.
	= 0,00 €	= 130,00 €
bAV 2	70,00 €	70,00 €
Abzug des Rest-Freibetrags	- 34,50 €	./.
	= 35,50 €	= 70,00 €

Variante B:

Beitragspflichtige Einnahmen:	KV	PV
bAV 2	70,00 €	70,00 €
Abzug des Freibetrags	- 70,00 €	./.
	= 0,00 €	= 70,00 €
bAV 1	130,00 €	130,00 €
Abzug des Rest-Freibetrags	- 94,50 €	./.
	= 35,50 €	= 130,00 €

A.1.1.13 Zeitliche Zuordnung

Nach dem sogenannten Entstehungsprinzip entstehen die Beitragsansprüche der Versicherungsträger, sobald ihre im Gesetz oder aufgrund eines Gesetzes bestimmten Voraussetzungen vorliegen (§ 22 Absatz 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 (zum Beispiel jährliche Sonderzahlung an ehemalige Beamte), sind in entsprechender Anwendung des § 22 Absatz 1 Satz 2 SGB IV (Zuflussprinzip) für die Beitragsberechnung dem Monat zuzuordnen, in dem sie gezahlt werden.

Besonderheiten der zeitlichen Zuordnung von nicht regelmäßig wiederkehrenden Versorgungsbezügen im Sinne des § 229 Absatz 1 Satz 3 SGB V (Kapitalabfindungen und -leistungen) werden im Abschnitt A.1.1.9 behandelt. Ausführungen zur zeitlichen Zuordnung von nachgezahlten Versorgungsbezügen finden sich im Abschnitt A.1.4.4.

A.1.1.14 Besonderheiten bei versicherungspflichtigen Studenten und den nach § 5 Absatz 1 Nummer 10 SGB V Versicherten

Für den Personenkreis der nach § 5 Absatz 1 Nummer 9 und 10 SGB V Versicherungspflichtigen sieht § 236 Absatz 1 SGB V eine fiktive beitragspflichtige Einnahme in Abhängigkeit von Bedarfssätzen nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz (BAföG) vor. In Verbindung mit dem besonderen Beitragssatz nach § 245 SGB V ergibt sich daraus der „Studentenbeitrag“. Hinzu kommt gegebenenfalls ein kassenindividueller Zusatzbeitrag nach § 242 Absatz 1 SGB V.

Darüber hinaus erklärt § 236 Absatz 2 Satz 1 SGB V die Vorschriften § 226 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 bis 4 und Absatz 2 sowie §§ 228 bis 231 SGB V für entsprechend anwendbar. Ergänzend bestimmt § 236 Absatz 2 Satz 2 SGB V, dass die nach § 226 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 und 4 SGB V zu bemessenden Beiträge, also aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen, nur zu entrichten sind, soweit diese die nach § 236 Absatz 1 SGB V zu bemessenden Beiträge übersteigen. Dabei ist auf die Summe der Beiträge unter Einbeziehung des Zusatzbeitrags abzustellen. Die Mindesteinnahmegrenze ist bei diesen Personen ohne Bedeutung.

Nach der Rechtsprechung des BSG gilt die Regelung des § 236 Absatz 2 Satz 2 SGB V ebenso für eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung und damit auch für eine gesetzliche Rente aus dem Ausland (Gemeinsames Rundschreiben vom 24. Oktober 2019 zur Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner zum 1. Januar 2020, A VIII 3.2.3.4).

Für die Beiträge zur Pflegeversicherung gilt Entsprechendes (§ 57 Absatz 1 Satz 1 SGB XI).

Das Verfahren nach § 236 Absatz 2 Satz 2 SGB V und insbesondere die Rangfolge der zu berücksichtigenden weiteren Einnahmen (Rente, Versorgungsbezüge und Arbeitseinkommen) ist

ausführlich in dem vorgenannten Abschnitt des Gemeinsamen Rundschreibens vom 24. Oktober 2019 zur Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner zum 1. Januar 2020, dargestellt. Darin wird auch auf die Verfahren der „vorweggenommenen Erstattung“ von Beiträgen aus einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung sowie aus Versorgungsbezügen (in der Regel Waisenrente bzw. -leistung) eingegangen. Diese Verfahren zielen darauf ab, eine Beitragsabführung durch den Rentenversicherungsträger bzw. die Zahlstelle zunächst zu unterbinden und nur in den seltenen Fällen, in denen es zu einer Beitragspflicht zusätzlich zum „Studentenbeitrag“ kommt, Beiträge zu erheben bzw. abführen zu lassen.

A.1.2 Beitragssatz

A.1.2.1 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 14,6 %. Eine Besonderheit besteht für versicherungspflichtige Bezieher einer Rente nach dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte (ALG-Renten), die nach § 229 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 SGB V als Versorgungsbezug gilt. Für sie ist die Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes maßgebend (§ 248 Satz 2 SGB V). Veränderungen des allgemeinen Beitragssatzes per Gesetz wirken direkt mit Wirksamwerden der Beitragssatzveränderung.

Daneben sind auf Versorgungsbezüge Zusatzbeiträge in Höhe des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes zu erheben, sofern die Satzung der Krankenkasse die Erhebung eines Zusatzbeitrages vorsieht (§ 242 Absatz 1 SGB V). Für ALG-Renten gilt seit dem 1. Januar 2019 nur noch die Hälfte des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes. Veränderungen des Zusatzbeitragssatzes gelten nach § 248 Satz 3 SGB V für Versorgungsbezüge in den Fällen des § 256 Absatz 1 Satz 1 SGB V (Anwendung des Zahlstellenverfahrens) jeweils vom ersten Tag des zweiten auf die Veränderung folgenden Kalendermonats an. Nach der Gesetzesbegründung soll damit den Zahlstellen von Versorgungsbezügen eine Vorlaufzeit gegeben werden, um Beitragssatzveränderungen technisch umzusetzen. In den anderen Fällen, in denen die Krankenkasse den Zusatzbeitrag aus Versorgungsbezügen unmittelbar vom Versicherten erhebt (Selbstzahlerverfahren), wirken sich Veränderungen des Zusatzbeitragssatzes hingegen ohne zeitliche Verzögerung aus.

In Anwendung des BSG-Urteils vom 18. Dezember 2001 – B 12 RA 2/01 R –, USK 2001-50, findet die verzögerte Berücksichtigung von Veränderungen des Zusatzbeitragssatzes nach § 248 Satz 3 SGB V auch in den Fällen der Fusion von Krankenkassen weiterhin (nach Einführung einkommensabhängiger Zusatzbeitragssätze zum 1. Januar 2015) Anwendung. Die Aussagen in dem damaligen Gemeinsamen Rundschreiben zur Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner vom 30. Dezember 2008 zu den Auswirkungen eines Krankenkassenwechsels auf den

anzuwendenden Beitragssatz werden ebenso aufrechterhalten. Die Veränderung der Zusatzbeitragssätze in Folge einer Fusion von Krankenkassen steht in der Regel erst wenige Wochen vor dem Änderungs- bzw. Fusionszeitpunkt fest. Eine verzögerte Wirkung der Veränderung der Zusatzbeitragssätze für die Bemessung der Beiträge aus Renten und Versorgungsbezüge erscheint daher im Hinblick auf die Regelungsintention auch in diesen Fällen sachgerecht. Dies bedeutet im Einzelnen Folgendes:

1. Bei versicherungspflichtigen Versorgungsbeziehern ist der vor der Fusion geltende Zusatzbeitragssatz der „bisherigen" Krankenkasse über den Vereinigungszeitpunkt hinaus noch für zwei Kalendermonate der Bemessung der Beiträge aus der Rente zugrunde zu legen. Der Zusatzbeitragssatz der neuen, durch die Fusion entstandenen Krankenkasse findet erst vom Beginn des zweiten auf die Vereinigung folgenden Kalendermonats an Anwendung. Für Versorgungsbezieher, die mit oder nach dem Fusionszeitpunkt Mitglied der neuen Krankenkasse werden, ohne unmittelbar vor diesem Zeitpunkt Mitglied einer der sich vereinigenden Krankenkassen gewesen zu sein, gilt der Zusatzbeitragssatz der neuen Krankenkasse hingegen bereits vom Beginn der Mitgliedschaft an, da in diesem Fall nicht auf einen „alten" Zusatzbeitragssatz der vereinigten Krankenkasse zurückgegriffen werden kann.
2. Im Falle eines Krankenkassenwechsels ohne Berührung mit einer Fusion gilt hingegen für versicherungspflichtige Versorgungsbezieher der unter Berücksichtigung der Zweimonatsregelung des § 248 Satz 3 SGB V maßgebende Zusatzbeitragssatz der gewählten Krankenkasse vom Zeitpunkt des Krankenkassenwechsels an. Damit kommt für sie wie bei den „Bestandsmitgliedern" noch für die ersten zwei Monate ab Veränderung des Zusatzbeitragssatzes der „alte" Zusatzbeitragssatz der gewählten Krankenkasse zur Anwendung.
3. Die Zahlstellenabrechnungsprogramme waren so anzupassen, dass die Änderung bei möglichen Fusionen von Krankenkassen ab 1. Januar 2021 für die Bemessung der Beiträge aus Versorgungsbezügen im Zahlstellenverfahren Berücksichtigung findet.

Für pflichtversicherte Mitglieder der landwirtschaftlichen Krankenkasse gilt die gleiche Systematik, mit dem Unterschied, dass der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz nach § 242a SGB V zu berücksichtigen ist und allgemeiner und durchschnittlicher bzw. die Hälfte des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes als ein Beitragssatz angesetzt wird (§ 39 Absatz 2 Satz 3 und 4, § 42 Absatz 4 Satz 1 und § 45 Absatz 2 Satz 3 KVLG 1989). Veränderungen des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes gelten ohne Zeitversatz ab 1. Januar des auf die Feststellung folgenden Kalenderjahres.

Die jeweils zutreffenden Beitragssätze werden im Fall der Beitragsabführung durch die Zahlstelle (Zahlstellenverfahren) vom systemgeprüften Abrechnungsprogramm oder der maschinellen

Ausfüllhilfe in der Weise berücksichtigt, dass dabei auf die bei der ITSG GmbH geführte Beitragssatzdatei zugegriffen wird. Die Beitragssatzdatei enthält u. a. den für Versorgungsbezüge maßgebenden allgemeinen Beitragssatz sowie - unter Angabe des Wirkungszeitpunktes nach § 248 Satz 3 SGB V - die kassenindividuellen Zusatzbeitragssätze aller Krankenkassen.

A.1.2.2 Beitragssatz in der Pflegeversicherung

A.1.2.2.1 Allgemeines

Der Beitragssatz in der Pflegeversicherung beträgt nach § 55 Absatz 1 Satz 1 SGB XI seit 1. Januar 2019 3,05 % der beitragspflichtigen Einnahmen.

Als Folge der Halbierung ihrer Leistungsansprüche (§ 28 Absatz 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 Absatz 1 Satz 2 SGB XI) und damit seit 1. Januar 2019 1,525 %. 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 (A.1.4.2), 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 (A.2.4).

A.1.2.2.2 Beitragszuschlag zur Pflegeversicherung

Mitglieder haben ab Beginn des Monats nach Vollendung des 23. Lebensjahres einen Beitragszuschlag von 0,35 Beitragssatzpunkten zu zahlen, wenn sie keine Kinder haben oder hatten (§ 55 Absatz 3 SGB XI). Der Beitragssatz beträgt in diesen Fällen seit 1. Januar 2022 3,4 %.

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 Absatz 3 SGB XI ebenfalls in voller Höhe zu zahlen, so dass der Beitragssatz bei Bestehen einer Beihilfeberechtigung seit 1. Januar 2022 1,875 % beträgt.

Der Beitragszuschlag nach § 55 Absatz 3 SGB XI gilt nicht für Mitglieder, die vor dem 1. Januar 1940 geboren sind. Der Beitragszuschlag ist danach ebenfalls nicht für Bezieher von Arbeitslosengeld II oder für Wehr und Zivildienstleistende (Nach Aussetzen des Grundwehr- und Zivildienstes durch des Wehrrechtsänderungsgesetz 2011 gilt Entsprechendes nur noch für die

Personen, die den freiwilligen Wehrdienst nach § 58b Soldatengesetz ableisten) zu erheben. Werden jedoch noch andere beitragspflichtige Einnahmen bezogen, zum Beispiel Rente, Versorgungsbezüge oder Arbeitseinkommen, unterliegen diese bei beiden Personengruppen ggf. der Zuschlagspflicht.

Von der Zuschlagspflicht befreit sind außerdem Mitglieder, die nachweisen, dass sie Eltern im Sinne des § 56 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 und Absatz 3 Nummer 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 Absatz 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.

Welche Unterlagen zum Nachweis der Elterneigenschaft geeignet sind, geht aus den Grundsätzlichen Hinweisen des GKV-Spitzenverbandes zum Beitragszuschlag für Kinderlose und Empfehlungen zum Nachweis der Elterneigenschaft in der jeweils aktuellen Fassung hervor.

Der Beitragszuschlag nach § 55 Absatz 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 § 256 Absatz 3 SGB V zu den entsprechenden Unterlagen zu nehmen und bis zum Ablauf von vier Kalenderjahren nach Beendigung des die Beitragszahlung zur Pflegeversicherung begründenden Versicherungsverhältnisses aufzubewahren. Ein gesonderter Nachweis des Beitragszuschlags ist nicht erforderlich.

A.1.3 Tragung der Beiträge

Die Beiträge zur Krankenversicherung aus Versorgungsbezügen für Versicherungspflichtige werden nach § 250 Absatz 1 Nummer 1 SGB V bzw. § 47 Absatz 1 KVLG 1989 ausschließlich vom Mitglied getragen. Dies gilt ebenso für die Zusatzbeiträge, die nach § 220 Absatz 1 Satz 1 zweiter Halbsatz SGB V als Beiträge zur Krankenversicherung gelten.

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

A.1.4 Zahlung der Beiträge

A.1.4.1 Allgemeines

Soweit gesetzlich nichts Abweichendes bestimmt ist, sind die Beiträge von demjenigen zu zahlen, der sie zu tragen hat (§ 252 Absatz 1 Satz 1 SGB V) – im Fall von Beiträgen aus Versorgungsbezügen also grundsätzlich vom Mitglied („Selbstzahlerverfahren"). § 256 Absatz 1 Satz 1 SGB V bestimmt als abweichende Sonderregelung, dass für Versicherungspflichtige (seit 1. Juli 2019 nicht mehr nur für die Versicherungspflichtigen, die eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen) die Zahlstellen der Versorgungsbezüge die Beiträge aus den Versorgungsbezügen einzubehalten und an die zuständige Krankenkasse zu zahlen haben („Zahlstellenverfahren"). Da die Zusatzbeiträge nach § 220 Absatz 1 Satz 1 zweiter Halbsatz SGB V als Bestandteil der Krankenversicherungsbeiträge gelten, sind die Zusatzbeiträge gleichfalls, und zwar sowohl im Selbstzahler- als auch im Zahlstellenverfahren, von dieser Zahlungspflicht erfasst. Das bedeutet, dass die Zusatzbeiträge bei Anwendung des Zahlstellenverfahrens ebenso im Quellenabzugsverfahren erhoben werden.

Entsprechendes gilt nach § 60 Absatz 1 Satz 1 und 2 SGB XI für die Beiträge zur 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 Absatz 2 Satz 2 und 3 SGB V). Die Zusatzbeiträge werden für den vom Bundesamt für Soziale Sicherung verwalteten Einkommensausgleich nach § 270a SGB V verwendet.

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

A.1.4.2 Zahlung der Beiträge durch die Zahlstelle („Zahlstellenverfahren")

A.1.4.2.1 Allgemeines

Für alle Versorgungsbezieher, die krankenversicherungspflichtig sind, haben die Zahlstellen von Versorgungsbezügen die Beiträge zu ermitteln, von den Versorgungsbezügen einzubehalten und

an die zuständige Krankenkasse abzuführen (§ 256 Absatz 1 SGB V), die diese an den Gesundheitsfonds weiterleitet. Versorgungsbezieher, die nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V versicherungspflichtig sind, werden aus verwaltungspraktischen Gründen von dem Zahlstellenverfahren ausgenommen. Die nach § 5 Absatz 1 Nummer 9 und 10 SGB V versicherungspflichtigen Personen (im Wesentlichen Studenten und Praktikanten), die Versorgungsbezüge erhalten, sind in der Regel im Hinblick auf § 236 Absatz 2 Satz 2 SGB V ebenfalls vom Zahlstellenverfahren ausgenommen (sogenannte vorweggenommene Beitragserstattung, Näheres dazu vergleiche Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes 2019/514 vom 8. Oktober 2019).

Die „Indienstnahme" der Zahlstellen von Versorgungsbezügen für die Abführung der Beiträge gilt sowohl für öffentlich-rechtliche als auch für privatrechtliche Zahlstellen. Für den Einbehalt und die Abführung der Beiträge durch die Zahlstelle wird weder im Gesetz noch durch die Rechtsprechung eine Entscheidung der Krankenkasse über die Höhe der Beiträge sowie – in den Fällen des Einbehalts von rückständigen Beiträgen (A.1.4.2.3) – die Prüfung der Hilfebedürftigkeit nach § 51 Absatz 2 SGB I oder eine eventuelle Verjährung des Beitragsanspruchs verlangt. Die Meldung der Krankenkasse gegenüber der Zahlstelle über die Beitragsabführungspflicht versetzt die Zahlstelle in die Lage, ihren Aufgaben nach § 256 SGB V nachzukommen, stellt jedoch (noch) keinen Verwaltungsakt über die Beiträge dar. Eine öffentlich-rechtliche Kontrolle einer rechtzeitigen und vollständigen Abführung der Beiträge durch die Zahlstelle findet in der Regel ausschließlich im Rahmen der Beitragsüberwachung nach § 256 Absatz 3 SGB V statt.

Für die versicherungspflichtigen Mitglieder der landwirtschaftlichen Krankenkasse gilt ebenfalls das Zahlstellenverfahren. Die Beiträge zur Krankenversicherung sind daher von der Zahlstelle der Versorgungsbezüge von den Versorgungsbezügen einzubehalten und an die landwirtschaftliche Krankenkasse zu zahlen (§ 50 Absatz 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.

In der Pflegeversicherung findet § 256 SGB V entsprechend Anwendung (§ 60 Absatz 1 Satz 2 SGB XI). Das bedeutet, dass bei Versorgungsbeziehern, die in der Krankenversicherung versicherungspflichtig sind, die Zahlstellen von Versorgungsbezügen neben dem Krankenversicherungsbeitrag auch die Beiträge zur Pflegeversicherung – einschließlich des Beitragszuschlags für Kinderlose – einzubehalten und an die zuständige Krankenkasse zu zahlen haben. Die Krankenkasse leitet die Beiträge unverzüglich an die eigene Pflegekasse weiter. Eine Untergrenze für die Anzahl von Versorgungsbeziehern, bis zu der die Zahlstelle auf Antrag von der Pflicht zur Abführung der Beiträge befreit werden konnte, gibt es seit 1. Juli 2019 nicht mehr.

Das SGB enthält keine Legaldefinition des Begriffs „Zahlstelle“ im Sinne des § 256 Absatz 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.

Zur Funktion einer Stelle, die bAV vermittelt und nicht selbst durchführt, enthält Abschnitt A.1.1.6.1 Hinweise.

A.1.4.2.2 Nachweis der Beiträge

Die Zahlstellen haben die einbehaltenen (und abzuführenden) Beiträge der Krankenkasse spätestens zwei Arbeitstage vor der jeweiligen Fälligkeit der Beiträge nachzuweisen (§ 256 Absatz 1 Satz 3 SGB V in Verbindung mit § 28f Absatz 3 Satz 1 SGB IV). Nach § 256 Absatz 1 Satz 4 SGB V sind die Beitragsnachweise von den Zahlstellen zwingend durch Datenübertragung zu übermitteln. Für den Nachweis der Beiträge zur Pflegeversicherung gilt dies entsprechend (§ 60 Absatz 1 Satz 2 SGB XI).

Der Beitragsnachweis weist die von der Zahlstelle für den jeweiligen Monat zu entrichtenden Beiträge zur Krankenversicherung (getrennt nach den Beiträgen ohne Zusatzbeiträge einerseits und den Zusatzbeiträgen andererseits) und zur Pflegeversicherung aus. Eine Zuordnung der Beiträge zu einzelnen Versorgungsbeziehern ist nicht vorgesehen.

Nach § 256 Absatz 1 Satz 4 SGB V in Verbindung mit § 202 Absatz 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 Absatz 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 Versorgungsbezieher, die eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, (seit 1. Juli 2019: alle versicherungspflichtigen Versorgungsbezieher) bei der Krankenkasse gemeldet sind. Folglich kann es zu einem „Null-Beitragsnachweis“ kommen, wenn für einzelne Abrechnungszeiträume

ausnahmsweise keine Beiträge anfallen. Dadurch werden Beitragsschätzungen durch die Krankenkasse vermieden.

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

A.1.4.2.3 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 Absatz 2 Satz 1 in Verbindung mit § 255 Absatz 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 Absatz 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 Absatz 2 Satz 1 in Verbindung mit § 255 Absatz 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 (Urteil des BSG vom 23. Mai 1989 – 12 RK 11/87 –, USK 8961 zum früheren § 393a Absatz 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). Die Krankenkasse ist darüber hinaus berechtigt, die Zahlstelle mit Verwaltungsaktcharakter zum Einbehalt von rückständigen Beiträgen aufzufordern (Urteil des LSG Berlin-Brandenburg vom 27. August 2009 – L 9 KR 202/07 –). Allerdings bedarf es für einen rückwirkenden Einbehalt von Beiträgen, wie auch für den laufenden Einbehalt von Beiträgen, in der Regel keines Verwaltungsaktes der Krankenkasse. Denkbar ist jedoch, dass der Beitragseinbehalt bzw. dessen Umfang, insbesondere bei möglicher Verjährung des Beitragsanspruchs, zweifelhaft ist. In diesen Fällen bietet es sich für die Zahlstelle an, eine Entscheidung der Krankenkasse einzuholen. 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.1.4.2.4 Mehrere Versorgungsbezüge

Erhält der Versicherte Versorgungsbezüge von mehreren Zahlstellen und übersteigen die Versorgungsbezüge zusammen mit dem Zahlbetrag 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 Beitragsaufteilung vornehmen. Insoweit findet § 22 Absatz 2 SGB IV analog Anwendung, und zwar ungeachtet dessen, dass die Versorgungsbezüge für sich in der Regel kein Versicherungsverhältnis begründen. Hiernach findet eine Aufteilung der beitragspflichtigen Einnahmen statt. Bei Beteiligung einer ALG-Rente ist wegen des darauf entfallenden geringeren Beitragssatzes in der Krankenversicherung zwingend eine verhältnismäßige Beitragsaufteilung erforderlich. Die Rechtmäßigkeit dieser Verfahrensweise

hat das BSG mit Urteil vom 17. Dezember 2014 – B 12 KR 23/12 R –, USK 2014-185, in einem Fall, in dem neben einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung, eine ALG-Rente und eine Betriebsrente im Sinne von § 229 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 SGB V bezogen wurde, bestätigt.

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

$$\frac{VB \times (BBG - Rente)}{GVB}$$

VB = einzelner laufender monatlicher Versorgungsbezug (bei Leistungen der bAV vermindert um den Freibetrag), begrenzt auf die maßgebliche Beitragsbemessungsgrenze
BBG = monatliche 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 (A.2.4).

Die Beitragsaufteilung gilt ungeachtet des einheitlichen Beitragssatzes gleichermaßen für die Beiträge zur Pflegeversicherung.

A.1.4.2.5 Erstattung zu Unrecht gezahlter Beiträge

In § 256 Absatz 2 Satz 4 SGB V wird bestimmt, dass die Erstattung von Beiträgen der zuständigen Krankenkasse obliegt. Die Krankenkassen können nach § 256 Absatz 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, soweit der Erstattungsanspruch unstrittig ist (zum Beispiel bei einer Meldung eines geringeren maximalen beitragspflichtigen Versorgungsbezugs durch die Krankenkasse für einen vergangenen Zeitraum).

Hat die Krankenkasse die Beiträge unmittelbar eingezogen, ist sie auch für die Erstattung von Beiträgen zuständig.

In beiden Fällen steht der Erstattungsanspruch nach § 26 Absatz 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 Absatz 2 Satz 1 SGB IV), zu beachten.

A.1.4.3 Zahlung der Beiträge durch den Versicherten („Selbstzahlerverfahren")

In allen Fällen, in denen der Beitragsabzug bei Versicherungspflichtigen nicht der Zahlstelle obliegt, hat die Krankenkasse die Beiträge unmittelbar von der versicherten Person einzuziehen. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn

- der Beitragseinzug durch die Zahlstelle unterblieben ist und Versorgungsbezüge nicht mehr gezahlt werden,
- Beiträge aus Kapitalabfindungen oder Kapitalleistungen (§ 229 Absatz 1 Satz 3 SGB V) zu erheben sind oder
- ausländische Versorgungsbezüge der Beitragspflicht unterliegen (§ 229 Absatz 1 Satz 2 SGB V).

Das Selbstzahlerverfahren wird darüber hinaus aus verwaltungstechnischen Gründen bei versicherungspflichtigen Studenten oder Praktikanten praktiziert, sofern sie Beiträge aus Versorgungsbezügen unter Anrechnung der „Studenten-Beiträge" zu zahlen haben (A.1.1.14).

Bei freiwillig oder in der Auffang-Versicherungspflicht versicherten Mitgliedern ist ohnehin die Krankenkasse bzw. Pflegekasse für die Erhebung und den Einzug der Beiträge aus Versorgungsbezügen zuständig.

A.1.4.4 Nachzahlung von Versorgungsbezügen

Nach § 229 Absatz 2 SGB V in Verbindung mit § 228 Absatz 2 SGB V gelten Nachzahlungen von Versorgungsbezügen als beitragspflichtige Einnahmen, soweit sie auf einen Zeitraum entfallen, in dem Anspruch auf Leistungen nach dem SGB V bestand. Ferner wird darin 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 Absatz 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 zum Beispiel Beitragsbemessungsgrenze bzw. VB-max und Beitragssatz heranzuziehen.

Anders verhält es sich mit der Fälligkeit der auf eine Nachzahlung entfallenden Beiträge, die an den Zeitpunkt der Auszahlung des Nachzahlungsbetrags gekoppelt ist (A.1.4.6).

Wird erst aufgrund einer Nachzahlung die für den jeweiligen Zuordnungsmonat geltende Mindesteinnahmegrenze des § 226 Absatz 2 Satz 1 SGB V überschritten, entsteht Beitragspflicht nicht nur für den Nachzahlungsbetrag, sondern für den gesamten Betrag der jeweiligen monatlichen Versorgungsbezüge (Urteil des Sozialgerichts Magdeburg vom 23.03.2021 – S 5 KR 837/19 –).

Voraussetzung für die Berücksichtigung einer Nachzahlung von Versorgungsbezügen ist jedoch, dass sie, ggf. teilweise, einem Zeitraum zuzuordnen ist, in dem der Versorgungsbezieher Anspruch auf Leistungen nach dem SGB V hatte. Die Erhebung von Beiträgen aus einer Nachzahlung setzt also nicht unbedingt eine Mitgliedschaft in dem Nacherhebungszeitraum voraus. Eine Familienversicherung (für die ansonsten keine Beiträge erhoben werden, vergleiche § 3 Satz 3 SGB V) oder Zeiten des nachgehenden Leistungsanspruchs nach § 19 Absatz 2 oder 3 SGB V lösen gleichfalls eine Beitragspflicht der Nachzahlung aus.

Um eine Nachzahlung im Sinne des § 229 Absatz 2 SGB V in Verb. mit § 228 Absatz 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. Die Zahlstelle unterliegt dabei keinen verfahrensrechtlichen Restriktionen. Für den Fall, dass die Krankenkasse die Beiträge aus einer Nachzahlung von Versorgungsbezügen zu erheben hat, bestimmt § 229 Absatz 2 SGB V bzw. § 240 Absatz 2 Satz 5 SGB V jeweils in Verbindung mit § 228 Absatz 2 Satz 3 SGB V, dass sie berechtigt ist, den Beitragsbescheid abweichend von § 48 Absatz 1 Satz 2 SGB X mit Wirkung für die Vergangenheit aufzuheben und damit ebenfalls Beiträge für die Vergangenheit zu erheben.

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 eines laufenden Versorgungsbezugs geht ferner grundsätzlich eine zeitraumbezogene Korrektur der Meldungen nach § 202 Absatz 1 Satz 1 SGB V für den Nachzahlungszeitraum durch die Zahlstelle einher.

Die Nachzahlung zu einer Kapitalleistung/-abfindung wird in der Regel als zusätzliche Kapitalleistung/-abfindung gemeldet. In dieser Meldung werden der ursprüngliche Zeitpunkt der Auszahlung sowie der ursprüngliche 10-Jahres-Zeitraum angegeben. Die Meldung der Nachzahlung ist ausschließlich an die Krankenkasse zu übermitteln, die die ursprüngliche Meldung der Kapitalleistung/-abfindung erhalten hat.

A.1.4.5 Auszahlung für mehrere Monate

Sofern Versorgungsbezüge jeweils für mehrere Monate, zum Beispiel für ein Kalendervierteljahr, ausgezahlt werden, ist der Auszahlungsbetrag nach dem Entstehungsprinzip wie bei Nachzahlungen (A.1.4.4) 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 Auszahlbetrages richtet sich die Fälligkeit bei Anwendung des Zahlstellenverfahrens nach dem Zeitpunkt der Auszahlung (A.1.4.6). 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.

Werden grundsätzlich monatlich zustehende Versorgungsbezüge in größeren Abständen, zum Beispiel viertel-, halb- oder jährlich, im Voraus gezahlt, gilt für die beitragsrechtliche Zuordnung ebenfalls das Entstehungsprinzip. Fällig werden die Beiträge aus dem gesamten Auszahlungsbetrag - bei Anwendung des Zahlstellenverfahrens - allerdings bereits am 15. des Folgemonats der Auszahlung. Zu diesem Zeitpunkt bereits feststehende Änderungen von beitragsrechtlich relevanten Rechengrößen (zum Beispiel des gesetzlichen Beitragssatzes oder des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes) sind dann bereits bei der Bemessung der Beiträge zu berücksichtigen.

Mit der Fälligkeit von Beiträgen geht einher, dass der Beitrag auf der Grundlage der zu diesem Zeitpunkt geltenden Verhältnisse, einschließlich der Rechengrößen, abschließend zu bestimmen ist. Dieser Grundsatz führt dazu, dass bei Zahlungen im Voraus nachfolgende Änderungen beitragsrechtlich relevanter Parameter zu keiner nachträglichen Änderung der Beiträge und damit weder zu einer Nacherhebung, noch zu einer Erstattung von Beiträgen führen. Nachträgliche Korrekturen der Beiträge könnten im Rahmen des Zahlstellenverfahrens ohnehin frühestens bei der nächsten Auszahlung der Versorgungsbezüge stattfinden. Die Regelung des § 256 Absatz 2 Satz 1 SGB V in Verbindung mit § 255 Absatz 2 Satz 1 SGB V, die einen Einbehalt von rückständigen Beiträgen aus den weiterhin zu zahlenden Versorgungsbezügen vorsieht, findet jedoch nur dann Anwendung, wenn die Einbehaltung von Beiträgen bei der Zahlung von Versorgungsbezügen unterblieben ist – was auf die zuvor beschriebene Fallkonstellation nicht zutrifft.

A.1.4.6 Fälligkeit der Beiträge

Die von der Zahlstelle einbehaltenen Beiträge werden am 15. des Folgemonats der Auszahlung der Versorgungsbezüge fällig (§ 256 Absatz 1 Satz 2 SGB V). Dies gilt auch für Versorgungsbezüge, die in größeren Zeitabständen als monatlich – im Voraus oder im Nachhinein – gezahlt werden. Als Zeitpunkt der Auszahlung ist der Zeitpunkt des Geldabflusses auf dem Konto der Zahlstelle (Zeitpunkt der Wertstellung) anzusehen.

Für die nicht von der Zahlstelle einzubehaltenden und abzuführenden Beiträge der pflichtversicherten Versorgungsbezieher gilt § 23 Absatz 1 SGB IV. Nach Satz 1 wird der Fälligkeitstag durch die Regelungen der Satzung bzw. den GKV-Spitzenverband 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 Absatz 1) sind diese Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung bis zum 15. des dem Beitragsmonat folgenden 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. Für die Erhebung von Säumniszuschlägen gilt § 24 Absatz 1 und 2 SGB IV.

Beiträge aus nachgezahlten Versorgungsbezügen (A.1.4.4) werden mit dem auf die Auszahlung des Nachzahlungsbetrags nächstfolgenden Fälligkeitstag fällig. Dies gilt entsprechend für die gesamten nachträglich anfallenden Beiträge, wenn die Nachzahlung zu einer Überschreitung der jeweiligen Mindesteinnahmegrenze des § 226 Absatz 2 Satz 1 SGB V führt.

A.1.4.7 Verjährung von Beitragsansprüchen

Nach § 25 Absatz 1 SGB IV ist die Verjährung von Beitragsansprüchen, auch aus Versorgungsbezügen, von dem Zeitpunkt der Fälligkeit der Beiträge abhängig. Ansprüche auf Beiträge verjähren in vier Jahren nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem sie fällig geworden sind. Ansprüche auf vorsätzlich vorenthaltene Beiträge verjähren in 30 Jahren nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem sie fällig geworden sind. Für die Hemmung, die Ablaufhemmung, den Neubeginn und die Wirkung der Verjährung gelten nach § 25 Absatz 2 Satz 1 SGB IV die Vorschriften des BGB sinngemäß.

A.1.5 Beitragsfreiheit für bestimmte Waisenleistungen

Seit Einführung der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 11b Buchstabe a und b SGB V für Personen, die Anspruch auf eine Waisenrente der gesetzlichen Rentenversicherung oder auf eine entsprechende Leistung einer berufsständischen Versorgungseinrichtung haben, zum 1. Januar 2017, sind diese Leistungen bis zum Erreichen der Altersgrenze des § 10 Absatz 2 SGB V (Altersgrenze für die Familienversicherung von Kindern) beitragsfrei. Zusätzlich sind seit dem 11. Mai 2019 auch Leistungen an Waisen nach § 229 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V, also insbesondere aus der Beamtenversorgung, sowie Waisenrenten nach § 15 ALG – gleichfalls bis zum Erreichen der Altersgrenze für Kinder in der Familienversicherung – beitragsfrei gestellt (§ 237 Satz 3 SGB V). Voraussetzung für die Beitragsfreiheit ist ebenfalls, dass für die Waise Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 11b SGB V besteht, was den Bezug einer Waisenrente der gesetzlichen Rentenversicherung oder einer entsprechenden Leistung aus der berufsständischen Versorgung voraussetzt. Dies gilt in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung entsprechend (§ 45 Absatz 1 Satz 2 KVLG 1989).

Von einer allgemeinen Erstreckung der Beitragsfreiheit auf alle Waisenrenten/-leistungen, von der insbesondere auch die Renten der bAV nach § 229 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 SGB V erfasst würden, hat der Gesetzgeber bislang abgesehen.

In der Pflegeversicherung besteht unter den gleichen Voraussetzungen Beitragsfreiheit (§ 57 Absatz 1 Satz 1 SGB XI).

Die genannten nach § 237 Satz 2 und 3 SGB V beitragsfreien Einnahmen mindern im Übrigen den Betrag, bis zu dem in dem jeweiligen Einzelfall weitere Einnahmen bis zur Beitragsbemessungsgrenze beitragspflichtig sein können. Anders ausgedrückt: Die Beitragsfreiheit führt dazu, dass dieser Betrag im Fall des Überschreitens der Beitragsbemessungsgrenze durch mehrere Einnahmen tatsächlich nicht mit Beiträgen belegt wird. Würde der beitragsfreie Betrag mit anderen – beitragspflichtigen – Einnahmen bis zur

Beitragsbemessungsgrenze aufgefüllt werden, wäre das gesetzgeberische Ziel, die beitragsfreien Leistungen auch tatsächlich (in jedem Fall) von der Beitragspflicht auszunehmen, verfehlt.

Da aus der Meldung des Versorgungsbezuges im Zahlstellen-Meldeverfahren die Art des Versorgungsbezuges nicht hervorgeht, muss der Nachweis des Bezuges einer Waisenversorgung im Sinne des § 237 Satz 3 SGB V auf andere Weise, zum Beispiel durch Vorlage eines geeigneten Nachweises der jeweiligen Zahlstelle, gegenüber der Krankenkasse geführt werden. Im Hinblick auf die Beitragsfreiheit der Waisenrente nach § 15 ALG ist zwischen dem GKV-Spitzenverband und der landwirtschaftlichen Alterskasse vereinbart, dass die landwirtschaftliche Alterskasse der Krankenkasse den Bezug einer derartigen Leistung mitteilt, sofern die Krankenkasse das Kennzeichen „Beitragsabführungspflicht“ gemeldet hat. Die Krankenkasse hat dann die Möglichkeit, die Richtigkeit des Kennzeichens zu prüfen und ggf. zu berichtigen. Sofern in Folge der geänderten Kennzeichnung zur Beitragsabführungspflicht aus der Waisenrente zu Unrecht entrichtete Beiträge zu erstatten sind (was ein Überschreiten der Mindesteinnahmegrenze des § 226 Absatz 2 SGB V voraussetzt, vergleiche A.1.1.11), wird die Erstattung in der Regel direkt durch die landwirtschaftliche Alterskasse vorgenommen.

A.1.6 Beitragsüberwachung

Nach § 256 Absatz 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 Absatz 3 SGB V die Vorschrift des § 98 Absatz 1 Satz 2 SGB X (gemeint ist aber offenbar § 98 Absatz 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 Absatz 3 Satz 1 SGB V).

Einzelheiten zur Beitragsüberwachung der Krankenkassen bei den Zahlstellen, einschließlich der Aufteilung der Prüfkontingente auf die Krankenkassenarten, enthalten die Grundsätzlichen Hinweise „Überwachung des Beitrags- und Meldeverfahrens zur Kranken- und Pflegeversicherung für Empfänger von Versorgungsbezügen (Zahlstellen-Beitragsüberwachungsverfahren)“ des GKV-

Spitzenverbandes in der jeweils geltenden Fassung. In diesen Grundsätzlichen Hinweisen ist außerdem festgelegt, welche Angaben die Zahlstellendatei über die Zahlstellen – insbesondere für die Zwecke der Beitragsüberwachung – enthält.

A.2 Meldungen

A.2.1 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 (§ 50 Absatz 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 systemgeprüfter maschineller Ausfüllhilfen zu erstatten. Den Aufbau des Datensatzes, notwendige Schlüsselzahlen und Angaben legt 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 (§ 202 Absatz 2 SGB V). Auf dieser Ermächtigungsgrundlage basieren die „Grundsätze zum Zahlstellen-Meldeverfahren nach § 202 Absatz 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch“ – 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.

Für die Durchführung des Meldeverfahrens haben die Zahlstellen eine Zahlstellennummer beim GKV-Spitzenverband zu beantragen. Die Zahlstellennummern und alle Angaben, die zur Vergabe

der Zahlstellennummer notwendig sind, werden in einer gesonderten elektronischen Datei („Zahlstellendatei") beim GKV-Spitzenverband gespeichert. Das Nähere zum Verfahren und den Aufbau der Zahlstellennummer regeln nach § 202 Absatz 3 SGB V die Grundsätze nach § 202 Absatz 2 Satz 4 SGB V. Mit der Vergabe der Zahlstellennummer und der Führung der Zahlstellendatei hat der GKV-Spitzenverband die Informationstechnische Servicestelle der gesetzlichen Krankenversicherung GmbH (ITSG) beauftragt. Die Zahlstellennummer kann von der Zahlstelle elektronisch über ein systemgeprüftes Entgeltabrechnungs- bzw. Zahlstellenprogramm oder über eine maschinelle Ausfüllhilfe bei der ITSG beantragt werden.

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.2.2 Meldungen des Versorgungsempfängers

Nach § 202 Absatz 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 Nummer 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 bestehende Meldepflicht für die Durchführung der Familienversicherung stellt § 10 Absatz 6 SGB V sowie die darauf basierenden Einheitlichen Grundsätze des GKV-Spitzenverbandes 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 (A.2.3) nicht oder noch nicht nachgekommen ist, weil ihr zum Beispiel die zuständige Krankenkasse nicht bekannt war oder, wenn der Empfänger der Versorgungsbezüge erst nach deren Zubilligung (zum Beispiel durch Aufnahme einer Beschäftigung) gesetzlich krankenversichert wird.

A.2.3 Meldungen der Zahlstelle

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

- Beginn,
- Höhe,
- Veränderungen,
- Ende

der Versorgungsbezüge sowie – im Hinblick auf eine eventuelle Berücksichtigung des Freibetrages – für Zeiten ab 1. Januar 2020 das Vorliegen eines Versorgungsbezuges nach § 229 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 erster Halbsatz SGB V (Leistung der bAV) 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 (A.1.1.9) 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 (zum Beispiel bei Aufteilung der Leistung aus einer Direktversicherung in einen betrieblichen und einen privaten Teil oder bei Minderung einer Unfallversorgung nach § 229 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe 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, zum Beispiel wegen Anwendung der Mindesteinnahmegrenze des § 226 Absatz 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 (zum Beispiel vierteljährlich) gezahlt oder die Versorgungsbezüge in einem Betrag nachgezahlt werden.

Zusätzlich zu laufenden Versorgungsbezügen gewährte einmalige Zahlungen (Sonderzahlungen) sind – abweichend von Kapitalabfindungen oder originären Kapitalleistungen – 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 in allen Fällen, in denen der Einbehalt der Beiträge durch die Zahlstelle stattfindet, die Höhe des maximal beitragspflichtigen Versorgungsbezuges überwacht und diesen Betrag unter bestimmten Bedingungen der Zahlstelle in der Meldung angibt, haben die Zahlstellen 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 Kapitalleistungen oder -abfindungen ist – der beitragsrechtlichen Bewertung folgend (A.1.1.9.2 bzw. A.1.1.9.3) – einmalig der Gesamtbetrag der Leistung zu melden.

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

Damit die Zahlstelle zum Zeitpunkt der Bewilligung/Festsetzung eines laufenden Versorgungsbezuges bereits über alle kranken- 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 Zahlstellen-Meldeverfahren nach § 202 Absatz 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch“ 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 bei den am Zahlstellen-Meldeverfahren beteiligten Seiten ein regelmäßiger Abgleich der versicherten Versorgungsbezieher und zudem neben dem eigentlichen Beitragsüberwachungsverfahren (§ 256 Absatz 3 SGB V) eine gewisse – relativ zeitnahe – Kontrolle der beitragspflichtigen Einnahmen ermöglicht.

A.2.4 Meldungen der Krankenkasse

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

- die „Beitragspflicht“ des Versorgungsempfängers und
- deren Umfang (VB-max) mitzuteilen.

Im Fall des Mehrfachbezugs von Versorgungsbezügen unter Beteiligung von Renten der bAV hat die Krankenkasse der Zahlstelle zusätzlich mitzuteilen, ob und in welcher Höhe der Freibetrag anzuwenden ist (§ 202 Absatz 1 Satz 5 SGB V).

Nach der ab 1. Januar 2017 geltenden Rechtslage ist der Umfang der Beitragspflicht nur noch dann zu melden, wenn die Rente der gesetzlichen Rentenversicherung und die Versorgungsbezüge zusammen die Beitragsbemessungsgrenze überschreiten und die Versorgungsbezüge nicht in voller Höhe der Beitragspflicht unterliegen.

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. 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 Mindesteinnahmegrenze des § 226 Absatz 2 SGB V nicht überschreitet. In

diesen Fällen zeigt die Krankenkasse der Zahlstelle mit dem Kennzeichen „Mehrfachbezug“ (in unterschiedlichen Ausprägungen) an, ob die Mindesteinnahmegrenze 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 Mindesteinnahmegrenze überschreitet.

Der Umfang der Beitragspflicht, das heißt der Betrag, bis zu dem der Versorgungsbezug unter Berücksichtigung der Rangfolge der Einnahmearten und der Beitragsbemessungsgrenze (§§ 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. Ab 1. Januar 2017 gilt dies nur noch dann, wenn die Rente der gesetzlichen Rentenversicherung und die Versorgungsbezüge zusammen die Beitragsbemessungsgrenze überschreiten.

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

Sofern im Fall des Bezugs einer nach § 237 Satz 2 SGB V beitragsfreien Waisenrente bzw. -leistung und eines oder mehrerer (weiterer) Versorgungsbezüge die Beitragsbemessungsgrenze überschritten werden sollte, ist für die Ermittlung des VB-max die Waisenrente/-leistung so zu behandeln, als wenn es sich um eine beitragspflichtige Einnahme handeln würde. Dies gilt auch für gegebenenfalls beitragsfreie Waisenrenten aus dem Ausland. Dementsprechend mindert sich der beitragspflichtige Anteil des Versorgungsbezuges. Damit wird erreicht, dass auch in diesem Fall der Zahlbetrag der Waisenrente/-leistung nicht, auch nicht über „Umwege“ mit Beiträgen belegt wird.

Wird der Krankenkasse eine Rente der bAV sowie mindestens ein weiterer laufender Versorgungsbezug oder eine Kapitalabfindung/-leistung gemeldet (oder das Mitglied bezieht außerdem Arbeitseinkommen aus einer nebenberuflichen selbstständigen Tätigkeit), stellt die Krankenkasse auf Grundlage der Meldungen der Zahlstellen den Anspruch auf den Freibetrag dem Grunde und der Höhe nach fest und übermittelt das Ergebnis den Zahlstellen in der Rückmeldung. Dies schließt die Entscheidung der Krankenkasse ein, bei welchem Versorgungsbezug bzw. – bei der Aufteilung des Freibetrages auf mehrere Versorgungsbezüge – bei welchen

Versorgungsbezügen der Freibetrag anzuwenden ist. Die Rückmeldung der Krankenkasse enthält in diesen Fällen das Kennzeichen „Mehrfachbezug".

Erhält das Mitglied ausschließlich eine Rente der bAV, hat die Zahlstelle von sich aus den Freibetrag zu berücksichtigen. Davon kann die Zahlstelle dann ausgehen, wenn die Rückmeldung der Krankenkasse nicht das Kennzeichen „Mehrfachbezug" enthält.

Darüber hinaus hat die Krankenkasse nach § 202 Absatz 1 Satz 4 SGB V den Bezieher von Versorgungsbezügen unverzüglich über die Beitragspflicht, den Umfang der Beitragspflicht und die für die Versorgungsbezüge maßgebenden Beitragssätze zur Krankenversicherung und Pflegeversicherung zu unterrichten. Diese Informationspflicht erfasst die Fälle, in denen die Beitragszahlung über die Zahlstelle abgewickelt wird (Zahlstellenverfahren). In den Selbstzahler-Fällen informiert die Krankenkasse die betroffene Person ohnehin mittels Bescheid über die Beitragspflicht und -höhe. Die Mitteilungspflicht der Krankenkasse gegenüber dem Bezieher von Versorgungsbezügen bezieht sich im Übrigen nicht nur auf die Fälle der laufenden Beitragszahlung, sondern auch auf die Fälle des Einbehalts von rückständigen Beiträgen nach § 256 Absatz 2 Satz 1 SGB V.

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.1 Beiträge

B.1.1 Beitragspflichtige Einnahmen

B.1.1.1 Allgemeines

Bei den einzelnen versicherungspflichtigen Personenkreisen wird – neben der den jeweiligen versicherungsrechtlichen Status prägenden Einkommensart – 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 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 SGB V sowie für versicherungspflichtige Rentner § 237 Satz 1 Nummer 3 SGB V. Die Vorschriften über die beitragspflichtigen Einnahmen anderer der Versicherungspflicht unterliegender Personenkreise (Ausnahme: Versicherungspflichtige nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V) verweisen auf § 226 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 SGB V. Durch die Kopplung der Beitragspflicht von Arbeitseinkommen an das Erzielen von Rente oder Versorgungsbezügen 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 erzieltes Arbeitseinkommen hingegen nicht der Beitragspflicht.

Aus der Formulierung in § 226 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 SGB V, dass Arbeitseinkommen bei versicherungspflichtig Beschäftigten (nur) dann der Beitragsbemessung zugrunde gelegt wird, soweit es neben einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung (oder Versorgungsbezügen) „erzielt" wird, kann im Übrigen nicht geschlossen werden, dass für eine Beitragspflicht des Arbeitseinkommens der tatsächliche Bezug einer Rente vorliegen muss. Von einer Erzielung der Einnahmen „neben einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung" im Sinne der vorgenannten Regelung ist vielmehr auch dann auszugehen, wenn die Rente wegen Einkommensanrechnung (zum Beispiel nach § 97 SGB VI) zwar nicht zu leisten ist und sich insofern kein zahlbarer Betrag ergibt, aber der Rentenanspruch dem Grunde nach – also das Stammrecht – erhalten bleibt. Diese Auslegung deckt sich mit der Beitragsbemessung von Arbeitseinkommen nach § 237 Satz 1 Nummer 3 SGB V, also bei in der KVdR versicherungspflichtigen Rentnern, da die Versicherungspflicht in der KVdR ebenfalls nicht an den tatsächlichen Bezug von Rente, sondern an den Anspruch auf eine Rente gekoppelt ist. Hinsichtlich des Tatbestandsmerkmals „Erzielung neben Versorgungsbezügen" ist hingegen – sofern sich diese Frage in Bezug auf diese Einnahme stellen sollte - auf den gleichzeitigen tatsächlichen Bezug abzustellen.

Hinsichtlich der Besonderheiten bei der Beitragsbemessung von versicherungspflichtigen Studenten und der nach § 5 Absatz 1 Nummer 10 SGB V Versicherungspflichtigen, die u. a. das Arbeitseinkommen als beitragspflichtige Einnahme betreffen, wird auf die Ausführungen im Abschnitt A.1.1.14 verwiesen.

Im Hinblick auf den Ausschluss der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 5 SGB V bzw. § 2 Absatz 4a KVLG 1989 bei hauptberuflich selbstständiger Tätigkeit kann es sich bei dem Arbeitseinkommen im Sinne der §§ 226 und 237 SGB V nur um ein Arbeitseinkommen aus einer nicht hauptberuflich und damit nebenberuflich ausgeübten selbstständigen Erwerbstätigkeit handeln, da die Person ansonsten nicht zu den versicherungspflichtigen Personenkreisen (Ausnahme: Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V) gehören kann. Die Regelung des § 8 Absatz 3 SGB IV zum Vorliegen einer geringfügigen selbstständigen Tätigkeit in entsprechender Anwendung des § 8 Absatz 1 und 2 SGB IV haben bei der Beitragsbemessung aus dem hier in Rede stehenden Arbeitseinkommen keine Bedeutung. Das bedeutet, dass das Vorliegen einer geringfügigen selbstständigen Tätigkeit allein die Beitragspflicht des daraus erzielten Arbeitseinkommens nicht ausschließt.

Arbeitseinkommen ist nach der Legaldefinition in § 15 SGB IV der nach den allgemeinen Gewinnermittlungsvorschriften des Einkommenssteuerrechts ermittelte Gewinn aus einer selbstständigen Tätigkeit; Einkommen ist als Arbeitseinkommen zu werten, wenn es als solches nach dem Einkommensteuerrecht zu bewerten ist. Hiernach zählen zum Arbeitseinkommen

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

Die Auslegung, dass das Arbeitseinkommen nach § 15 SGB IV nicht auf Einkünfte aus selbstständiger Arbeit nach § 18 EStG beschränkt ist, steht in Übereinstimmung mit der seit jeher dazu in der sozialgerichtlichen Rechtsprechung vertretenen Auffassung. Beispielhaft sei hier das Urteil des BSG vom 24. November 2020 – B 12 KR 31/19 R –, USK 2020-56 (vergleiche RdNr. 15) erwähnt. Danach ist der sozialversicherungsrechtliche Begriff der „selbstständigen Tätigkeit“ weiter als derjenige des Steuerrechts. Der daraus erzielte Gewinn erfasse die Einkunftsarten des § 2 Absatz 1 Nummer 1 bis 3 EStG und damit die Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft (§§ 13 ff. EStG), Gewerbebetrieb (§§ 15 ff. EStG) sowie selbstständiger Arbeit (§ 18 EStG); vergleiche BSG-Urteil vom 25. Februar 2004 – 5 RJ 56/02 – RdNr 10.

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

Wird eine der vorgenannten Tätigkeiten ohne Gewinnerzielungsabsicht ausgeübt, handelt es sich im Steuerrecht um „Liebhaberei“. Es liegt dann kein Einkommen, weder ein Gewinn noch ein Verlust, im steuerrechtlichen Sinne und in der Folge auch kein Arbeitseinkommen vor. So werden zum Beispiel im Wege einer antragsgebundenen Vereinfachungsregelung Photovoltaikanlagen bei einer Leistung von bis zu zehn kW und Blockheizkraftwerke mit einer Leistung von bis zu 2,5 kW steuerlich begünstigt (Schreiben des BMF vom 2. Juni 2021 – GZ: IV C 6 S 2240/19/10006:006, DOK: 2021/0627224). Für die Beurteilung, ab welchem Zeitpunkt die gegebenenfalls bislang angenommene, zur Beitragspflicht führende Eigenschaft des Arbeitseinkommens für die Einnahmen aus dem Betrieb einer derartigen Anlage aufzuheben ist, sind für die Krankenkassen die Feststellungen der Finanzverwaltung maßgeblich (Näheres vergleiche Ergebnisniederschrift zur Fachkonferenz Beiträge am 10. November 2021, TOP 3).

Im Zusammenhang mit der Frage, ob und in welcher Höhe Arbeitseinkommen erzielt wird, stellt sich die Frage, welche Aussagekraft einer Nichtveranlagungs-Bescheinigung (NV-Bescheinigung) nach § 44a Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 EStG beigemessen werden kann. Mit einer NV-Bescheinigung wird bescheinigt, dass für einen bestimmten Zeitraum (längstens drei Jahre) keine Einkommensteuer entsteht. Daraus kann nicht gefolgert werden, dass keine Einkünfte im Sinne

des Steuerrechts und somit kein Arbeitseinkommen vorhanden sind. Wird in diesem Fall Arbeitseinkommen erzielt, lässt sich die Höhe nicht mit einem Einkommensteuerbescheid nachweisen. Bei der Beitragsfestsetzung ist daher auf andere glaubhafte Nachweise bzw. Erklärungen der betreffenden Person zurückzugreifen. Im Übrigen findet bei solchen Personen das zweistufige Verfahren der Beitragsfestsetzung nach § 240 Absatz 4a SGB V regelmäßig keine Anwendung; die Festsetzung ist dann endgültig zukunftsbezogen vorzunehmen (vergleiche Ergebnisniederschrift zur Fachkonferenz Beiträge am 13. Juni 2017, TOP 2).

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 erzieltes 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 Absatz 1 Nummer 4, § 42 Absatz 4 Satz 1 und § 45 Absatz 1 Nummer 3 KVLG 1989). Mit Blick auf den Ausschluss der Versicherungspflicht nach § 2 Absatz 4a KVLG 1989 kann es sich – wie in der allgemeinen Krankenversicherung – bei dem außerlandwirtschaftlichen Arbeitseinkommen nur um Arbeitseinkommen aus einer nicht hauptberuflich selbstständigen Erwerbstätigkeit handeln. Ansonsten könnte die Person nicht zu den versicherungspflichtigen Personen (Ausnahme: § 2 Absatz 1 Nummer 7 KVLG 1989) gehören.

B.1.1.2 Mindesteinnahmegrenze

Für das Arbeitseinkommen gilt wie bei Versorgungsbezügen die Mindesteinnahmegrenze des § 226 Absatz 2 SGB V (Näheres vergleiche Abschnitt A.1.1.11).

B.1.1.3 Verfahren der Beitragsfestsetzung aus dem Arbeitseinkommen

B.1.1.3.1 Allgemeines

Bisher wurde für die Beitragsbemessung aus dem Arbeitseinkommen von Pflichtversicherten mangels ausdrücklicher gesetzlicher Grundlage das Verfahren der zunächst vorläufigen und nachträglichen endgültigen Festsetzung der Beiträge aus dem Arbeitseinkommen von freiwillig Versicherten nach § 240 Absatz 4a SGB V im Wege der Rechtsauslegung entsprechend angewandt. Dies wurde jedoch von der Rechtsprechung vereinzelt in Frage gestellt.

Der durch das Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) vom 11. Juli 2021 mit Wirkung ab 20. Juli 2021 eingefügte § 226 Absatz 2 Satz 3 SGB V ordnet daher für die Beitragsbemessung nach dem Arbeitseinkommen nach § 226 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 SGB V

ausdrücklich eine entsprechende Anwendung des § 240 Absatz 4a SGB V an und stellt damit die bislang praktizierte Verfahrensweise auf eine gesetzliche Grundlage. Darüber hinaus wird durch den in der neuen Regelung weiteren vorgenommenen Verweis auf § 240 Absatz 1 Satz 1 SGB V eine entsprechende Anwendung der in den Beitragsverfahrensgrundsätzen Selbstzahler des GKV-Spitzenverbandes verankerten Regelung für eine vorläufige Beitragsminderung bei einer unverhältnismäßigen finanziellen Belastung des Mitglieds (nachgewiesene Reduzierung des Arbeitseinkommens um mehr als ein Viertel, vergleiche § 6 Absatz 3a und § 6a Absatz 3) erreicht. Durch die Verankerung der Änderungen in § 226 Absatz 2 SGB V gelten diese nicht nur für versicherungspflichtig Beschäftigte, sondern auch für die anderen versicherungspflichtigen Personenkreise (insbesondere für Rentnerinnen und Rentner), für die diese Vorschrift für anwendbar erklärt wird. Im Ergebnis hat die gesetzliche Änderung zu einer weitgehenden Gleichbehandlung von versicherungspflichtigen und freiwillig versicherten Mitgliedern in Bezug auf das zweistufige Verfahren der Festsetzung von Beiträgen aus Arbeitseinkommen geführt.

Der (ausschließliche) Verweis auf § 240 Absatz 1 Satz 1 SGB V führt jedoch dazu, dass die Festsetzung der Beiträge nach der Beitragsbemessungsgrenze bei fehlender Mitwirkung des Mitglieds im Rahmen der vorläufigen Beitragsfestsetzung (nach Satz 2 der vorgenannten Vorschrift) bei den Pflichtversicherten nicht zur Anwendung kommt. Mit dem Verweis auf § 240 Absatz 4a SGB V existiert jedoch bereits eine ausreichende rechtliche Grundlage dafür, dass die endgültige Beitragsfestsetzung nach der Beitragsbemessungsgrenze als Ultima Ratio (nach Satz 4 dieser Vorschrift) Anwendung findet. Da bei diesem Personenkreis die Beiträge aus den den jeweiligen versicherungsrechtlichen Status prägenden sowie gegebenenfalls sonstigen beitragspflichtigen Einnahmen bereits durch Dritte gezahlt wurden, haben die Krankenkassen bei der Anwendung des § 240 Absatz 4a Satz 4 SGB V sicherzustellen, dass die Beitragsbemessung insgesamt die Beitragsbemessungsgrenze nicht überschreitet.

Als verlässlicher Nachweis über die Höhe des Arbeitseinkommens kommt – wie bei freiwillig Versicherten – in der Regel nur der Einkommensteuerbescheid in Betracht. Auf der Grundlage des zuletzt erlassenen Einkommensteuerbescheides werden die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung aus Arbeitseinkommen ab Beginn des auf dessen Ausfertigung folgenden Monats vorläufig festgesetzt. Damit wird die Einkommenssituation in Bezug auf die selbstständige Tätigkeit im Rahmen der vorläufigen Beitragsfestsetzung zeitversetzt abgebildet.

Nach Vorlage des Einkommensteuerbescheides werden die vorläufig festgesetzten Beiträge aus Arbeitseinkommen auf der Grundlage der tatsächlich erzielten und in dem Einkommensteuerbescheid ausgewiesenen entsprechenden Einkünfte für das jeweilige Kalenderjahr endgültig festgesetzt. In der Folge kann es zur Erstattung oder Nachforderung von Beiträgen kommen. Gleichzeitig bildet der Einkommensteuerbescheid die Grundlage für die weitere zukunftsbezogene vorläufige Beitragsfestsetzung.

In den Fällen, bei denen das Mitglied in der Phase der vorläufigen Beitragsfestsetzung ein höheres Arbeitseinkommen erzielt, als das aus dem letzten Einkommensteuerbescheid hervorgehenden Arbeitseinkommen, haben die Krankenkassen die Möglichkeit, auf Wunsch des Mitglieds zukunftsbezogen und bis zur Vorlage des nächsten Einkommensteuerbescheides das nachgewiesene aktuelle (höhere) Arbeitseinkommen der vorläufigen Beitragsbemessung zugrunde zu legen (Niederschrift zur Fachkonferenz Beiträge am 14. Juni 2018, TOP 2).

Durch Änderungen des § 39 Absatz 2 und des § 45 Absatz 2 KVLG 1989 wurden die vorgenannten Änderungen durch das GVWG ab 20. Juli 2021 in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung für die Beitragsbemessung aus Arbeitseinkommen aus außerland- und außerforstwirtschaftlicher selbstständiger Tätigkeit von pflichtversicherten landwirtschaftlichen Unternehmern, mitarbeitenden Familienangehörigen und sogenannten Altenteilern entsprechend nachvollzogen – mit der Maßgabe, dass an die Stelle der Regelungen in den Beitragsverfahrensgrundsätzen Selbstzahler des GKV-Spitzenverbandes die Regelungen der Satzung der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau gelten. Davor unterlagen die Beiträge aus dem vorgenannten Einkommen ausschließlich der endgültigen Beitragsfestsetzung.

Durch eine Anpassung in § 57 Absatz 1 Satz 1 SGB XI gelten die Änderungen durch das GVWG ab 20. Juli 2021 zudem für die Bemessung der Beiträge zur Pflegeversicherung entsprechend.

B.1.1.3.2 Besonderheiten

Für die Fälle, bei denen eine selbstständige Tätigkeit aufgenommen wird (Existenzgründer), findet die Regelung des § 240 Absatz 4a Satz 2 SGB V Anwendung. Danach werden in diesem Fall die Beiträge (aus dem Arbeitseinkommen) auf der Grundlage der nachgewiesenen voraussichtlichen Einnahmen vorläufig festgesetzt. Eine konkrete Form der Nachweisführung ist im Gesetz nicht ausdrücklich geregelt. Als Nachweise sind zum Beispiel Erklärungen von Steuerberatern, finanz- und betriebswirtschaftliche Auswertungen oder auch die sorgfältige und gewissenhafte Schätzung der zu erwartenden Einnahmen durch das Mitglied selbst zu akzeptieren. Liegt der Einkommensteuerbescheid für das Jahr der Existenzgründung vor, werden die Beiträge, wie auch sonst vorgesehen, auf der Grundlage der tatsächlich erzielten beitragspflichtigen Einnahmen für dieses Jahr endgültig festgesetzt.

Wird eine selbstständige Tätigkeit nicht mehr hauptberuflich, sondern „nebenberuflich“ ausgeübt und erfolgt daher ein Wechsel von der freiwilligen Versicherung oder Pflichtversicherung nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V in die bzw. eine andere Pflichtversicherung, zum Beispiel in die 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 voraussichtliche aktuelle – niedrigere – Arbeitseinkommen zu Grunde zu legen und auf dieser Grundlage die Beiträge wie bei Personen, die erstmals eine selbstständige Tätigkeit aufnehmen, vorläufig festzusetzen. Die vorläufige Beitragsfestsetzung aus dem Arbeitseinkommen ab dem Zeitpunkt des Statuswechsels im Wege der analogen Anwendung der Regelung des § 240 Absatz 4a Satz 2 SGB V findet auf der Grundlage derselben Unterlagen statt, die für die Entscheidung über den Statuswechsel relevant waren.

Sobald der Einkommensteuerbescheid für das Veranlagungsjahr vorliegt, in dem sich der Wechsel von der haupt- zur nebenberuflichen selbstständigen Tätigkeit vollzogen hat, wird rückwirkend eine endgültige Beitragsfestsetzung vorgenommen. Das Mitglied hat dann 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. Gleichzeitig sind die Beiträge für die vorangegangene Zeit der freiwilligen Versicherung in dem Jahr ebenfalls endgültig festzusetzen, sofern dies nicht bereits der Fall ist (§ 240 Absatz 4a Satz 6 SGB V).

Beispiel

Ausübung einer hauptberuflich selbstständigen Tätigkeit und freiwillige Mitgliedschaft seit	01.03.1990
Bezug einer Regelaltersrente ab Vorversicherungszeit für die KVdR erfüllt.	01.04.2020
Endgültige Beitragsfestsetzung in der freiwilligen Versicherung bis	31.12.2020
Vorläufige Beitragsfestsetzung in der freiwilligen Versicherung ab	01.01.2021
Wechsel von der haupt- zur nebenberuflich selbstständigen Tätigkeit (gleichzeitig Wechsel von der freiwilligen Versicherung in die Versicherungspflicht in der KVdR) zum	01.08.2022
↳ Ende der vorläufigen Festsetzung der Beiträge aus dem Arbeitseinkommen (zuletzt auf der Basis des Einkommensteuerbescheides für 2020) zum	31.07.2022
↳ Neue vorläufige Festsetzung der Beiträge aus dem Arbeitseinkommen ab	01.08.2022
Eingang des Einkommensteuerbescheides für 2021 vom 05.10.2022 am	10.11.2022
↳ Endgültige Festsetzung der Beiträge für 2021, keine Auswirkung auf die Festsetzung der Beiträge für das Jahr 2022	

Eingang des Einkommensteuerbescheides für 2022 vom 10.11.2023 am		20.12.2023
↳ Endgültige Festsetzung der Beiträge aus dem Arbeitseinkommen auf der Basis des jeweiligen durchschnittlichen monatlichen Arbeitseinkommens		
für die Zeit der freiwilligen Versicherung vom	01.01.2022 bis	31.07.2022
und		
für die Zeit der Versicherungspflicht vom	01.08.2022 bis	31.12.2022

Die gleiche Systematik gilt für die ebenfalls denkbaren umgekehrten Fälle, bei denen ein Wechsel von der Versicherungspflicht, zum Beispiel in der KVdR, (verbunden mit einer nicht hauptberuflich selbstständigen Tätigkeit) in eine freiwillige Versicherung als hauptberuflich selbstständig Tätiger stattfindet.

Wird die selbstständige Tätigkeit nachweislich beendet, endet die Erhebung der Beiträge aus dem Arbeitseinkommen mit dem Ende der selbstständigen Tätigkeit. Dennoch ist die Vorlage des Einkommensteuerbescheides für das Jahr, in dem die Tätigkeit beendet worden ist, zu überwachen, um dafür eine endgültige Beitragsfestsetzung vornehmen zu können.

Wird aus Anlass der Beendigung einer selbstständigen Tätigkeit aus dem Verkauf eines Betriebes, aus dem Verkauf von Anteilen einer Kapitalgesellschaft oder aus der Veräußerung des Vermögens ein Veräußerungsgewinn im Sinne der §§ 14, 16, 17 oder 18 Absatz 3 EStG erzielt, handelt es sich hierbei um Arbeitseinkommen gemäß § 15 Absatz 1 SGB IV. Durch die Anknüpfung der Definition des Arbeitseinkommens an die "allgemeinen Gewinnermittlungsvorschriften des Einkommensteuerrechts“ ist sichergestellt, dass sich die bei der Ermittlung des steuerpflichtigen Teils von Veräußerungsgewinnen zu gewährenden Freibeträge beitragsmindernd auswirken und der Veräußerungsgewinn im Ergebnis zu den beitragspflichtigen Einnahmen nur zuzuordnen ist, soweit er der Besteuerung unterliegt. Der Veräußerungsgewinn ist – in seiner Eigenschaft als Arbeitseinkommen – nach Maßgabe des § 5 Absatz 2 Satz 2 Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler nur dem Zeitraum innerhalb des Kalenderjahres der Veräußerung zuzuordnen, in dem die selbstständige Tätigkeit noch ausgeübt wurde. Für die Berechnung der monatlichen beitragspflichtigen Einnahme wird hierbei der dem maßgeblichen Einkommensteuerbescheid zu entnehmende Jahresbetrag des Veräußerungsgewinns durch die Zahl der Kalendermonate geteilt, in denen die selbstständige Tätigkeit ausgeübt wurde. Wird die selbstständige Tätigkeit im Verlauf eines Kalendermonats aufgegeben, ist der Veräußerungsgewinn (im Übrigen genauso wie der sonstige Arbeitseinkommen) nur dem entsprechenden Teilmonat der Mitgliedschaft zuzuordnen. Für die Berechnung der Beiträge ist hierbei der auf den Kalendertag entfallende ungerundete Betrag der monatlichen beitragspflichtigen Einnahme mit der Anzahl der für diesen Teilmonat maßgebenden Kalendertage der Mitgliedschaft zu multiplizieren.

Wird ein Veräußerungsgewinn im Sinne der §§ 14, 16, 17 oder 18 Absatz 3 EStG im Laufe eines Kalenderjahres erzielt, in dem die entsprechende selbstständige Tätigkeit nicht vollständig aufgegeben, sondern lediglich reduziert wird, ist der Veräußerungsgewinn den einzelnen Monaten dieses Kalenderjahres gleichmäßig mit monatlich einem Zwölftel des dem maßgeblichen Einkommensteuerbescheid zu entnehmenden Jahresbetrags zuzuordnen. Dem steht nicht entgegen, dass das übrige Arbeitseinkommen bei einem Wechsel von einer hauptberuflich zu einer nebenberuflichen selbstständigen Tätigkeit das übrige Arbeitseinkommen auf die jeweiligen Phasen der selbstständigen Tätigkeit nach Maßgabe der glaubhaften Erklärung des Mitglieds aufzuteilen sind.

B.1.2 Beitragssatz

B.1.2.1 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 14,6 %. Daneben ist ggf. der kassenindividuelle Zusatzbeitragssatz nach § 242 Absatz 1 SGB V zu berücksichtigen. Veränderungen des allgemeinen Beitragssatzes oder des Zusatzbeitragssatzes werden direkt wirksam; eine zeitliche Verzögerung entsprechend § 247 Satz 3 SGB V oder § 248 Satz 3 SGB V ist nicht vorgesehen.

Für pflichtversicherte Mitglieder der landwirtschaftlichen Krankenkasse gilt Entsprechendes, jedoch mit dem Unterschied, dass der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz gilt (§ 39 Absatz 2 Satz 2 und 3, § 42 Absatz 4 Satz 1 und § 45 Absatz 2 Satz 2 KVLG 1989).

B.1.2.2 Beitragssatz in der Pflegeversicherung

Die Ausführungen unter A.1.2.2 für Versorgungsbezüge gelten gleichermaßen für das Arbeitseinkommen.

B.1.2.3 Tragung der Beiträge

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

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

B.1.2.4 Zahlung der Beiträge

Die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung aus dem Arbeitseinkommen, einschließlich des Zusatzbeitrags, hat der Versicherte nach § 252 Absatz 1 Satz 1 SGB V bzw. § 49 KVLG 1989 und

§ 60 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 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, in dem zum Ausdruck kommen muss, ob die Beiträge vorläufig oder endgültig festgesetzt werden.

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

Der Fälligkeitstag für die an die landwirtschaftliche Krankenkasse zu zahlenden Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge bestimmt sich nach deren Satzung (§ 23 Absatz 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. Im Rahmen der endgültigen vergangenheitsbezogenen Beitragsfestsetzung, sind keine Säumniszuschläge zu erheben, wenn der endgültige Beitrag höher ausfällt als der vorläufige. Wird der aktuelle Einkommensteuerbescheid verspätet vorgelegt und kommt es daher zu einer vergangenheitsbezogenen und weiterhin vorläufigen Festsetzung von höheren Beiträgen, sind ebenso keine Säumniszuschläge zu erheben. War die Beitragszahlung auf der Grundlage einer vorläufigen Beitragsfestsetzung ursprünglich wegen eines Zahlungsverzugs mit Säumniszuschlägen sanktioniert und ergibt sich im Rahmen der endgültigen vergangenheitsbezogenen Beitragsfestsetzung eine andere Beitragshöhe, findet keine Korrektur der ursprünglich angefallenen Säumniszuschläge statt.

B.2 Mitteilungs-/Nachweisverfahren

Nach § 205 Nummer 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 Nummer 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.

Im Zusammenhang mit der Meldung zur KVdR nach § 201 Absatz 1 SGB V bei der Stellung eines Rentenantrags gibt die Person an, ob sie eine selbstständige Tätigkeit ausübt. Im Merkblatt der Deutschen Rentenversicherung zur Krankenversicherung der Rentner (KVdR) und Pflegeversicherung, dessen Kenntnisnahme die rentenantragstellende Person im Zusammenhang mit der Rentenantragstellung bestätigt, wird die Person zudem darauf aufmerksam gemacht, dass sie verpflichtet ist, die Krankenkasse über die Höhe des Arbeitseinkommens zu informieren und Nachweise darüber vorzulegen.

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

Die Mitteilungspflicht hinsichtlich der Erzielung von Arbeitseinkommen gilt gleichermaßen beim Wechsel der Krankenkasse gegenüber der neuen Krankenkasse. Flankierend hierzu übermittelt die bisherige Krankenkasse der neu gewählten Krankenkasse im Rahmen des maschinellen KVdR-Meldeverfahrens zwischen den Krankenkassen (Meldeverfahren KV-KV), ob nach ihrer Kenntnis die versicherte Person aktuell Einkünfte aus einer selbstständigen Tätigkeit (Arbeitseinkommen) erzielt.

C. Renten aus dem Ausland

C.1 Beiträge

C.1.1 Beitragspflichtige Einnahmen

C.1.1.1 Allgemeines

Artikel 5 der Verordnung (EG) Nummer 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 Absatz 1 Satz 2 SGB V konkretisiert dieses Prinzip im Bereich der Krankenversicherung der Rentner und stellt vergleichbare Renten aus dem Ausland den Renten der gesetzlichen Rentenversicherung (nachfolgend: „deutsche Renten“ oder „inländische Renten“) als beitragspflichtige Einnahmen gleich. Damit sind gesetzliche Renten aus dem Ausland in den Anwendungsfällen des § 226 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V sowie im Anwendungsbereich des § 237 SGB V beitragspflichtige Einnahmen, und zwar ebenfalls mit ihrem Zahlbetrag.

Waisenrenten aus einer gesetzlichen Rentenversicherung im Ausland werden nicht von der ab 1. Januar 2017 geltenden Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 11b Buchstabe a SGB V und damit nicht von der Beitragsfreiheit nach § 237 Satz 2 SGB V erfasst (Gemeinsames Rundschreiben „Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner zum 1. Januar 2020“ vom 24. Oktober 2019, A VIII 3.1.2.2).

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

Der Anspruch auf Beiträge aus vergleichbaren Renten aus dem Ausland entsteht nach § 22 Absatz 1 Satz 1 SGB IV mit der Entstehung des Anspruchs auf die Rente (Entstehungsprinzip).

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 Absatz 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) Nummer 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 (C.1.2.1).

Zudem wird im Anwendungsbereich der VO (EG) Nummer 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 Absatz 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 Regelungen für Nachzahlungen von Renten nach § 228 Absatz 2 SGB V, einschließlich des am 11. Mai 2019 in Kraft getretenen Satzes 3 zur Aufhebung eines Beitragsbescheides für die Vergangenheit bei Nachzahlungen, 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 Mindesteinnahmegrenze nach § 226 Absatz 2 SGB V zu beachten ist. Gleiches gilt nach § 56 Absatz 2 SGB XI in der Pflegeversicherung; die Mindesteinnahmegrenze kommt über den Verweis in § 57 Absatz 1 Satz 1 SGB XI zur Anwendung. 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 Mindesteinnahmegrenze des § 226 Absatz 2 SGB V trifft für gesetzliche Renten aus dem Ausland nicht zu. Entsprechendes gilt für die Beiträge zur Pflegeversicherung.

C.1.1.2 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.

Unter Berücksichtigung der Urteile des BSG vom 30. November 2016 – B 12 KR 22/14 R – und – B 12 KR 3/15 R –, USK 2016-135, (hier: Leistungen von schweizerischen Pensionskassen) kann sich eine Vergleichbarkeit der ausländischen Leistung mit einer inländischen Rente der gesetzlichen Rentenversicherung aus über- oder zwischenstaatlichem Recht ergeben. Von einer entsprechenden Vergleichbarkeit ist im Bereich der EU, des EWR und der Schweiz im Regelfall dann auszugehen, wenn der betreffende ausländische Träger nach dem EESSI-Verzeichnis („Institution Repository“) der Europäischen Kommission für einen der folgenden darin aufgeführten Zweige der sozialen Sicherheit zuständig ist:

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

Diese Eintragung setzt voraus, dass der zuständige Mitgliedstaat nach Artikel 9 Absatz 1 Verordnung (EG) 883/2004 eine Notifizierung des entsprechenden Sicherungssystems als ein Zweig der sozialen Sicherung nach Artikel 3 Verordnung (EG) 883/2004 gegenüber der EU vorgenommen hat. Die Eintragung in das Verzeichnis durch den jeweiligen Mitgliedstaat findet auf der Grundlage von Artikel 88 Absatz 4 und Anhang 4 der Verordnung (EG) 987/2009 statt.

Bestehen erhebliche Zweifel an der Richtigkeit der Eintragung der ausländischen Institution als Träger der staatlichen Rentenversicherung (Leistungen bei Alter als ein Zweig der sozialen Sicherheit im Sinne des Artikel 3 VO (EG) 883/2004) oder existiert keine entsprechende zwischenstaatliche Regelung (bei Abkommensstaaten außerhalb der EU, des EWR und der Schweiz und beim vertragslosen Ausland) ist zu prüfen, ob die zu beurteilende Leistung bei einer „rechtsvergleichenden Qualifizierung von Funktion und Struktur“ nach nationalem Verständnis in ihrem Kerngehalt den typischen Merkmalen einer inländischen gesetzlichen Rente entspricht (vorgenannte Urteile des BSG vom 30. November 2016). Eine völlige Identität im Sinne einer Vergleichbarkeit ist nicht erforderlich; es genügt vielmehr, dass sich die zu vergleichenden Leistungen unter Berücksichtigung der Gesamtregelung im Wesentlichen entsprechen. Dabei sind insbesondere folgende Vergleichskriterien heranzuziehen:

- Abdecken der für das deutsche Rentenversicherungssystem typischen Versicherungsfälle (Alter, Invalidität, Tod) und damit Anknüpfen der Leistung an das Erreichen einer bestimmten Altersgrenze, die Minderung der Erwerbsfähigkeit oder den Tod der versicherten Person,
- Vergleichbarkeit mit einer der in § 33 SGB VI genannten Rentenarten,
- Entgeltersatzfunktion nach einer im Allgemeinen den Lebensunterhalt sicherstellenden Gesamtkonzeption (ggf. zusammen mit anderen Alterssicherungsleistungen),
- Ausrichtung der Leistungen grundsätzlich als laufende Renten (ungeachtet eventueller Möglichkeiten der Kapitalauszahlung/-abfindung),

- Ausrichtung des Systems grundsätzlich als Pflichtversicherung,
- Erbringung von gesetzlich vorgesehenen (Mindest-)Leistungen,
- Tragung der Beiträge nicht allein durch die Arbeitnehmer, sondern auch durch die Arbeitgeber,
- Gemeinsame Verwaltung der Vorsorgeeinrichtung durch Arbeitnehmer und Arbeitgeber,
- Registrierung der Vorsorgeeinrichtung nach dem Recht im Ausland und
- Organisation der Vorsorgeeinrichtung unter staatlicher Aufsicht.

Nicht entscheidend sind hingegen zum Beispiel folgende Umstände:

- Art der Finanzierung des Systems (Umlage- oder Kapitalfinanzierung) und
- Berücksichtigung von Gesundheitsrisiken des Versicherten für den Zugang zur Versicherung oder die Bemessung der Beiträge.

An diesen Kriterien hat das BSG zuletzt in dem Urteil vom 23. Februar 2021 – B 12 KR 32/19 –, USK 2021-4, (hier: auch für überobligatorische Leistungen von schweizerischen Pensionskassen, vergleiche Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes/DVKA 2021/740 vom 22. Oktober 2021) festgehalten.

Auf weitere Vergleichskriterien wie zum Beispiel Verpflichtung/Freiwilligkeit der Absicherung und die Anspruchsvoraussetzungen für die im Einzelfall betroffene Rentenart (Personenkreis, Versicherungszeiten, Altersgrenzen usw.) ist bereits deshalb nicht abzustellen, weil aufgrund der Vielfalt der gesetzlichen Rentensysteme in den verschiedenen Staaten eine Vergleichbarkeit ohnehin ausgeschlossen ist.

Sind die Leistungen des ausländischen Vorsorgesystems in der Regel als Rente ausgerichtet und kann der Versicherte eine einmalige Kapitalabfindung wählen (zum Beispiel in der Schweiz nach § 37 Absatz 2 und 4 BVG-CH), ist dennoch eine Vergleichbarkeit gegeben (zur zeitlichen Zuordnung vergleiche jedoch C.1.1.3.2).

Ist die ausländische Leistung hingegen von vornherein nicht als Rente, sondern als Kapitalabfindung ausgerichtet (zum Beispiel in Österreich nach § 269 Allgemeines Sozialversicherungsgesetz – ASVG, weil mangels Erfüllung der Wartezeit kein Anspruch auf eine Rente besteht, oder in der Schweiz nach Art. 37 Absatz 3 BVG-CH, weil der Rentenanspruch nur einen kleinen Teil der Mindestaltersrente beträgt) kann nicht von einer Vergleichbarkeit mit einer deutschen Rente ausgegangen werden, da derartige Abfindungen im deutschen Rentenversicherungsrecht nicht vorgesehen sind.

Bei „Zuschüssen“ oder „Zuschlägen“ (insbesondere abhängig von den Familienverhältnissen, zum Beispiel von der Anzahl der Kinder) ist zu unterscheiden, ob sie integraler Bestandteil der Rente

sind, wie in Deutschland zum Beispiel der auf Entgeltpunkten für Kindererziehungszeiten entfallende Teil des Rentenzahlbetrages, oder als eigenständige Leistung zusätzlich zur Rente gewährt werden. 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 Weisung des Bundeszentralamtes für Steuern vom 21. März 2014 – St II 2 – S 2473 PB/14/00001 (www.bzst.de) über vergleichbare (ausländische) Leistungen nach § 65 Absatz 1 Satz 1 Nummer 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.1.1.3 Besondere Zahlungsweisen

C.1.1.3.1 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.1.1.3.2 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 Absatz 1 Satz 2 SGB V zu klassifizieren.

Bei den Pflichtversicherten sind einmalige Rentenzahlungen nach dem Grundsatz des § 22 Absatz 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.

Soweit an die Stelle der Rentenleistung optional eine Kapitalleistung oder Kapitalabfindung tritt, kann diese nach dem Grundsatz des § 22 Absatz 1 Satz 1 SGB IV beitragsrechtlich nur dem Monat zugeordnet werden, in dem der Anspruch auf sie entsteht. Eine Verteilung der Leistung auf einen längeren Zeitraum, wie für Versorgungsbezüge in § 229 Absatz 1 Satz 3 SGB V bestimmt, kommt bei Leistungen aus ausländischen Rentenversicherungssystemen bisher mangels entsprechender Rechtsgrundlage nicht in Betracht.

C.1.1.3.3 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 Absatz 2 und 255 Absatz 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 Absatz 1 Satz 1 SGB IV in Verbindung mit § 10 Absatz 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 Absatz 2 SGB V, und zwar sowohl für die Pflichtversicherten als auch über den Verweis in § 240 Absatz 2 Satz 5 SGB V für die freiwillig und nach § 5 Absatz 1 Nummer 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 (§ 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.1.1.3.4 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 Absatz 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 (zum Beispiel bei vierwöchiger Zahlung durch 28) geteilt und – in Anlehnung an die Beitragsverfahrensverordnung ungerundet – mit 30 multipliziert wird.

C.1.1.4 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.

Die Umrechnungskurse (durchschnittliche Kurse für den Kalendermonat) bzw. eine Verlinkung zu den maßgeblichen Referenz-Tageskursen und Anwendungsbeispiele befinden sich auf der Internetseite der DVKA unter „Informationen“ → „Umrechnungskurse“.

Im Anwendungsbereich der Verordnung (EG) 883/04 ist für die Währungsumrechnung vorrangig Artikel 90 der Verordnung (EG) 987/09 zu beachten. Nach Artikel 90 Verordnung (EG) 987/09 gilt

als Wechselkurs zweier Währungen der von der Europäischen Zentralbank veröffentlichte Referenzwechselkurs. Die Verwaltungskommission bestimmt den Bezugszeitpunkt für die Festlegung des Wechselkurses. Nach dem Beschluss Nummer H7 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. Diese Regelung erfasst nur den Fall, bei dem die ausländische Währung erstmals umzurechnen ist. Bei Veränderungen der Höhe der ausländischen Rente oder des Umrechnungskurses findet auch im Verhältnis zu Staaten im räumlichen Anwendungsbereich der Verordnung (EG) 883/04 nationales Recht (hier: § 17a SGB IV) Anwendung.

Sofern keine vorrangige Regelung im über- oder zwischenstaatlichen Recht zur Anwendung kommt, ist für die Währungsumrechnung auf § 17a SGB IV zurückzugreifen:

Nach § 17a Absatz 1 SGB IV wird in fremder Währung erzieltes Einkommen ebenfalls nach dem Referenz(wechsel)kurs, den die EZB öffentlich bekannt gibt, umgerechnet. Die Euro-Referenzkurse werden von der EZB auf folgender Internetseite bereitgestellt:

https://www.ecb.europa.eu/stats/policy_and_exchange_rates/euro_reference_exchange_rates/html/index.de.html

(Pfad: www.ecb.europa.eu → Statistiken → EZB-/Eurosystem-Geldpolitik und Wechselkurse → Euro-Referenzkurse)

Wird für die fremde Währung von der EZB ein Referenzkurs nicht veröffentlicht, wird das Einkommen nach dem von der Deutschen Bundesbank ermittelten Mittelkurs für die Währung des betreffenden Landes umgerechnet. Die maßgebenden Devisenkurse werden auf der folgenden Internetseite bereitgestellt:

https://www.bundesbank.de/dynamic/action/de/statistiken/zeitreihen-datenbanken/zeitreihen-datenbank/723444/723444?statisticType=BBK_ITS&treeAnchor=WECHSELKURSE

Bei einer erstmaligen Festsetzung von Beiträgen aus einer ausländischen Rente und damit bei einer erstmaligen Währungsumrechnung ist, sofern über- oder zwischenstaatliches Recht nicht zur Anwendung kommt, auf § 17a Absatz 2 SGB IV abzustellen. Liegt, was der Regelfall sein dürfte, der Beginn der Leistung in der Vergangenheit, bestimmt Satz 1, dass der Umrechnungskurs für den Kalendermonat maßgebend ist, „in dem die Anrechnung des Einkommens beginnt." Gemeint ist damit der Umrechnungskurs für den Kalendermonat, ab dem die Beitragspflicht festgestellt wird, respektive in dem die Rente beginnt. Liegt der Beginn der

Leistung nicht in der Vergangenheit, ist in Anwendung des Satzes 2 der Umrechnungskurs für den ersten Monat des Kalendervierteljahres heranzuziehen, das „dem Beginn der Berücksichtigung von Einkommen“, also dem Beginn der Beitragspflicht, respektive dem Beginn der Rente, vorausgeht.

Bei einer Änderung der Höhe der ausländischen Rente kommt nur eine analoge Anwendung von § 17a Absatz 2 Satz 1 und 2 und Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 SGB IV (die sich nach ihrem Wortlaut mit der Berücksichtigung bzw. Anrechnung von Einkommen auf Leistungen beschäftigt) in Frage. Damit wird bei gesetzlichen Renten aus dem Ausland in der Regel der Umrechnungskurs nach Absatz 2 Satz 1 zu bestimmen sein, wenn sich die Höhe der Rente ab einem in der Vergangenheit liegenden Zeitpunkt geändert hat. Dann ist der Umrechnungskurs für den Kalendermonat (Durchschnittskurs) maßgebend, in dem der Änderungszeitpunkt liegt.

Die Frage der Berücksichtigung von Kursveränderungen ist unter Anwendung von § 17a Absatz 3 SGB IV zu beantworten. Gemäß § 17a Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 SGB IV bleibt der bei der Umrechnung von ausländischen Einkommen angewandte Umrechnungskurs so lange maßgebend, bis eine Kursveränderung von mehr als 10 v. H. gegenüber der letzten Umrechnung eintritt. Dies gilt allerdings nur unter der Voraussetzung, dass seit der letzten Umrechnung mindestens drei Kalendermonate abgelaufen sind. Der maßgebliche Umrechnungskurs wird nach den Grundsätzen des § 17a Absatz 2 SGB IV ermittelt. Im Einzelnen sind nachfolgende Prüfungsschritte zu berücksichtigen:

1. Feststellung, ob eine Kursveränderung von mehr als 10 v. H. gegenüber dem zuletzt angewandten Kurs stattgefunden hat. Hierbei ist bei dem neuen Kurswert auf den durchschnittlichen monatlichen Referenzkurs der Europäischen Zentralbank bzw. auf den durchschnittlichen monatlichen Mittelkurs der Deutschen Bundesbank abzustellen, der der DVKA von der Deutschen Bundesbank monatlich (am 15. eines Monats) für den Vormonat zur Verfügung gestellt wird.
2. Feststellung, ob der zuletzt angewandte Kurswert mindestens drei Kalendermonate Anwendung gefunden hat.
3. Feststellung, welcher Umrechnungskurs maßgeblich ist. Hierfür ist im Allgemeinen relevant, in welchem zeitlichen Verhältnis das den Umrechnungskurs bestimmende Ereignis und die verwaltungsmäßige Bearbeitung zueinanderstehen. Da in den Sachverhalten im Sinne des § 17a Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 SGB IV die verwaltungsmäßige Bearbeitung immer erst nach Ablauf des Kalendermonats, in dem das den Umrechnungskurs bestimmende Ereignis (hier: Kursveränderung von mehr als 10 v. H.) eingetreten ist, stattfindet, ist nach § 17a Absatz 2 Satz 1 SGB IV der Umrechnungskurs für den Kalendermonat maßgebend, in dem das vorgenannte Ereignis liegt.

Eine Änderung des auf die Rente aus dem Ausland anzuwendenden Beitragssatzes in der Kranken- oder Pflegeversicherung bewirkt keine Neuberechnung dieser Rente nach dem aktuellen Umrechnungskurs. Das Gleiche gilt bei einer Änderung anderer beitragspflichtiger Einnahmen, wie zum Beispiel der Rente der deutschen gesetzlichen Rentenversicherung.

Beispiel 1 (erstmalige Umrechnung)

Das Mitglied gibt in einem Fragebogen am 26.03.2022 an, seit dem 01.10.2021 eine Rente aus Dänemark in Höhe von monatlich 13.300 Dänischen Kronen (DKK) zu beziehen. Der Fragebogen geht bei der Krankenkasse am 29.03.2022 ein. Die Krankenkasse setzt am 11.04.2022 die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung aus dieser Rente ab 01.10.2021 fest.

Währungsumrechnung nach Artikel 90 Verordnung (EG) 987/09.

Maßgebender Referenzkurs am 11.04.2022: 1 EUR = 7,4375 DKK

Beitragspflichtige Einnahme ab 01.10.2021 (mtl.): 1.788,24 EUR

Beispiel 2 (erstmalige Umrechnung)

Das Mitglied gibt in einem Fragebogen am 28.04.2022 an, seit dem 01.01.2022 eine Rente aus Serbien in Höhe von monatlich 80.520,00 Serbischen Dinar (RSD) zu beziehen. Der Fragebogen geht bei der Krankenkasse am 04.05.2022 ein. Die Krankenkasse setzt am 17.05.2022 die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung aus dieser Rente ab 01.01.2022 fest.

Währungsumrechnung nach § 17a Absatz 2 Satz 1 SGB IV.

Maßgebender Referenzkurs für Januar 2022: 1 EUR = 117,5851 RSD

Beitragspflichtige Einnahme ab 01.01.2022 (mtl.): 684,78 EUR

Beispiel 3 (Änderung der Rentenhöhe)

Das Mitglied bezieht seit dem 01.04.2015 eine Rente aus Rumänien, zuletzt ab 01.04.2021 in Höhe von monatlich 2.750,00 Rumänischer Leu (RON). Von der Rente werden Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung entrichtet. Das Mitglied teilt der Krankenkasse mit Schreiben vom 22.03.2022, eingegangen am 25.03.2022, mit, dass die Rente aus Rumänien ab 01.10.2021

2.850,00 RON beträgt. Die Krankenkasse setzt am 04.04.2022 die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung aus dieser Rente ab 01.10.2021 neu fest.

Währungsumrechnung nach § 17a Absatz 2 Satz 1 SGB IV.

Maßgebender Referenzkurs für Oktober 2021: 1 EUR = 4,948 RON

Beitragspflichtige Einnahme ab 01.10.2022 (mtl.): 575,99 EUR

Hinweis:
Hätte das Mitglied die Änderung der Rentenhöhe bereits vor dem 01.10.2021 angezeigt (Eingang bei der Krankenkasse), wäre für die Währungsumrechnung nach § 17a Absatz 2 Satz 2 SGB IV der Referenzkurs für Juli 2021 maßgebend gewesen.

Beispiel 4 (Kursveränderung)

Das Mitglied bezieht seit dem 01.07.2015 eine Rente aus der Schweiz. Seit 01.03.2021 beträgt die monatliche Rente 1.320,00 Schweizer Franken (CHF). Mit Bescheid vom 12.04.2021 hat die Krankenkasse die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung aus der Rente neu festgesetzt.

Währungsumrechnung nach § 17a Absatz 2 Satz 1 SGB IV:

Maßgebender Referenzkurs für März 2021: 1 EUR = 1,1065 CHF

Beitragspflichtige Einnahme ab 01.03.2021 (mtl.): 1.192,95 EUR

Prüfung nach § 17a Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 SGB IV:

Eine Kursveränderung von mehr als 10 v. H. würde vorliegen, wenn der Kurs (1 EUR=) unter 0,99585 CHF oder über 1,21715 CHF liegen würde.

Seit der letzten Umrechnung (und damit auch nach dem dritten Kalendermonat ab März 2021, also ab Juni 2021) ist keine Kursveränderung von mehr als 10 v. H. eingetreten. Es ist daher keine neue Umrechnung, weder von Amts wegen noch auf Antrag, durchzuführen.

Beispiel 5 (Kursveränderung)

Das Mitglied gibt in einem Fragebogen am 02.04.2020 an, seit dem 01.03.2020 eine monatliche Rente aus Brasilien in Höhe von 1.540,00 Brasilianischen Real (BRL) zu beziehen. Der Fragebogen

geht bei der Krankenkasse am 04.04.2020 ein. Die Krankenkasse setzt am 17.04.2020 die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung aus dieser Rente ab 01.03.2020 fest.

Währungsumrechnung nach § 17a Absatz 2 Satz 1 SGB IV.

Maßgebender Referenzkurs für März 2020: 1 EUR = 5,3986 BRL

Beitragspflichtige Einnahme ab 01.03.2020 (mtl.): 285,26 EUR

Prüfung nach § 17a Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 SGB IV:

Eine Kursveränderung von mehr als 10 v. H. würde vorliegen, wenn der Kurs (1 EUR=) unter 4,85874 BRL oder über 5,93846 liegen würde.

Das Mitglied beantragt am 25.06.2020 aufgrund des gefallenen Kurses des Real eine neue Festsetzung der beitragspflichtigen Einnahme.

In die Betrachtung, ob eine relevante Kursveränderung eingetreten ist, kann frühestens der Kurs für Juni 2020 (erster Monat nach dem Drei-Monats-Zeitraum) einbezogen werden. Der Umrechnungskurs für Juni 2020 beträgt (1 EUR=) 5,8377 BRL. Dies bedeutet noch keine Kursveränderung von mehr als 10 v. H.

Umrechnungskurs für Juli 2020: 1 EUR = 6,059 (Kursveränderung von mehr als 10 v. H.)

Dies führt zu einer Neufestsetzung der beitragspflichtigen Einnahme:

Neue beitragspflichtige Einnahmen ab 01.07.2020 (mtl.): 254,17 EUR

C.1.2 Beitragssatz

C.1.2.1 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), zurzeit 7,3 %. Daneben ist seit dem 1. Januar 2019 nur noch die Hälfte des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes (§ 242 Absatz 1 SGB V) zu berücksichtigen. In der landwirtschaftlichen Krankenversicherung gelten die Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes sowie die Hälfte des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes (§ 39 Absatz 3 Satz 2 und § 48 Absatz 3 KVLG 1989). Auf diesem Weg wird eine gleiche Beitragsbelastung für den Versicherten erreicht wie beim Bezug einer deutschen Rente nach § 249a SGB V.

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

C.1.2.2 Beitragssatz in der Pflegeversicherung

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

C.1.2.3 Tragung der Beiträge

Die Beiträge zur Krankenversicherung aus ausländischen Renten nach § 228 Absatz 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 Absatz 3 SGB V wird klargestellt, dass von dem Grundsatz der alleinigen Tragung der Beiträge für die Versicherungspflichtigen nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V neben dem Arbeitsentgelt nur die Renten der gesetzlichen Rentenversicherung nach § 228 Absatz 1 Satz 1 SGB V und damit nur die deutschen Renten ausgenommen sind.

Für die Tragung der Beiträge zur Pflegeversicherung aus ausländischen Renten gilt die besondere Regelung des § 59 Absatz 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.1.2.4 Zahlung der Beiträge

Die besondere Regelung für die Zahlung der Beiträge zur Krankenversicherung von Versicherungspflichtigen aus der Rente nach § 255 Absatz 1 Satz 1 SGB V wird auf die Renten nach § 228 Absatz 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 Absatz 1 Satz 1 SGB V, wonach die Beiträge von demjenigen zu zahlen sind, der sie zu tragen hat.

Für die Zahlung der Beiträge zur Pflegeversicherung greift die Auffangregelung des § 60 Absatz 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 Absatz 1 Satz 1 SGB IV erfasst, wonach der GKV-Spitzenverband den Fälligkeitstag bestimmt. Die Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler sehen in § 10 Absatz 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. Die Fälligkeit der Beiträge richtet sich somit nicht nach dem Zeitpunkt der Auszahlung der Rente, sondern nach dem Monat, für den der Anspruch auf die Rente besteht.

Für die Erhebung von Säumniszuschlägen gilt § 24 SGB IV.

C.2 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 Auskunfts- und Mitteilungspflichten des Versicherten nach § 206 SGB V zu erheben. Eine entsprechende Abfrage erfolgt u. a. in der Meldung zur KVdR nach § 201 Absatz 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 (zum Beispiel anlässlich der Neubegründung einer Mitgliedschaft bzw. bei Wechsel der Krankenkasse).

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

D. Waisenrente einer berufsständischen Versorgungseinrichtung

D.1 Versicherung

D.1.1 Allgemeines

Wie die Personen, die Anspruch auf eine Waisenrente der gesetzlichen Rentenversicherung (§ 48 SGB VI) haben, werden seit 1. Januar 2017 auch Personen, die Anspruch auf eine entsprechende (Waisen-)Leistung einer berufsständischen Versorgungseinrichtung haben und diese beantragt

haben, unter bestimmten Voraussetzungen ebenfalls auf der Grundlage eines eigenen Versicherungspflichttatbestandes der Versicherungspflicht in der Kranken- und Pflegeversicherung unterstellt. Grundlage für die Versicherungspflicht von Waisenrentnern einer berufsständischen Versorgungseinrichtung in der Krankenversicherung ist § 5 Absatz 1 Nummer 11b Buchstabe b SGB V, an den die Versicherungspflicht in der Pflegeversicherung nach § 20 Absatz 1 Satz 2 Nummer 11 SGB XI anknüpft.

In der Phase der Rentenantragstellung entsteht dann in der Regel eine Pflichtmitgliedschaft nach § 189 SGB V bzw. § 49 Absatz 2 SGB XI bei der Kranken- und Pflegekasse.

Damit zieht erstmals ein Antrag auf Versorgungsbezüge (um die es sich bei einer Waisenrente einer berufsständischen Versorgungseinrichtung nach § 229 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V weiterhin handelt) bzw. ein Anspruch auf Versorgungsbezüge versicherungs- bzw. mitgliedschaftsrechtliche Wirkungen nach sich (D.1.2 bis D.2).

Eine Befreiung von der Versicherungspflicht auf Antrag ist nach § 8 Absatz 1 Nummer 4 SGB V möglich (D.1.5).

Die Besonderheit der eigenständigen Versicherungspflicht für Waisenrentner von berufsständischen Versorgungseinrichtungen besteht darin, dass sie, wie bei Waisenrentnern der gesetzlichen Rentenversicherung, mit einer zeitlich begrenzten Beitragsfreiheit innerhalb der Altersgrenzen für die Familienversicherung von Kindern kombiniert wird (D.4). Damit soll auch dieser Personenkreis von Waisenrentnern von der ansonsten für Rentner mit der Pflicht- oder freiwilligen Versicherung verbundenen Beitragsbelastung ausgenommen werden.

Von diesem neuen Versicherungspflichttatbestand werden nicht nur die Rentner, die einen Rentenantrag ab 1. Januar 2017 stellen bzw. gestellt haben, sondern – ohne Übergangsregelung – auch alle Bestandsrentner und -rentenantragsteller erfasst, die vor dem 1. Januar 2017 familienversichert, freiwillig versichert oder auch privat krankenversichert waren.

Im Übrigen ist es möglich, dass eine Waise Ansprüche auf Waisenrente gegenüber mehreren Versorgungswerken hat, wenn die verstorbene Person bei mehreren Versorgungswerken Versorgungsanwartschaften erworben hat. In diesem Fall stellt jeder einzelne Anspruch auf Waisenrente einen eigenständigen Tatbestand der Versicherungspflicht dar.

D.1.2 Voraussetzungen für die Versicherungspflicht

D.1.2.1 Personenkreiszugehörigkeit

Von der Versicherungspflicht in der Krankenversicherung nach § 5 Absatz 1 Nummer 11b Buchstabe b SGB V und in der Folge in der Pflegeversicherung nach § 20 Absatz 1 Satz 2

Nummer 11 SGB XI sind die Personen erfasst, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine der Waisenrente nach § 48 SGB VI entsprechende Leistung (nachfolgend: Waisenrente) einer berufsständischen Versorgungseinrichtung (nachfolgend: Versorgungswerk) erfüllen und diese beantragt haben, wenn der verstorbene Elternteil zuletzt als Beschäftigter von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung wegen einer Pflichtmitgliedschaft in einem Versorgungswerk nach § 6 Absatz 1 Nummer 1 SGB VI befreit war. In diesem Zusammenhang ist nicht erforderlich, dass die Altersgrenzen für den Anspruch auf die Waisenrente des Versorgungswerks mit den Altersgrenzen für die Waisenrente der gesetzlichen Rentenversicherung (§ 48 Absatz 4 SGB VI) deckungsgleich sind.

Maßgebend ist, dass der verstorbene Elternteil als Pflichtmitglied in dem Versorgungswerk zuletzt vor dem Ende der Mitgliedschaft im Versorgungswerk dem Personenkreis der Beschäftigten angehörte und in dieser Eigenschaft von der Versicherungspflicht nach § 6 Absatz 1 Nummer 1 SGB VI befreit war. Nicht entscheidend ist, ob die Mitgliedschaft im Versorgungswerk bis zum Todestag bestand.

Als Beschäftigte in diesem Sinne gelten die Personen, die unter die Versicherungspflicht nach § 1 SGB VI fallen. Gehörte der verstorbene Elternteil hingegen – ungeachtet der Befreiung von der Rentenversicherungspflicht – zuletzt zum Personenkreis der selbstständig Tätigen (§ 2 SGB VI), einschließlich der Personen nach § 2 Satz 1 Nummer 9 SGB VI („arbeitnehmerähnliche Selbstständige“), ist die für die Versicherungspflicht erforderliche Personenkreiszugehörigkeit nicht erfüllt.

Ausschlaggebend ist der letzte Status des Verstorbenen während des Erwerbslebens. Dies schließt die Fälle des Bezuges von Entgeltersatzleistungen (zum Beispiel Krankengeld, Krankentagegeld, Arbeitslosengeld) oder Rente im Anschluss an die Beschäftigung ein. Hat der Verstorbene während der Mitgliedschaft im Versorgungswerk zuletzt eine „berufsfremde“ Beschäftigung ausgeübt, in der keine Befreiung von der Rentenversicherungspflicht nach § 6 Absatz 1 Nummer 1 SGB VI gegeben war, ist die Personenkreiszugehörigkeit hingegen zu verneinen.

Das Bestehen von Versicherungspflicht setzt einen Anspruch auf die Rente voraus. Die Versicherungspflicht wird daher nicht berührt, wenn die Waisenrente wegen Zusammentreffens mit anderem Einkommen nicht geleistet wird. Gleiches gilt, wenn die Rente, zum Beispiel wegen fehlender Mitwirkung, versagt wird. Wird hingegen auf die Rente wirksam verzichtet, endet die Versicherungspflicht.

Die Prüfung der Personenkreiszugehörigkeit obliegt grundsätzlich dem zuständigen Versorgungswerk. Dies schließt nicht aus, dass in Ausnahmefällen die Krankenkasse im

Zusammenhang mit der ihr obliegenden Prüfung der Versicherungspflicht auch eine Prüfung der Personenkreiszugehörigkeit vornimmt.

D.1.2.2 Zuletzt privat krankenversicherte Personen

Die Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 11b Buchstabe b SGB V und § 20 Absatz 1 Satz 2 Nummer 11 SGB XI ist ausgeschlossen, wenn die Waise zuletzt vor der Stellung des Rentenantrags privat krankenversichert war. Dieser Ausschluss von der Versicherungspflicht gilt wiederum nicht, wenn für die Waise die Voraussetzungen für eine Familienversicherung (mit Ausnahme des § 10 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V) oder die Voraussetzungen des § 5 Absatz 1 Nummer 11 SGB V (also die Vorversicherungszeit in der Krankenversicherung der Rentner, ggf. durch die Person des Verstorbenen) erfüllt sind. Damit sollen diejenigen Waisenrentner von der – beitragsprivilegierten – Versicherungspflicht nicht erfasst werden, die keinen ausreichenden Bezug zur GKV haben.

Die Zeit der Absicherung für den Krankheitsfall in einem besonderen Sicherungssystem in Deutschland oder einer Versicherung im Ausland außerhalb der EU, des EWR oder der Schweiz wird bei dieser Betrachtung ausgeblendet. Damit werden Waisen, die zuletzt vor der Rentenantragstellung eine Absicherung für den Krankheitsfall in einem besonderen Sicherungssystem in Deutschland oder eine Versicherung im Ausland außerhalb der EU, des EWR oder der Schweiz hatten und davor in Deutschland zuletzt gesetzlich krankenversichert waren, vom Tatbestandsmerkmal „zuletzt privat krankenversichert“ nicht erfasst. Waisen, die hingegen zwischen dem Ende einer privaten Krankenversicherung und der Rentenantragstellung eine Absicherung für den Krankheitsfall in einem besonderen Sicherungssystem in Deutschland oder eine Versicherung im Ausland außerhalb der EU, des EWR oder der Schweiz hatten, gelten im Sinne des § 5 Absatz 1 Nummer 11b Buchstabe b SGB V als zuletzt privat krankenversichert.

Für die (eher theoretisch denkbaren) Fallkonstellationen, in denen ein Waisenrentner bisher in Deutschland weder gesetzlich noch privat versichert war, ergibt sich aus dem Wortlaut des § 5 Absatz 1 Nummer 11b Buchstabe b SGB V die Einbeziehung der Betroffenen in die Versicherungspflicht alleine aufgrund der Erfüllung des Rentenanspruchs und der Personenzugehörigkeit.

Sind für eine zuletzt privat krankenversicherte Waise die Voraussetzungen für eine Familienversicherung erfüllt, ist die Versicherungspflicht wiederum nicht ausgeschlossen. Die Voraussetzungen für eine Familienversicherung können über den überlebenden Elternteil, die Großeltern oder Pflegeeltern sowie theoretisch auch über den Ehegatten der Waise erfüllt werden. Zu prüfen sind alle Voraussetzungen für die Familienversicherung mit Ausnahme des § 10 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V. Maßgeblich ist, ob die Voraussetzungen für die

Familienversicherung am Tag der Rentenantragstellung erfüllt sind. Ein möglicher späterer Wegfall der Voraussetzungen für die Familienversicherung wirkt sich in diesem Zusammenhang nicht aus. Die Höhe der zu erwartenden immer rückwirkend zu bewilligenden Waisenrente ist für die Feststellung der potenziellen Familienversicherung irrelevant, da die Regelmäßigkeit des Gesamteinkommens im Sinne des § 10 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 SGB V bei Renten ohnehin erst ab Beginn der laufend ausgezahlten Rente gegeben wäre.

Einen weiteren Tatbestand, der trotz zuletzt bestandener privater Krankenversicherung zur Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 11b Buchstabe b SGB V führt, stellt die Erfüllung der Vorversicherungszeit nach § 5 Absatz 1 Nummer 11 SGB V dar. Die Vorversicherungszeit ist danach erfüllt, wenn die den Rentenantrag stellende Person seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Stellung des Rentenantrags mindestens neun Zehntel der zweiten Hälfte des Zeitraums bei einer Krankenkasse Mitglied oder familienversichert war. Bei Personen, die ihren Rentenanspruch aus der Versicherung einer anderen Person ableiten, gelten die Voraussetzungen diese Voraussetzungen auch als erfüllt, wenn die andere Person diese Voraussetzungen erfüllt hatte (§ 5 Absatz 2 Satz 2 SGB V). Diese Regelung kommt bei Waisenrentnern eines Versorgungswerks gleichermaßen zur Anwendung. Näheres zur Bestimmung der Vorversicherungszeit ergibt sich aus dem Gemeinsamen Rundschreiben zur Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner des GKV-Spitzenverbandes und der Deutschen Rentenversicherung Bund in der jeweils geltenden Fassung.

Kommt es aufgrund der vorstehend beschriebenen Umstände trotz zuletzt bestandener privater Krankenversicherung zur Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 11b Buchstabe b SGB V, hat die Waise die Möglichkeit sich unter den Voraussetzungen des § 8 Absatz 1 Nummer 4 und Absatz 2 SGB V auf Antrag von der Versicherungspflicht befreien zu lassen (D.1.5).

D.1.3 Ausschluss der Versicherungspflicht/Versicherungskonkurrenz

Die Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 11b Buchstabe b SGB V besteht nicht, wenn die Waise eine hauptberuflich selbstständige Erwerbstätigkeit ausübt (§ 5 Absatz 5 SGB V). Näheres dazu ergibt sich aus den Grundsätzlichen Hinweisen des GKV-Spitzenverbandes zum Begriff der hauptberuflich selbstständigen Erwerbstätigkeit in der jeweils geltenden Fassung.

Des Weiteren enthält § 5 Absatz 7 und 8 SGB V Regelungen der Versicherungskonkurrenz u. a. in Bezug auf die Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 11b Buchstabe b SGB V. So verdrängt nach § 5 Absatz 7 Satz 1 SGB V die Versicherungspflicht als Waisenrentner grundsätzlich die Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 9 und 10 SGB V (als Student, Praktikant, Auszubildender ohne Arbeitsentgelt und Auszubildende im Zweiten Bildungsweg). Nach Erreichen der Altersgrenze in der Familienversicherung für Kinder in Schul- oder

Berufsausbildung nach § 10 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V (Vollendung des 25. Lebensjahres, ggf. unter Berücksichtigung von Verlängerungstatbeständen) dreht sich dieses Vorrang-/Nachrangverhältnis um und es tritt Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 9 oder 10 SGB V mit den entsprechenden beitragsrechtlichen Folgen ein (A.1.1.14). Nach § 5 Absatz 8 SGB V wird die Versicherungspflicht als Waisenrentner generell von einer Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 1 bis 7 oder 8 SGB V, zum Beispiel aufgrund einer Berufsausbildung gegen Arbeitsentgelt, verdrängt, was wiederum beitragsrechtliche Konsequenzen hat.

Für das zeitgleiche Zusammentreffen der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 11b Buchstabe b SGB V mit der Versicherungspflicht als Waisenrentner der gesetzlichen Rentenversicherung nach § 5 Absatz 1 Nummer 11b Buchstabe a SGB V oder mit der Versicherungspflicht als Bezieher einer anderen Rente der gesetzlichen Rentenversicherung nach § 5 Absatz 1 Nummer 11 SGB V bestimmt das Gesetz hingegen kein Vorrangverhältnis, sodass eine Mehrfachversicherung in diesen Fällen nicht ausgeschlossen ist.

D.1.4 Versicherungsfreiheit kraft Gesetzes

Unter den in § 6 Absatz 1 SGB V genannten Voraussetzungen sind bestimmte Personen, die eigentlich der Versicherungspflicht unterliegen, kraft Gesetzes versicherungsfrei. Unter bestimmten Bedingungen besteht selbst dann Versicherungsfreiheit, wenn andere Tatbestände der Versicherungspflicht eintreten bzw. bestehen (sogenannte „absolute Versicherungsfreiheit“ nach § 6 Absatz 3 SGB V).

Versicherungsfrei nach § 6 Absatz 3 SGB V sind u. a. Rentner oder Rentenantragsteller, die die Voraussetzungen für eine Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 11b Buchstabe b SGB V erfüllen, wenn und solange sie zu den in § 6 Absatz 1 Nummer 1 und 2 sowie 4 bis 8 SGB V genannten versicherungsfreien Personen gehören.

Eine Befreiung von der Versicherungspflicht als Student nach § 8 Absatz 1 Nummer 5 SGB V schließt die Versicherungspflicht nur dann aus, wenn die Versicherungspflicht in der Krankenversicherung der Studenten (§ 5 Absatz 1 Nummer 9 SGB V) vorrangig vor der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 11b Buchstabe b SGB V ist. Dies ist erst nach Erreichen der Altersgrenze des § 10 Absatz 2 Nummer 3 SGB V der Fall (§ 5 Absatz 7 Satz 1 SGB V).

In Folge der Versicherungsfreiheit in der Krankenversicherung besteht dann keine Versicherungspflicht in der Pflegeversicherung (§ 20 Absatz 1 Satz 1 SGB XI).

D.1.5 Befreiung von der Versicherungspflicht

Wer durch einen Antrag oder den Bezug auf Waisenrente eines Versorgungswerks nach § 5 Absatz 1 Nummer 11b Buchstabe b SGB V versicherungspflichtig wird, kann sich nach § 8 Absatz 1 Nummer 4 SGB V auf Antrag von der Versicherungspflicht befreien lassen. Das Recht auf Befreiung setzt nicht voraus, dass der Antragsteller erstmals versicherungspflichtig wird (§ 8 Absatz 1 Satz 2 SGB V). Die Befreiung von der Krankenversicherungspflicht bewirkt, dass auch keine Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung eintritt.

Bei Rentenantragstellern findet nicht eine Befreiung von der Versicherungspflicht im engeren Sinne, sondern von der Pflichtmitgliedschaft nach § 189 SGB V (D.2.2) statt. In Bezug auf die Tatbestandsvoraussetzung für eine Befreiung sind die Phase der Rentenantragstellung und die Zeit, für die die Rente zugebilligt wird, als Einheit zu betrachten. Im Ergebnis besteht damit nur einmalig anlässlich der Beantragung der Rente ein Befreiungsrecht.

Eine Befreiung von der Versicherungspflicht ist generell, so auch nach § 8 Absatz 1 Nummer 4 SGB V, nur möglich, wenn der Betroffene einen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall, insbesondere eine private Krankenversicherung, hat und diesen nachweist (§ 8 Absatz 2 Satz 4 SGB V). Damit wird sichergestellt, dass keine Person ohne Absicherung im Krankheitsfall ist.

Der Antrag auf Befreiung ist nach § 8 Absatz 2 Satz 1 SGB V innerhalb von drei Monaten nach Beginn der Versicherungspflicht zu stellen. Der Tag des Beginns der Versicherungspflicht ist mit dem Tag der Rentenantragstellung gleichzusetzen (§ 186 Absatz 9 SGB V). Damit beginnt die Antragsfrist in der Regel an dem Tag, der auf den Tag der Rentenantragstellung folgt.

Der Befreiungsantrag ist an die zuständige Krankenkasse zu richten. Dies ist grundsätzlich die Krankenkasse, bei der zur Zeit der Rentenantragstellung eine Krankenversicherung besteht. Besteht im Zeitpunkt der Rentenantragstellung keine gesetzliche Krankenversicherung, ist der Befreiungsantrag an die Krankenkasse zu richten, bei der der Rentenantragsteller zuletzt versichert war. Ergibt sich hiernach keine Zuständigkeit, kann der Rentenantragsteller/Rentner den Befreiungsantrag an eine nach §§ 173 und 174 SGB V wählbare Krankenkasse richten. Die nach diesen Grundsätzen zuständige Krankenkasse entscheidet über den Befreiungsantrag.

Die Befreiung von der Versicherungspflicht im Fall des Anspruchs auf Waisenrente gegenüber mehreren Versorgungswerken, wirkt einheitlich auf jeden einzelnen Tatbestand der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 11b Buchstabe b SGB V.

Weitere Einzelheiten zum Befreiungsrecht von Rentnern und Rentenantragstellern können dem Gemeinsamen Rundschreiben zur Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner des

GKV-Spitzenverbandes und der Deutschen Rentenversicherung Bund in der jeweils geltenden Fassung entnommen werden.

D.2 Mitgliedschaft

D.2.1 Allgemeines

Die Mitgliedschaft beschreibt im Unterschied zur Versicherungspflicht oder -berechtigung das Rechtsverhältnis zwischen der betroffenen Person und der Krankenkasse, die die Versicherung durchführt.

Beginn und Ende der Pflichtmitgliedschaft sind für Rentenantragsteller in § 189 SGB V und für Rentner im Wesentlichen in § 186 Absatz 9 SGB V und § 190 Absatz 11 SGB V geregelt. Die Pflichtmitgliedschaft von Rentenantragstellern und Rentnern bei der Pflegekasse verläuft zeitlich deckungsgleich mit der Pflichtmitgliedschaft bei der jeweiligen Krankenkasse (§ 49 Absatz 1 und 2 SGB XI). Diese Vorschriften, die sich allgemein auf Rentenantragsteller und Rentner beziehen, gelten damit ebenso für den Personenkreis der Waisenrentner von Versorgungswerken.

Ergänzende Ausführungen zur Mitgliedschaft von Rentnern und Rentenantragstellern, die grundsätzlich auch für Waisenrentner von Versorgungswerken gelten, enthält das Gemeinsame Rundschreiben zur Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner des GKV-Spitzenverbandes und der Deutschen Rentenversicherung Bund in der jeweils geltenden Fassung.

D.2.2 Mitgliedschaft als Rentenantragsteller

Solange über den Antrag auf Waisenrente noch nicht entschieden ist, jedoch feststeht, dass – bei unterstelltem Rentenanspruch – die Voraussetzungen für die Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 11b Buchstabe b SGB V erfüllt sind, bestimmt § 189 Absatz 1 SGB V, dass die betreffende Person als Mitglied gilt. Die Mitgliedschaft beginnt nach § 189 Absatz 2 Satz 1 SGB V mit dem Tag der Stellung des Rentenantrags.

Die Mitgliedschaft nach § 189 SGB V ist ausgeschlossen, wenn und solange eine Vorrangversicherungspflicht oder Versicherungsfreiheit besteht (§ 189 Absatz 1 Satz 2 SGB V) oder die Waise eine hauptberuflich selbstständige Tätigkeit ausübt (D.1.3 und D.1.4).

Wird der Rentenanspruch anerkannt, besteht grundsätzlich vom Rentenbeginn an Versicherungspflicht. Die Rentenantragstellermitgliedschaft endet dann mit dem Tag vor Rentenbeginn. Beginnt die Rente vor der Rentenantragstellung, wie dies bei Waisenrenten der Versorgungswerke regelmäßig der Fall ist, beginnt die Mitgliedschaft als versicherungspflichtiger Rentner dennoch erst mit dem Tag der Stellung des Rentenantrags (§ 186 Absatz 9 SGB V). Die Rentenantragstellermitgliedschaft nach § 189 SGB V wird dann rückwirkend vollständig durch

eine Mitgliedschaft als Rentner nach § 186 Absatz 9 SGB V ersetzt, wodurch sich rückwirkend beitragsrechtliche Folgen ergeben können.

Wird der Rentenantrag hingegen abgelehnt, endet die Mitgliedschaft als Rentenantragsteller mit dem Tag, an dem die Ablehnung des Antrags unanfechtbar wird. Die Rentenantragstellermitgliedschaft endet ferner mit dem Tag, an dem der Antrag zurückgenommen wird; maßgebend ist dabei der Tag des Eingangs der Erklärung beim Versorgungswerk.

D.2.3 Mitgliedschaft als Rentenbezieher

Die Mitgliedschaft der versicherungspflichtigen Waisenrentner der Versorgungswerke beginnt nach § 186 Absatz 9 SGB V mit dem Tag der Stellung des Rentenantrags. Dies gilt auch dann, wenn die Rente – wovon bei Waisenrenten regelmäßig auszugehen ist – vor der Rentenantragstellung beginnt.

Die Mitgliedschaft als Waisenrentner ist, ebenso wie die Mitgliedschaft als Rentenantragsteller, ausgeschlossen, wenn und solange eine die Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 11b Buchstabe b SGB V ausschließende Vorrangversicherungspflicht oder Versicherungsfreiheit besteht (§ 189 Absatz 1 Satz 2 SGB V) oder die Waise eine hauptberuflich selbstständige Tätigkeit ausübt (D.1.3 und D.1.4).

Die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Rentner, so auch Waisenrentner der Versorgungswerke, endet nach § 190 Absatz 11 Nummer 1 SGB V mit Ablauf des Monats, in dem der Anspruch auf die Rente wegfällt oder die Entscheidung über den Wegfall oder den Entzug der Rente unanfechtbar geworden ist, frühestens jedoch mit Ablauf des Monats, für den letztmalig Rente zu zahlen ist.

Bei Zubilligung einer Rente für einen zurückliegenden bereits beendeten Zeitraum endet nach § 190 Absatz 11 Nummer 2 SGB V die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Waisenrentner der Versorgungswerke mit Ablauf des Monats, in dem die Entscheidung des Versorgungswerks unanfechtbar wird.

D.2.4 Fortbestehen der Versicherungspflicht bei Wehrdienst

Sofern der Anspruch auf Waisenrente für die Zeit des freiwilligen Wehrdienstes (§ 58b Soldatengesetz) oder von Dienstleistungen oder (Wehr-)Übungen nach dem Vierten Abschnitt des Soldatengesetzes erhalten bleibt, besteht die Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 11b Buchstabe b SGB V fort. § 193 SGB V für das Fortbestehen der Mitgliedschaft gilt nicht.

D.3 Krankenkassenwahlrecht/-zuständigkeit

Für die nach § 5 Absatz 1 Nummer 11b Buchstabe b SGB V versicherungspflichtigen Waisenrentner und die entsprechenden Rentenantragsteller, die als Pflichtmitglieder gelten, gelten die Wahlrechte der §§ 173 und 174 SGB V – und hier im Wege der Schließung einer planwidrigen Gesetzeslücke auch das Wahlrecht zur Krankenkasse eines Elternteils nach § 173 Absatz 4 SGB V. Die Ausübung des Wahlrechts vollzieht sich nach den Regelungen des § 175 SGB V. Nach § 175 Absatz 1 Satz 3 SGB V kann die Waise das Wahlrecht ab Vollendung des 15. Lebensjahres eigenständig ausüben, davor ist der gesetzliche Vertreter zur Ausübung des Wahlrechts berechtigt.

Die Zuständigkeit der landwirtschaftlichen Krankenkasse ergibt sich nach den Vorschriften des KVLG 1989 kraft Gesetzes. Ein Antrag auf Waisenrente eines Versorgungswerks oder der Anspruch auf eine solche Rente allein kann eine Mitgliedschaft in der landwirtschaftlichen Krankenkasse nicht begründen.

Für die Durchführung der Pflegeversicherung ist jeweils die Pflegekasse zuständig, die bei der Krankenkasse errichtet ist, bei der eine Mitgliedschaft besteht.

Seit dem 1. Januar 2021 gilt Folgendes:

Die Ausübung des Wahlrechts ist gegenüber der gewählten Krankenkasse zu erklären. Die Krankenkassen sind von der Pflicht entbunden, bei Ausübung des Krankenkassenwahlrechts durch das Mitglied beziehungsweise beim Eintritt der Versicherungspflicht eine Mitgliedsbescheinigung in Textform zur Vorlage bei der zur Meldung verpflichteten Stelle auszustellen. Es ist lediglich erforderlich, dass das Mitglied der zur Meldung verpflichteten Stelle die notwendigen Informationen über die gewählte Krankenkasse unverzüglich mitteilt (§ 175 Absatz 3 Satz 1 SGB V). Als Folgeregelung sieht § 175 Absatz 3 Satz 3 SGB V vor, dass nach Eingang der Anmeldung die Krankenkasse der zur Meldung verpflichteten Stelle im elektronischen Meldeverfahren das Bestehen oder Nichtbestehen der Mitgliedschaft zurückzumelden hat (sogenannte „elektronische Mitgliedsbescheinigung“).

Hat die versicherungspflichtige Person der zur Meldung verpflichteten Stelle nicht spätestens zwei Wochen nach Eintritt der Versicherungspflicht Angaben über die gewählte Krankenkasse gemacht, hat die zur Meldung verpflichtete Stelle die Person ab Eintritt der Versicherungspflicht bei der Krankenkasse anzumelden, bei der zuletzt eine Versicherung bestand; bestand vor Eintritt der Versicherungspflicht keine Versicherung, hat die zur Meldung verpflichtete Stelle die Person ab Eintritt der Versicherungspflicht bei einer nach § 173 SGB V wählbaren Krankenkasse anzumelden und sie unverzüglich über die gewählte Krankenkasse zu unterrichten (§ 175 Absatz 3 Satz 2 SGB V).

An die aktiv vom Mitglied vorgenommene Wahl der Krankenkasse ist das Mitglied grundsätzlich 12 Monate gebunden (§ 175 Absatz 4 Satz 1 SGB V). Dem gegenüber löst eine Anmeldung durch die zur Meldung verpflichtete Stelle im Falle einer unterlassenen Ausübung des Wahlrechts durch das Mitglied keine Bindung an die Krankenkasse aus.

Hat vor der Ausübung des Wahlrechts zuletzt eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse bestanden, informieren die beteiligten Krankenkassen sich im elektronischen Meldeverfahren wechselseitig über die Wahlentscheidung und das Ende der Mitgliedschaft (§ 175 Absatz 2 SGB V).

Ein Krankenkassenwahlrecht bei unverändertem Versicherungsverhältnis steht einem Mitglied grundsätzlich frühestens zum Ablauf der 12-monatigen Bindungsfrist im Wege einer Kündigung zu. Eine Kündigung der Mitgliedschaft ist zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats möglich, gerechnet von dem Monat, in dem das Mitglied die Kündigung erklärt. Die Kündigung ist nicht mehr gegenüber der bisherigen Krankenkasse zu erklären; vielmehr ersetzt die Meldung der neuen Krankenkasse über die Ausübung des Wahlrechts nach § 175 Absatz 2 Satz 1 SGB V die Kündigungserklärung des Mitglieds (§ 175 Absatz 4 Sätze 3 bis 5 SGB V). Das Mitglied hat dann, wie beim Eintritt von Versicherungspflicht, der zur Meldung verpflichteten Stelle unverzüglich Angaben über die gewählte Krankenkasse zu machen.

Weitere Einzelheiten zum Krankenkassenwahlrecht von Rentnern und Rentenantragstellern, die im Grundsatz ebenso für Waisenrentner von Versorgungswerken gelten, können den Grundsätzlichen Hinweisen des GKV-Spitzenverbandes zum Krankenkassenwahlrecht in der jeweils aktuellen Fassung entnommen werden.

D.4 Beiträge

D.4.1 Beiträge als Rentenantragsteller

D.4.1.1 Allgemeines

Für Rentenantragsteller, die nach § 189 SGB V als Mitglieder gelten, bestimmt § 239 SGB V, dass die Grundsätze der Beitragsbemessung in der freiwilligen Krankenversicherung Anwendung finden. Dies gilt nach § 57 Absatz 4 Satz 2 SGB XI entsprechend für die Bemessung der Beiträge in der Pflegeversicherung.

Soweit keine gesetzlichen Vorgaben existieren, richtet sich damit die Beitragsbemessung der Rentenantragsteller nach den auf § 240 Absatz 1 Satz 1 SGB V basierenden Einheitlichen Grundsätzen zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und weiterer Mitgliedergruppen sowie zur Zahlung und Fälligkeit der von den Mitgliedern zu entrichtenden Beiträge (Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler) des GKV-Spitzenverbandes in der jeweils geltenden Fassung.

Beiträge sind nach § 240 Absatz 4 Satz 1 SGB V für den Kalendertag mindestens vom 90. Teil der monatlichen Bezugsgröße (allgemeine Mindestbeitragsbemessungsgrenze) und nach § 223 Absatz 3 SGB V höchstens bis zur Beitragsbemessungsgrenze zu erheben.

Die Beiträge zur Krankenversicherung werden grundsätzlich nach dem ermäßigten Beitragssatz bemessen (§ 243 SGB V). Die im Einzelnen anzuwendenden Beitragssätze gehen aus den §§ 241 bis 248 SGB V, der kassenindividuelle Zusatzbeitragssatz geht aus der Satzung der Krankenkasse hervor.

Der Beitragssatz zur Pflegeversicherung ist in § 55 Absatz 1 Satz 1 SGB XI, der Beitragszuschlag für kinderlose Versicherte ab Vollendung des 23. Lebensjahres ist in § 55 Absatz 3 SGB XI festgelegt.

Die Beiträge sowohl zur Kranken- als auch zur Pflegeversicherung sind allein vom Rentenantragsteller zu tragen und an die Kranken- bzw. Pflegekasse zu zahlen (§ 250 Absatz 2 SGB V, § 252 Absatz 1 Satz 1 SGB V, § 59 Absatz 4 Satz 1 SGB XI, § 60 Absatz 1 Satz 1 SGB XI).

D.4.1.2 Beitragsfreiheit

Waisen, die die Voraussetzungen nach § 5 Absatz 1 Nummer 11b Buchstabe b SGB V dem Grunde nach erfüllen, sind in der Rentenantragsphase nach § 225 Satz 1 Nummer 2 SGB V dann beitragsfrei, wenn sie die Waisenrente vor Vollendung des 18. Lebensjahres beantragen (§ 225 Satz 1 Nummer 2 SGB V). Damit hält der Gesetzgeber daran fest, dass in der Phase der Rentenantragstellung weiterhin nur dann nicht zunächst Beiträge erhoben werden sollen, wenn der Bezug der Waisenrente und die (beitragsfreie) Mitgliedschaft als Rentner sicher sind, was bei einer Rentenantragstellung vor Vollendung des 18. Lebensjahres unterstellt wird. Damit soll zumindest bei dieser Gruppe von Waisen verhindert werden, dass zunächst Beiträge in der Phase der Rentenantragstellung zu erheben und sodann nach Bewilligung der Rente von Anfang an zu erstatten sind.

Diese ab 1. Januar 2017 neugefasste Regelung wurde im Recht der Pflegeversicherung in der entsprechenden Vorschrift für Antragsteller (§ 56 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 SGB XI) nicht nachvollzogen. Auch ist § 225 SGB V von der Verweisvorschrift § 57 Absatz 1 Satz 1 SGB XI nicht erfasst. Sachliche Gründe für eine abweichende beitragsrechtliche Beurteilung sind nicht zu erkennen. Es ist daher von einer Regelungslücke im SGB XI auszugehen, die einer Rechtsauslegung in dem Sinne zugänglich ist, dass die Voraussetzungen für eine Beitragsfreiheit nach § 225 Satz 1 Nummer 2 SGB V gleichermaßen in der Pflegeversicherung gelten und die bisherigen Voraussetzungen des § 56 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 SGB XI nicht mehr Anwendung finden.

Seit dem 11. Mai 2019 werden auch die Waisen, die zum Zeitpunkt der Rentenantragstellung das 18. Lebensjahr vollendet haben (und daher nicht unter die Beitragsfreiheit nach § 225 Satz 1 Nummer 2 SGB V fallen), aber ohne die Rentenantragstellermitgliedschaft familienversichert wären, bereits in der Phase der Rentenantragstellung beitragsfrei gestellt (§ 225 Satz 1 Nummer 3 SGB V).

D.4.2 Beiträge als Rentenbezieher

D.4.2.1 Allgemeines

Waisenrenten von Versorgungswerken gelten ungeachtet der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 11b Buchstabe b SGB V beitragsrechtlich unverändert als Versorgungsbezüge nach § 229 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V. Damit finden grundsätzlich die im Abschnitt A beschriebenen Regelungen zur Bemessung, Tragung und Zahlung der Beiträge Anwendung. Gleichzeitig fallen sie unter die Vorschrift des § 237 SGB V, der die beitragspflichtigen Einnahmen von „versicherungspflichtigen Rentnern“ bestimmt.

D.4.2.2 Beitragsfreiheit

Die Besonderheit dieser Leistung der Versorgungswerke besteht darin, dass nach § 237 Satz 2 SGB V bei Versicherungspflichtigen nach § 5 Absatz 1 Nummer 11b Buchstabe b SGB V die Leistung bis zum Erreichen der Altersgrenzen für Kinder in der Familienversicherung (§ 10 Absatz 2 SGB V) beitragsfrei gestellt wird. Die Beitragsfreiheit knüpft ausdrücklich an die Versicherungspflicht als Waisenrentner an. Sie kommt daher nicht zum Tragen, wenn für die Waise eine vorrangige Versicherungspflicht nach anderen Vorschriften, zum Beispiel bei einer Berufsausbildung nach § 5 Absatz 1 Nummer 1 SGB V, besteht (vergleiche auch Bundestagsdrucksache 18/6905, zu Artikel 1a Nummer 1 Buchstabe c, Seite 84).

Die Kopplung der Beitragsfreiheit an die Altersgrenzen für Kinder in der Familienversicherung bedeutet nicht, dass ohne die Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 11b Buchstabe b SGB V die Voraussetzungen für eine Familienversicherung gegeben sein müssen, wenngleich dies im Regelfall gegeben sein dürfte. Beitragsfreiheit besteht also zum Beispiel unabhängig davon, ob der überlebende Elternteil, die Großeltern oder die Pflegeeltern gesetzlich krankenversichert sind oder nicht und ob das Gesamteinkommen des Waisenrentners, ggf. unter Berücksichtigung von weiteren Einnahmearten, die Einkommensgrenze der Familienversicherung nach § 10 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 SGB V überschreitet. Die Dauer der Beitragsfreiheit richtet sich nach der im Einzelfall zutreffenden Altersgrenze nach § 10 Absatz 2 SGB V, im Fall der Nummer 3 (bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres) unter Berücksichtigung der individuellen Ausbildungs- und Dienstzeiten sowie eventueller Verlängerungstatbestände.

Durch den Bezug in § 237 Satz 2 SGB V auf die Altersgrenzen des § 10 Absatz 2 SGB V werden – ungeachtet der insoweit nicht eindeutigen Formulierung im Gesetz – auch die behinderten Kinder, die unter die Regelung des § 10 Absatz 2 Nummer 4 SGB V fallen und ohne Altersbegrenzung familienversichert sein können, von der Beitragsfreiheit erfasst. Für sie kann daher über die Altersgrenzen des § 10 Absatz 2 Nummer 1 bis 3 SGB V hinaus, längstens bis zum Ende des Bezuges der Waisenrente, Beitragsfreiheit bestehen.

Die Regelungen des § 48 Absatz 4 SGB VI zur Dauer des Anspruchs auf Waisenrente bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres oder bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres werden grundsätzlich auch von den Versorgungswerken praktiziert. Daher kann im Allgemeinen davon ausgegangen werden, dass in dieser Zeit, jedenfalls bis zum Erreichen der Altersgrenze nach § 10 Absatz 2 Nummer 3 SGB V (Vollendung des 25. Lebensjahres, ggf. unter Berücksichtigung von Verlängerungstatbeständen) die Bedingungen für eine Beitragsfreiheit nach § 237 Satz 2 SGB V erfüllt werden. Dies gilt auch für einen fortdauernden Anspruch auf die Waisenrente bei Übergangszeiten von höchstens vier Monaten zwischen zwei Ausbildungsabschnitten im Sinne des § 48 Absatz 4 Satz 1 Nummer 2 Buchstabe b SGB VI, da in diesem zeitlichen Rahmen ebenso die Altersgrenze des § 10 Absatz 2 Nummer 3 SGB V weiterhin eingehalten wird (Gemeinsames Rundschreiben der ehemaligen Spitzenverbände der Krankenkassen betr. Leistungsrechtlicher Vorschriften des Gesundheits-Reformgesetzes (GRG) vom 9. November 1988, zu § 10 SGB V, Ziffer 2.4.2.2). Sofern in Einzelfällen der Anspruch auf die Waisenrente für einen längeren Übergangszeitraum zwischen zwei Ausbildungsabschnitten fortbesteht, kann dies zum Wegfall der Beitragsfreiheit führen. Die Waise ist daher im Vorfeld auf eine entsprechende Mitteilungspflicht nach § 206 SGB V und die Möglichkeit einer Beitragsnacherhebung im Fall einer Pflichtverletzung aufmerksam zu machen.

In die Beitragsfreiheit werden neben den Waisenrenten der Versorgungswerke die Waisenrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung nach § 48 SGB VI (unter den Bedingungen einer ebenfalls eigenen Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 11b Buchstabe a SGB V), die Waisenrente nach § 15 des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte sowie – seit 11 Mai 2019 – Leistungen der Hinterbliebenenversorgung nach § 229 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V (insbesondere Waisengeld aus der Beamtenversorgung) einbezogen, nicht dagegen eventuell daneben bezogene weitere beitragspflichtige Einnahmen im Sinne des § 237 SGB V wie zum Beispiel anderweitige Versorgungsbezüge (zum Beispiel aus einer betrieblichen Altersversorgung), ausländische Renten oder Arbeitseinkommen. Inhaltsgleiche Regelungen gelten im Übrigen auch für die in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung nach § 2 Absatz 1 Nummer 4 KVLG 1989 Versicherten (§ 45 Absatz 1 Satz 2 KVLG 1989).

Die Beitragsfreiheit für die Zeit des Rentenbezugs wirkt nach § 220 Absatz 1 Satz 1 zweiter Halbsatz SGB V ebenso auf den Zusatzbeitrag nach § 242 SGB V sowie nach der Verweisungsvorschrift des § 57 Absatz 1 Satz 1 SGB XI auf die Beiträge zur Pflegeversicherung.

Sofern für die Waisenrente eines Versorgungswerks keine Beitragsfreiheit besteht, weil zum Beispiel die Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 11b Buchstabe b SGB V durch eine Vorrangversicherungspflicht verdrängt wird oder die Altersgrenzen nach § 10 Absatz 2 SGB V überschritten sind, gelten für die Zahlung der Beiträge im Zahlstellen- oder Selbstzahlerverfahren die Ausführungen unter A.1.4 und ergänzend A.1.1.14 entsprechend.

D.4.2.3 Rentennachzahlungen

Für die beitragsrechtliche Beurteilung von Nachzahlungen von Waisenrenten der Versorgungswerke gilt abweichend von den Ausführungen unter A.1.4.4 Folgendes:

Die besondere Regelung des § 237 Satz 2 SGB V über die Beitragsfreiheit strahlt ebenso auf die Nachzahlung von Versorgungsbezügen im Sinne von § 229 Absatz 2 SGB V in Verbindung mit § 228 Absatz 2 SGB V aus und findet damit auch für die Zeiträume der Rentennachzahlung Anwendung, in denen die Waise einen nachgehenden Leistungsanspruch hatte, familienversichert oder zunächst als Rentenantragsteller und nachträglich aufgrund von Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 11b Buchstabe b SGB V versichert war. Im Ergebnis ist der Versorgungsbezug für die Waise in diesen Zeiträumen beitragsfrei, solange die maßgebende Altersgrenze des § 10 Absatz 2 SGB V nicht erreicht ist.

D.5 Meldungen

D.5.1 Allgemeines

Der Bezug einer Waisenrente eines Versorgungswerks löst als Versorgungsbezug die gleichen unter A.3 beschriebenen Meldepflichten der Beteiligten aus, wie dies auch bei anderen Versorgungsbezügen der Fall ist. Gesetzliche Grundlage für das Meldeverfahren zwischen den Versorgungswerken als Zahlstellen und den Krankenkassen (Zahlstellen-Meldeverfahren) und die Mitteilungspflichten der Versorgungsbezieher gegenüber der Zahlstelle stellen § 202 SGB V und § 50 Absatz 1 SGB XI dar. Ergänzend gelten die „Grundsätze zum maschinell unterstützten Zahlstellen-Meldeverfahren nach § 202 Absatz 2 SGB V“ des GKV-Spitzenverbandes in der jeweils aktuellen Fassung.

Aufgrund der Versicherungspflicht für Waisenrentner von Versorgungswerken nach § 5 Absatz 1 Nummer 11b Buchstabe b SGB V und der damit einhergehenden Mitgliedschaft als Rentenantragsteller nach § 189 SGB V bestimmt § 202 Absatz 1 Satz 1 SGB V zusätzlich, dass in

diesen Fällen die Zahlstelle der Krankenkasse den Tag der (Renten-)Antragstellung mitzuteilen hat (D.5.2).

D.5.2 Meldungen im Zusammenhang mit der Stellung des Rentenantrags

Da bereits die Beantragung einer Waisenrente eines Versorgungswerks versicherungs- und beitragsrechtliche Folgen nach sich ziehen kann, hat das Versorgungswerk nach § 202 Absatz 1 Satz 1 SGB V der zuständigen Krankenkasse den Tag der Rentenantragstellung mitzuteilen bzw. zu melden.

Die Zuständigkeit der Krankenkasse richtet sich nach § 175 Absatz 3 Satz 1 und 2 SGB V. Danach ist die Krankenkasse zuständig, die die Waise spätestens zwei Wochen nach der Rentenantragstellung dem Versorgungswerk als gewählte Krankenkasse benannt hat. Andernfalls hat das Versorgungswerk die Meldung gegenüber der Krankenkasse zu erstatten, bei der die Waise zuletzt versichert war. Bestand bisher keine gesetzliche Krankenversicherung, ist die Meldung an eine nach § 173 SGB V wählbare Krankenkasse zu richten. Bei mehrfachen Ansprüchen auf Waisenrente gegenüber verschiedenen Versorgungswerken, haben die Versorgungswerke sicherzustellen, dass die Meldungen an dieselbe Krankenkasse gerichtet werden.

Die Meldung wird außerhalb des elektronischen Zahlstellen-Meldeverfahrens mit dem Vordruck „Meldung nach § 202 Absatz 1 Satz 1 SGB V über die Beantragung einer Waisenrente einer berufsständischen Versorgungseinrichtung“ (Anlage) vorgenommen.

Die Meldung gegenüber der Krankenkasse ist dann vorzunehmen, wenn der verstorbene Elternteil zu dem in § 5 Absatz 1 Nummer 11b Buchstabe b SGB V bezeichneten Personenkreis (D.1.2.1) gehörte – ungeachtet dessen, wie die Waise zuletzt vor der Rentenantragstellung krankenversichert war. Das bedeutet, dass die Meldung auch für zuletzt privat krankenversicherte Waisen zu erstatten ist, damit die Krankenkasse prüfen kann, ob dennoch die Voraussetzungen für die Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 11b Buchstabe b SGB V vorliegen.

Die Krankenkasse teilt daraufhin dem Versorgungswerk auf der Rückseite des Meldevordrucks oder mit einem Schreiben mit, dass

- der Rentenantragsteller bei ihr versichert ist und bei Rentenbewilligung eine Anmeldung an sie zu übermitteln ist,
- der Rentenantragsteller bei ihr nicht versichert ist und die Voraussetzungen für die Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 11b Buchstabe b SGB V nicht erfüllt sind (PKV-Fälle) oder

- sie für die Prüfung des Versicherungsverhältnisses nicht zuständig ist (sofern möglich, mit Angabe der zuständigen Krankenkasse).

Diese Mitteilung erfüllt zugleich die Funktion der Rückmeldung nach § 175 Absatz 3 Satz 3 SGB V. Da zu diesem Zeitpunkt noch keine Meldung der Zahlstelle im Rahmen des elektronischen Zahlstellen-Meldeverfahrens vorliegt, kann die Rückmeldung ebenfalls nicht in elektronischer Form abgegeben werden.

In den Fällen, in denen ab dem Tag der Rentenantragstellung zunächst keine Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung besteht („PKV-Fälle“) und es im Verlauf des Antragsverfahrens oder des Leistungsbezugs zu einer Versicherung in der GKV kommt (zum Beispiel aufgrund einer Berufsausbildung), entsteht mit dem Beginn der Versicherung eine Meldepflicht für das Versorgungswerk gegenüber der zuständigen Krankenkasse. Den Waisenrentner trifft in diesem Fall eine Mitteilungspflicht gegenüber dem Versorgungswerk nach § 202 Absatz 1 Satz 3 SGB V.

D.5.3 Meldung ab Bewilligung der Rente

Wird die Waisenrente zugebilligt und ist die Waise gesetzlich krankenversichert, greifen die üblichen Meldepflichten bei Versorgungsbezügen zwischen der Zahlstelle und der Krankenkasse nach § 202 Absatz 1 SGB V (A.2.3 und A.2.4).

Wie bei anderen Versorgungsbezügen werden auch im Fall des Bezuges einer Waisenrente eines Versorgungswerks der Zahlstelle ausschließlich die für die Beitragsabführung relevanten Daten übermittelt, ohne dass die Zahlstelle im Einzelnen Kenntnis von dem jeweiligen Versicherungsverhältnis der Waise erhält.

Kommt es zu einem vollständigen Ruhen des Anspruchs auf Waisenrente (zum Beispiel anlässlich eines freiwilligen Wehrdienstes) zeigt das Versorgungswerk neben der elektronischen Abmeldung der Krankenkasse mit einem formlosen Schreiben den Beginn des Ruhens und den Grund an. Im Fall des Wehrdienstes ist die Waise zusätzlich zur Meldung gegenüber der Krankenkasse verpflichtet (§ 204 Absatz 1 Satz 3 SGB V).

Anlage zu den Grundsätzlichen Hinweisen vom 29. Juni 2022

Briefkopf des Versorgungswerks
mit Kontaktdaten (Ansprechpartner,
Telefon, E-Mail)

Zuständige Krankenkasse
mit Anschrift

Meldung nach § 202 Absatz 1 Satz 1 SGB V über die Beantragung einer Waisenrente einer berufsständischen Versorgungseinrichtung

Hinweis: Diese Meldung ist unter Anwendung des § 175 Absatz 3 Satz 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) an die bzw. eine für die Prüfung der Versicherungspflicht zuständige Krankenkasse zu senden. Dies gilt unabhängig von der Art des Krankenversicherungsverhältnisses (GKV/PKV) des/der Antragstellers/in.

Zahlstellennummer

Folgende Person hat eine der Waisenrente nach § 48 SGB VI entsprechende Leistung beantragt. Der verstorbene Elternteil war zuletzt als Beschäftigte/r von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung wegen einer Pflichtmitgliedschaft bei unserem Versorgungswerk nach § 6 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB VI befreit.

Rentenantragsteller/in

Name			Vorname
Geburtsdatum TG MM JJJJ	Geschlecht ☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers ☐ unbestimmt		Rentenversicherungsnummer (falls bekannt)
Geburtsname *	Geburtsort *	Geburtsland *	Staatsangehörigkeit *
Mitgliedsnummer in der Versorgungseinrichtung			
Straße mit Hausnummer			
Postleitzahl	Wohnort		
☐ Zuletzt vor der Rentenantragstellung bestand eine private Krankenversicherung.			

*) Falls Rentenversicherungsnummer nicht bekannt.

☐ **Vormund** ☐ **Betreuer/in**

Name oder Dienststelle (ggf. mit Aktenzeichen)	Vorname
Straße mit Hausnummer	
Postleitzahl	Wohnort

Verstorbener Elternteil

Name	Vorname
Geburtsdatum TG MM JJJJ	Sterbedatum TG MM JJJJ
Mitgliedsnummer in der Versorgungseinrichtung	

Rentenantragsdaten

Tag der Rentenantragstellung (Bitte immer angeben) TG MM JJJJ	Tag der Rücknahme des Rentenantrags TG MM JJJJ	Tag, an dem die Ablehnung unanfechtbar geworden ist TG MM JJJJ

Datum

Unterschrift

Rückmeldung der Krankenkasse an das Versorgungswerk

☐ Der/Die genannte Rentenantragsteller/in / Rentner/in ist bei uns versichert.
Bei Zubilligung des Versorgungsbezuges bitten wir um Übermittlung einer Beginn-Meldung im Zahlstellen-Meldeverfahren.

☐ Der/Die genannte Rentenantragsteller/in / Rentner/in ist bei uns nicht versichert und die Voraussetzungen für die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 11b Buchstabe b SGB V sind nicht erfüllt.

☐ Wir sind für die Prüfung des Versicherungsverhältnisses nicht zuständig. Nach den uns vorliegenden Angaben ist die folgende Krankenkasse zuständig:

_____

_____ _____
Datum Unterschrift

Kontaktdaten der Krankenkasse für Rückfragen:

Telefon: _____ E-Mail: _____