



Spitzenverband

**Grundsätzliche Hinweise
zu den versicherungs-, beitrags- und
melderechtlichen Regelungen für
Versorgungsbezüge,
Arbeitseinkommen und
gesetzliche Renten aus dem Ausland
bei Versicherungspflichtigen
vom 29. September 2016**

GKV-Spitzenverband
Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin
Telefon +49 (0) 30 206 288-0
Fax +49 (0) 30 206 288-88
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 seit dem 1. Juli 2011 den Renten der deutschen gesetzlichen Rentenversicherung gleichgestellt sind. Die daraus anfallenden Beiträge werden ohne Einbindung des ausländischen Rentenversicherungsträgers von der deutschen Krankenkasse unmittelbar vom Versicherten erhoben.

Der Anspruch auf eine der drei vorgenannten Einnahmen lässt grundsätzlich von sich aus keine Versicherungspflicht in der Kranken- und Pflegeversicherung entstehen; lediglich für Bezieher einer der Waisenrente in der gesetzlichen Rentenversicherung entsprechenden Leistung einer berufsständischen Versorgungseinrichtung ist unter bestimmten Bedingungen ab 1. Januar 2017 eine eigenständige Versicherungspflicht in der Kranken- und Pflegeversicherung vorgesehen (vgl. 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 Abs. 1 Nr. 13 SGB V Versicherte) auf der Grundlage der Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler des GKV-Spitzenver-

bandes ist bis auf wenige Anmerkungen nicht Gegenstand dieser Grundsätzlichen Hinweise. Gleichwohl gelten die hiermit vorgenommenen Definitionen von Versorgungsbezügen nach § 229 SGB V und ausländischen Renten nach § 228 Abs. 1 Satz 2 SGB V auch im Beitragsrecht der freiwilligen Versicherung sowie der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V.

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

Inhaltsverzeichnis

A	Versorgungsbezüge.....	9
A I	Rechtsgrundlagen.....	9
A II	Beiträge	17
A II 1	Beitragspflichtige Einnahmen.....	17
A II 1.1	Allgemeines	17
A II 1.1.1	Betroffene Personenkreise	17
A II 1.1.2	Definition der Versorgungsbezüge	18
A II 1.1.3	Form der Auszahlung	19
A II 1.1.4	Zahlbetrag	19
A II 1.2	Versorgungsbezüge aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis oder aus einem Arbeitsverhältnis mit Anspruch auf Versorgung nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen („Pensionen“).....	20
A II 1.3	Versorgung der Abgeordneten, Minister und Parlamentarischen Staatssekretäre	22
A II 1.4	Renten der Versicherungs- und Versorgungseinrichtungen, die für Angehörige bestimmter Berufe errichtet sind („Berufsständische Versorgungsleistungen“).....	22
A II 1.5	Renten und Landabgaberechte nach dem Gesetz über die Alterssicherung für Landwirte.....	23
A II 1.6	Renten der betrieblichen Altersversorgung	23
A II 1.6.1	Allgemeines	23
A II 1.6.2	Umfang der Beitragspflicht bei privater Fortführung einer Direktversicherung oder einer Pensionskassenversorgung	27
A II 1.6.2.1	Allgemeines	27
A II 1.6.2.2	Berechnung des betrieblichen Anteils	29
A II 1.6.3	„Riester-Renten“	30
A II 1.6.4	Übergangszahlungen.....	31

A II 1.6.5	Leistungen im Sterbemonat oder im Sterbevierteljahr	33
A II 1.7	Versorgungsbezüge aus dem Ausland	34
A II 1.8	Kapitalabfindungen und Kapitalleistungen.....	34
A II 1.8.1	Allgemeines	34
A II 1.8.2	Kapitalabfindungen	35
A II 1.8.3	Kapitalleistungen	35
A II 1.8.4	Beitragsrechtliche Behandlung von Abfindungen betrieblicher Altersversorgung einschließlich der Auszahlung von Rückkaufswerten.....	37
A II 1.9	Hinterbliebenenversorgung	38
A II 1.10	Mindesteinnahmegrenze.....	39
A II 1.11	Zeitliche Zuordnung.....	40
A II 1.12	Besonderheiten bei versicherungspflichtigen Studenten und den nach § 5 Abs. 10 SGB V Versicherten	40
A II 2	Beitragssatz	41
A II 2.1	Beitragssatz in der Krankenversicherung	41
A II 2.2	Beitragssatz in der sozialen Pflegeversicherung.....	42
A II 2.2.1	Allgemeines	42
A II 2.2.2	Beitragszuschlag zur Pflegeversicherung	42
A II 3	Tragung der Beiträge	44
A II 4	Zahlung der Beiträge	44
A II 4.1	Allgemeines	44
A II 4.2	Zahlung der Beiträge durch die Zahlstelle („Zahlstellenverfahren“)	45
A II 4.2.1	Allgemeines	45
A II 4.2.2	Nachweis der Beiträge	46
A II 4.2.3	Nachträglicher Einbehalt von rückständigen Beiträgen.....	47
A II 4.2.4	Mehrere Versorgungsbezüge	48
A II 4.2.5	Erstattung zu Unrecht gezahlter Beiträge.....	49
A II 4.3	Zahlung der Beiträge durch den Versicherten („Selbstzahlerverfahren“)	50
A II 4.4	Nachzahlung von Versorgungsbezügen	50

Grundsätzliche Hinweise zu den versicherungs-, beitrags- und melderechtlichen Regelungen für Versorgungsbezüge, Arbeitseinkommen und gesetzliche Renten aus dem Ausland bei Versicherungspflichtigen vom 29. September 2016

A II 4.5	Auszahlung für mehrere Monate.....	52
A II 4.6	Fälligkeit der Beiträge	52
A II 5	Beitragsüberwachung	53
A III	Meldungen.....	54
A III 1	Allgemeines	54
A III 2	Meldungen des Versorgungsempfängers	55
A III 3	Meldungen der Zahlstelle.....	55
A III 4	Meldungen der Krankenkasse	57
B	Arbeitseinkommen	59
B I	Rechtsgrundlagen.....	59
B II	Beiträge	60
B II 1	Beitragspflichtige Einnahmen.....	60
B II 1.1	Allgemeines	60
B II 1.2	Mindesteinnahmegrenze.....	61
B II 1.3	Nachweis des Arbeitseinkommens und Wirkungszeitpunkt nachgewiesener Änderungen.....	62
B II 1.3.1	Allgemeines	62
B II 1.3.2	Besonderheiten.....	63
B II 2	Beitragssatz.....	65
B II 2.1	Beitragssatz in der Krankenversicherung	65
B II 2.2	Beitragssatz in der Pflegeversicherung	65
B II 3	Tragung der Beiträge	65
B II 4	Zahlung der Beiträge	65
B III	Mitteilungs-/Nachweisverfahren.....	66
C	Renten aus dem Ausland	67
C I	Rechtsgrundlagen.....	67
C II	Beiträge	69
C II 1	Beitragspflichtige Einnahmen.....	69
C II 1.1	Allgemeines	69

C II 1.2	Vergleichbarkeit mit inländischen Renten	70
C II 1.3	Besondere Zahlungsweisen	72
C II 1.3.1	Allgemeines	72
C II 1.3.2	Einmalige Zahlungen	72
C II 1.3.3	Viertel-, halb- oder jährliche Auszahlung einer laufenden Rente	73
C II 1.3.4	Mehrwöchiger Zahlungsrhythmus einer laufenden Rente	74
C II 1.4	Währungsumrechnung	74
C II 2	Beitragssatz	76
C II 2.1	Beitragssatz in der Krankenversicherung	76
C II 2.2	Beitragssatz in der Pflegeversicherung	76
C II 3	Tragung der Beiträge	76
C II 4	Zahlung der Beiträge	77
C III	Mitteilungs-/Nachweisverfahren	77
D	Waisenrente einer berufsständischen Versorgungseinrichtung	78
D I	Rechtsgrundlagen (Stand: 1. Januar 2017)	78
D II	Versicherung	83
D II 1	Allgemeines	83
D II 2	Voraussetzungen für die Versicherungspflicht	84
D II 2.1	Personenkreiszugehörigkeit	84
D II 2.2	Zuletzt privat krankenversicherte Personen	85
D II 3	Ausschluss der Versicherungspflicht/Versicherungskonkurrenz	87
D II 4	Versicherungsfreiheit kraft Gesetzes	87
D II 5	Befreiung von der Versicherungspflicht	88
D III	Mitgliedschaft	89
D III 1	Allgemeines	89
D III 2	Mitgliedschaft als Rentenantragsteller	89
D III 3	Mitgliedschaft als Rentenbezieher	90
D III 4	Fortbestehen der Versicherungspflicht bei Wehrdienst	91
D IV	Krankenkassenwahlrecht/-zuständigkeit	91

Grundsätzliche Hinweise zu den versicherungs-, beitrags- und melderechtlichen Regelungen für Versorgungsbezüge, Arbeitseinkommen und gesetzliche Renten aus dem Ausland bei Versicherungspflichtigen vom 29. September 2016

D V	Beiträge	92
D V 2	Beiträge als Rentenantragsteller.....	92
D V 2.1	Allgemeines	92
D V 2.2	Beitragsfreiheit	93
D V 3	Beiträge als Rentenbezieher.....	94
D V 3.1	Allgemeines	94
D V 3.2	Beitragsfreiheit	94
D V 3.3	Rentennachzahlungen	96
D VI	Meldungen.....	96
D VI 1	Allgemeines	96
D VI 2	Meldungen im Zusammenhang mit der Stellung des Rentenanspruchs	96
D VI 3	Meldung ab Bewilligung der Rente	98

A Versorgungsbezüge

A I Rechtsgrundlagen

§ 202 SGB V
Meldepflichten bei Versorgungsbezügen
(Fassung bis 31. Dezember 2016)

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

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

§ 202 SGB V
Meldepflichten bei Versorgungsbezügen
(Fassung ab 1. Januar 2017)

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

gen Beschäftigung anzuzeigen. Die Krankenkasse hat der Zahlstelle von Versorgungsbezügen und dem Bezieher von Versorgungsbezügen unverzüglich die Beitragspflicht des Versorgungsempfängers und, soweit die Summe der beitragspflichtigen Einnahmen nach § 237 Satz 1 Nummer 1 und 2 die Beitragsbemessungsgrenze überschreitet, deren Umfang mitzuteilen.

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

(3) Die Zahlstellen haben für die Durchführung der Meldeverfahren nach diesem Gesetzbuch eine Zahlstellenummer beim Spitzenverband Bund der Krankenkassen elektronisch zu beantragen. Die Zahlstellenummern und alle Angaben, die zur Vergabe der Zahlstellenummer notwendig sind, werden in einer gesonderten elektronischen Datei beim Spitzenverband Bund der Krankenkassen gespeichert. Die Sozialversicherungsträger, ihre Verbände und ihre Arbeitsgemeinschaften, die Künstlersozialkasse, die Behörden der Zollverwaltung, soweit sie Aufgaben nach § 2 des Schwarzarbeitsbekämpfungsgesetzes oder nach § 66 des Zehnten Buches wahrnehmen, sowie die zuständigen Aufsichtsbehörden und die Arbeitgeber dürfen die Zahlstellenummern verarbeiten, nutzen und übermitteln, soweit dies für die Erfüllung einer gesetzlichen Aufgabe nach diesem Gesetzbuch erforderlich ist. Andere Behörden, Gerichte oder Dritte dürfen die Zahlstellenummern verarbeiten, nutzen oder übermitteln, soweit dies für die Erfüllung einer gesetzlichen Aufgabe einer der in Satz 3 genannten Stellen erforderlich ist. Das Nähere zum Verfahren und den Aufbau der Zahlstellenummer regeln die Grundsätze nach Absatz 2 Satz 4.

§ 205 SGB V

Meldepflichten bestimmter Versicherungspflichtiger

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

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

§ 226 SGB V

Beitragspflichtige Einnahmen versicherungspflichtig Beschäftigter

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

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

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

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

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

§ 229 SGB V

Versorgungsbezüge als beitragspflichtige Einnahmen

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

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

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

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

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

§ 236 SGB V

Beitragspflichtige Einnahmen der Studenten und Praktikanten

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

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

§ 237 SGB V

Beitragspflichtige Einnahmen versicherungspflichtiger Rentner

Bei versicherungspflichtigen Rentnern werden der Beitragsbemessung zugrunde gelegt

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

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

§ 248 SGB V

Beitragsatz aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen

Bei Versicherungspflichtigen gilt für die Bemessung der Beiträge aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen der allgemeine Beitragsatz. Abweichend von Satz 1 gilt bei Versicherungspflichtigen für die Bemessung der Beiträge aus Versorgungsbezügen nach § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 die Hälfte des allgemeinen Beitragsatzes. Veränderungen des Zusatzbeitragsatzes gelten für Versorgungsbezüge nach § 229 in den Fällen des § 256 Absatz 1 Satz 1 jeweils vom ersten Tag des zweiten auf die Veränderung folgenden Kalendermonats an.

§ 250

Tragung der Beiträge durch das Mitglied

(1) Versicherungspflichtige tragen die Beiträge aus

1. den Versorgungsbezügen,
2. dem Arbeitseinkommen,
3. den beitragspflichtigen Einnahmen nach § 236 Abs. 1

allein.

(2) Freiwillige Mitglieder, in § 189 genannte Rentenantragsteller sowie Schwangere, deren Mitgliedschaft nach § 192 Abs. 2 erhalten bleibt, tragen den Beitrag allein.

(3) Versicherungspflichtige nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 tragen ihre Beiträge mit Ausnahme der aus Arbeitsentgelt und nach § 228 Absatz 1 Satz 1 zu tragenden Beiträge allein.

§ 252

Beitragszahlung

(1) Soweit gesetzlich nichts Abweichendes bestimmt ist, sind die Beiträge von demjenigen zu zahlen, der sie zu tragen hat. Abweichend von Satz 1 zahlen die Bundesagentur für Arbeit oder in den Fällen des § 6a des Zweiten Buches die zugelassenen kommunalen Träger die Beiträge für die Bezieher von Arbeitslosengeld II nach dem Zweiten Buch.

(2) Die Beitragszahlung erfolgt in den Fällen des § 251 Abs. 3, 4 und 4a an den Gesundheitsfonds. Ansonsten erfolgt die Beitragszahlung an die nach § 28i des Vierten Buches zuständige Einzugsstelle. Die Einzugsstellen leiten die nach Satz 2 gezahlten Beiträge einschließlich der Zinsen auf Beiträge und Säumniszuschläge arbeitstäglich an den Gesundheitsfonds weiter. Das Weitere zum Verfahren der Beitragszahlungen nach Satz 1 und Beitragsweiterleitungen nach Satz 3 wird durch Rechtsverordnung nach den §§ 28c und 28n des Vierten Buches geregelt.

(2a) bis (6) ...

§ 256 SGB V **Beitragszahlung aus Versorgungsbezügen**

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

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

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

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

§ 55 SGB XI **Beitragssatz, Beitragsbemessungsgrenze**

(1) Der Beitragssatz beträgt bundeseinheitlich 2,35 Prozent* der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder; er wird durch Gesetz festgesetzt. Für Personen, bei denen § 28 Abs. 2 Anwendung findet, beträgt der Beitragssatz die Hälfte des Beitragssatzes nach Satz 1.

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

(3) Der Beitragssatz nach Absatz 1 Satz 1 und 2 erhöht sich für Mitglieder nach Ablauf des Monats, in dem sie das 23. Lebensjahr vollendet haben, um einen Beitragszuschlag in Höhe von 0,25 Beitragssatzpunkten (Beitragszuschlag für Kinderlose). Satz 1 gilt nicht für Eltern im Sinne des § 56 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 und Abs. 3 Nr. 2 und 3 des Ersten Buches. Die Elterneigenschaft ist in geeigneter Form gegenüber der beitragsabführenden Stelle, von Selbstzahlern gegenüber der Pflegekasse, nachzuweisen, sofern diesen die Elterneigenschaft nicht bereits aus

anderen Gründen bekannt ist. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen gibt Empfehlungen darüber, welche Nachweise geeignet sind. Erfolgt die Vorlage des Nachweises innerhalb von drei Monaten nach der Geburt des Kindes, gilt der Nachweis mit Beginn des Monats der Geburt als erbracht, ansonsten wirkt der Nachweis ab Beginn des Monats, der dem Monat folgt, in dem der Nachweis erbracht wird. Nachweise für vor dem 1. Januar 2005 geborene Kinder, die bis zum 30. Juni 2005 erbracht werden, wirken vom 1. Januar 2005 an. Satz 1 gilt nicht für Mitglieder, die vor dem 1. Januar 1940 geboren wurden, für Wehr- und Zivildienstleistende sowie für Bezieher von Arbeitslosengeld II.

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

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

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

(5) Sind landwirtschaftliche Unternehmer, die nicht zugleich Arbeitslosengeld II beziehen, sowie mitarbeitende Familienangehörige Mitglied der landwirtschaftlichen Krankenkasse, wird der Beitrag abweichend von den Absätzen 1 bis 3 in Form eines Zuschlags auf den Krankenversicherungsbeitrag, den sie nach den Vorschriften des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte aus dem Arbeitseinkommen aus Land- und Forstwirtschaft zu zahlen haben, erhoben. Die Höhe des Zuschlags ergibt sich aus dem Verhältnis des Beitragsatzes nach Absatz 1 Satz 1 zu dem um den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz erhöhten allgemeinen Beitragssatz nach § 241 des Fünften Buches. Sind die Voraussetzungen für einen Beitragszuschlag für Kinderlose nach Absatz 3 erfüllt, erhöht sich der Zuschlag nach Satz 2 um das Verhältnis des Beitragszuschlags für Kinderlose nach Absatz 3 Satz 1 zu dem Beitragssatz nach Absatz 1 Satz 1.

*) ab 1. Januar 2017: 2,55 Prozent

§ 31 KVLG 1989

Meldepflichten bestimmter Versicherungspflichtiger

Versicherungspflichtige, die eine Rente nach dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte, eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung oder der Rente vergleichbare Einnah-

men (Versorgungsbezüge) beziehen, haben ihrer landwirtschaftlichen Krankenkasse unverzüglich zu melden

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

§ 39 KVLG 1989

Beitragsberechnung für versicherungspflichtige landwirtschaftliche Unternehmer

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

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

(2) Beiträge aus den in Absatz 1 Satz 1 Nr. 3 und 4 genannten Einnahmearten sind nur zu entrichten, wenn der Zahlbetrag dieser Einnahmen insgesamt ein Zwanzigstel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch übersteigt. Für die Bemessung dieser Beiträge gilt der um den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz erhöhte allgemeine Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung. Für die Bemessung der Beiträge aus Versorgungsbezügen nach § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt abweichend von Satz 2 die Hälfte des um den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz erhöhten allgemeinen Beitragssatzes der gesetzlichen Krankenversicherung.

(3) und (4) ...

§ 42 KVLG 1989

Beitragsberechnung für versicherungspflichtige mitarbeitende Familienangehörige

(1) bis (3) ...

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

(5) ...

§ 45 KVLG 1989

Beitragsberechnung für Altenteiler

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

1. der Zahlbetrag der Renten nach § 228 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
2. der Zahlbetrag der Versorgungsbezüge nach § 229 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,

3. das Arbeitseinkommen mit Ausnahme von Einkommen aus Land- und Forstwirtschaft.

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

A II Beiträge

A II 1 Beitragspflichtige Einnahmen

A II 1.1 Allgemeines

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

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

Für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V Versicherungspflichtigen (Auffang-Versicherungspflicht) und für Rentenantragsteller nach § 189 Abs. 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 Abs. 1 Satz 1 KVLG 1989).

A II 1.1.2 Definition der Versorgungsbezüge

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

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

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

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

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

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, z. B. 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 (vgl. 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).

A II 1.1.3 Form der Auszahlung

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

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

Von der Beitragspflicht werden nach § 229 Abs. 2 SGB V auch Nachzahlungen von Versorgungsbezügen erfasst (vgl. A II 4.4).

A II 1.1.4 Zahlbetrag

Versorgungsbezüge werden – ebenso wie die Renten der gesetzlichen Rentenversicherung – mit ihrem Zahlbetrag bei der Ermittlung der beitragspflichtigen Einnahmen berücksichtigt (vgl. § 226 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V, § 238 SGB V). Unter Zahlbetrag ist dabei der unter Anwendung aller Versagens-, Kürzungs- und Ruhensvorschriften zur Auszahlung gelangende Betrag zu verstehen.

Eventuell anfallende Steuern dürfen ebenso wenig abgezogen werden wie eventuelle Abzweigungsbeträge infolge einer Aufrechnung, Verrechnung, Abtretung oder Pfändung bzw. Abzweigungsbeträge nach § 94 Abs. 5 ALG (geteilte Auszahlung der Rente). Unterhaltszahlungen an den geschiedenen Ehegatten mindern ebenfalls nicht den Zahlbetrag der Versorgungsbezüge. Gleiches gilt im Falle eines schuldrechtlichen Versorgungsausgleichs nach §§ 1587f ff. BGB (vgl. Urteile des BSG vom 28. Januar 1999 – B 12 KR 19/98 R – und – B 12 KR 24/98 R –, USK 9948). Außerdem hat das BSG entschieden, dass sich weder eine Pfändung von Versor-

gungsbezügen 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).

Dagegen reduzieren Abzweigungsbeträge nach § 1587b BGB (z. B. Kürzungsbeträge nach § 57 des Beamtenversorgungsgesetzes – BeamtVG) im Rahmen des Versorgungsausgleichs 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 (vgl. 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 (vgl. Urteil des BSG vom 25. Oktober 1988 – 12 RK 10/87 –, USK 88146).

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

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

- die Versorgungsleistungen für Beamte und Richter nach dem 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 Inkrafttreten des DKfAG nach Artikel 131 GG entstandenen Ansprüche fort; insoweit sind die §§ 69 und 69a BeamtVG maßgebend) und
- die Versorgungsleistungen nach dem Soldatenversorgungsgesetz (SVG).

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

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

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 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V zuzurechnen.

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

Nach § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 zweiter Halbsatz 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 z. B. folgende Bezüge an (ehemalige) Beamte und Soldaten bei der Beitragsberechnung unberücksichtigt:

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

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

Die Verminderung der Versorgungsbezüge nach § 50f BeamtVG um den halben Vomhundertsatz in der Pflegeversicherung nach § 55 Abs. 1 Satz 1 SGB XI, mit der der Wegfall der Beteiligung der Rentenversicherung am Pflegeversicherungsbeitrag von Rentnern wirkungsgleich auf

die Versorgungsempfänger des Bundes übertragen wurde, führt zu einer entsprechenden Verminderung des Zahlbetrages der Versorgungsbezüge und damit der beitragspflichtigen Einnahme.

A II 1.3 Versorgung der Abgeordneten, Minister und Parlamentarischen Staatssekretäre

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

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

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

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 (vgl. hierzu Urteile des Bundessozialgerichts vom 30. März 1995 – 12 RK 40/94 –, USK 95145, sowie vom 30. Januar 1997 – 12 RK 17/96 –, USK 97122).

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

A II 1.5 Renten und Landabgaberente nach dem Gesetz über die Alterssicherung für Landwirte

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

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

A II 1.6 Renten der betrieblichen Altersversorgung

A II 1.6.1 Allgemeines

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

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

Nach der Rechtsprechung zur institutionellen Abgrenzung von Leistungen der betrieblichen Altersversorgung von denen der privaten Altersversorgung sind im Wege einer typisierenden Betrachtung Leistungen aus den o. g. Durchführungswegen von vornherein der betrieblichen Altersversorgung im Sinne des Beitragsrechts der GKV zuzuordnen. Voraussetzung ist, dass die Leistung vom Arbeitgeber selbst (Direktzusage), von einer Institution im Sinne des Betriebsrentenrechts (Unterstützungskasse, Pensionskasse, Pensionsfonds) oder im Rahmen einer Direktversicherung gewährt werden (Beschluss des Bundesverfassungsgerichts – BVerfG – vom 28. September 2010 – 1 BvR 1660/08 –, USK 2010–112, unter Hinweis auf das Urteil des BSG vom 12. November 2008 – B 12 KR 6/08 R –, USK 2008–125)

Für die Eigenschaft einer Einnahme als Versorgungsbezug ist allerdings nicht zwingend, dass einer der vorgenannten Durchführungswege vorliegt. In der Rechtsprechung des BSG ist der Begriff der betrieblichen Altersversorgung im Beitragsrecht der GKV gegenüber dem Begriff der betrieblichen Altersversorgung im Betriebsrentenrecht seit jeher als eigenständig verstanden worden. Wird die Rente nicht bereits institutionell vom Betriebsrentenrecht erfasst, ist sie gleichwohl als Rente der betrieblichen Altersversorgung im beitragsrechtlichen Sinne anzusehen, wenn ein enger Zusammenhang zwischen dem Erwerb dieser Rente und der früheren Beschäftigung besteht (vgl. zuletzt 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 (z. B. bei der reinen privaten Altersvorsorge).

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

Allein die finanzielle Beteiligung des Arbeitgebers an einem Altersversorgungsvertrag des Arbeitnehmers (z. B. an einem Riester-Vertrag, vgl. A II 1.6.3) kann eine von der institutionellen Abgrenzung abweichende Zurechnung zur betrieblichen Altersversorgung und damit zu Versorgungsbezügen nicht begründen, weil die Art der Finanzierung in diesem Zusammenhang nach der Rechtsprechung des BSG nicht als entscheidungserheblich angesehen werden kann (Urteil vom 30. März 2011 – B 12 KR 24/09 R –, USK 2011–23, unter Verweis auf das Urteil vom 5. Mai 2010 – B 12 KR 15/09 R –, USK 2010–54).

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

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

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 worden sind.

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

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

Bei der Beitragsermittlung sind auch Leistungen zur Abgeltung gesetzlicher Ansprüche aus einem Arbeits- oder Dienstverhältnis (z.B. Ausgleichsansprüche nach § 89b HGB) zu berücksichtigen. Hierzu hat das BSG mit Urteil vom 10. März 1994 – 12 RK 30/91 –, USK 9412, entschieden, dass die an einen ehemaligen selbständigen Handelsvertreter aus Anlass des früheren Dienstverhältnisses gezahlte Altersversorgung als Rente der betrieblichen Altersversorgung im Sinne des § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V der Beitragspflicht auch insoweit unterliegt, als damit Ausgleichsansprüche nach § 89b HGB abgegolten werden.

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

Leistungen zur Abgeltung vertraglicher Ansprüche außerhalb eines Arbeits- oder Dienstverhältnisses, z. B. Veräußerungs- bzw. Kaufpreisleibrente (Leibrente, die auf der Übertragung eines Wirtschaftsgutes beruht), bleiben ebenfalls außer Betracht. Genauso verhält es sich mit einmaligen oder laufenden Erfindervergütungen, die ein Arbeitnehmer, ggf. neben der Be-

triebsrente, 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 II 1.6.2 Umfang der Beitragspflicht bei privater Fortführung einer Direktversicherung oder einer Pensionskassenversorgung

A II 1.6.2.1 Allgemeines

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

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

In dem Beschluss vom 28. September 2010 – 1 BvR 1660/08 –, USK 2010–112, hat das BVerfG zwar grundsätzlich an der typisierenden Zuordnung von Altersvorsorgeleistungen zu Leistungen der betrieblichen Altersversorgung im Beitragsrecht festgehalten, wenn und solange der institutionelle Rahmen des Betriebsrentenrechts genutzt wird. Die Grenzen zulässiger Typisierung würden jedoch überschritten, soweit auch Kapitaleistungen, die auf Beiträgen beruhen, die ein Arbeitnehmer nach Beendigung seiner Erwerbstätigkeit auf den Lebensversicherungsvertrag unter Einrücken in die Stellung des Versicherungsnehmers eingezahlt hat, der Beitragspflicht als Versorgungsbezug unterworfen werden. In diesem Fall bestehe kein Unterschied mehr zu Leistungen aus privaten Lebensversicherungen von Arbeitnehmern, welche (außerhalb des Anwendungsbereichs des § 240 SGB V) nicht der Beitragspflicht unterliegen. Auf die Einzahlungen des Bezugsberechtigten auf einen von ihm als Versicherungs-

nehmer fortgeführten Kapitallebensversicherungsvertrag fänden hinsichtlich der von ihm nach der Vertragsübernahme eingezahlten Beiträge die Bestimmungen des Betriebsrentenrechts keine Anwendung mehr.

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

Nach der vorgenannten Rechtsprechung ist eine Aufteilung der Gesamtversorgungsleistung aus einem Lebensversicherungsvertrag in einen betrieblichen Anteil (Versorgungsbezüge nach § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V) und einen privaten Anteil dann vorzunehmen, wenn der Vertrag ursprünglich als Direktversicherung von einem Arbeitgeber als Versicherungsnehmer für den Arbeitnehmer als Bezugsberechtigten abgeschlossen wurde. Weitere Voraussetzung ist, dass der Vertrag nach dem Ende des Arbeitsverhältnisses von dem (ehemaligen) Arbeitnehmer als Versicherungsnehmer übernommen und von ihm bis zum Eintritt des Versicherungsfalls fortgeführt wurde. Soweit diese Tatbestände erfüllt sind, ist der Teil der Versorgungsleistung, der auf Beiträgen beruht, die der Bezugsberechtigte als Versicherungsnehmer für die Zeit nach Beendigung seines Arbeitsverhältnisses auf den Lebensversicherungsvertrag eingezahlt hat, nicht als Versorgungsbezug im Sinne des § 229 SGB V anzusehen.

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

Von der zuvor genannten bisherigen Rechtsprechung des BSG ist ausschließlich die Direktversicherung erfasst. Mit Urteilen vom 23. Juli 2014 – B 12 KR 25/12 R, B 12 KR 26/12 und B 12 KR 28/12 R –, USK 2014–115, hat das BSG klargestellt, dass Leistungen, die von einer Pensionskasse gewährt werden, beitragsrechtlich stets in vollem Umfang Leistungen der betrieblichen Altersversorgung und damit Versorgungsbezüge darstellen. Dabei ist unerheblich, ob es sich um eine regulierte oder eine deregulierte Pensionskasse handelt und ob die Leistungen ganz oder teilweise auf eigenen Beiträgen des Versicherten beruhen.

Dieses Ergebnis wird im Übrigen nach Auffassung des Senats auch durch die in der Regel von Anfang an bestehende Eigenschaft des Arbeitnehmers als Versicherungsnehmer nicht berührt. Die vorstehende Bewertung gilt zudem auch dann, wenn der Altersvorsorgevertrag mit der Pensionskasse der steuerlichen Riester-Förderung unterliegt.

A II 1.6.2.2 Berechnung des betrieblichen Anteils

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

Nach Auffassung des BSG ist vorzugsweise eine prämiennratierliche (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 prämiennratierlichen Berechnung erforderlichen Prämiensummen auch nach Ausschöpfung aller Ermittlungsmöglichkeiten und Erkenntnisquellen nicht feststellbar sein sollten. Zeiten einer prämiensfreien Versicherung sind hierbei herauszurechnen. Die zeitratierliche Berechnung ist nach folgender Formel vorzunehmen:

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

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

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

Das BSG schließt eine nachrangige Anwendung weiterer Berechnungsmodelle nicht explizit aus, sodass auf die nachfolgend genannten alternativen Verfahren ausgewichen werden kann, sofern die zuvor beschriebenen Verfahren nicht oder nur mit 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 sog. Riester-Wertstandsverfahren zu nennen, welches auf einer beitragsproportionalen Aufteilung beruht. Allerdings erfolgt dabei statt einer verhältnismäßigen Aufteilung über den gesamten Versicherungsverlauf (wie nach der 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 Abs. 1 SGB V geht die Aufgabe der Zahlstelle einher, den betrieblichen und meldepflichtigen Anteil der Gesamtablaufleistung festzustellen. Nach Auffassung des BSG in den vorgenannten Urteilen vom 30. März 2011 hat die Zahlstelle die entsprechenden Werte einschließlich einer übersichtlichen und nachvollziehbaren Berechnung sowie die für die Berechnung maßgeblichen Regelungen vorzuhalten und Einzelheiten der Wertermittlung auf Nachfrage der Krankenkasse (oder in Streitverfahren des Gerichts) zu erläutern. Diese Nachweispflicht geht jedoch nicht so weit, dass die Zahlstelle in jedem derartigen Fall eine qualifizierte Mitteilung über die Berechnung der Versorgungsbezüge beizubringen hat. Die Zahlstelle muss jedoch in der Lage sein, die Berechnung in begründeten Fällen nachvollziehbar darzulegen. Diesen Anforderungen kommt die Zahlstelle dadurch nach, dass sie eine entsprechende qualifizierte Mitteilung für die Zahlstellenprüfung nach § 256 Abs. 3 SGB V vorhält. Die Zahlstelle ist darüber hinaus verpflichtet, bereits vorher eine derartige Mitteilung beizubringen, sofern dies die Krankenkasse in begründeten Fällen für erforderlich hält. Dies kommt insbesondere in Frage

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

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

A II 1.6.3 „Riester-Renten“

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

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

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

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

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

A II 1.6.4 Übergangszahlungen

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 typi-

scherweise nicht schon als Beginn des Ruhestandes gelten kann, und ist die Zuwendung bis zum Eintritt in den gesetzlichen Ruhestand befristet, so ist ein Alterssicherungszweck nach Ansicht des Senats bereits aus diesem Grund nicht gegeben; der Prüfung weiterer für einen Versorgungszweck und gegen einen (bloßen) „Überbrückungszweck“ sprechender Merkmale bedürfte 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 Übergangszahlungen, die für die Zeit nach dem Ausscheiden aus einem Beschäftigungsverhältnis und von vornherein befristet bis längstens 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. Davon abzugrenzen sind Leistungen der betrieblichen Altersversorgung, die im Anschluss an das Beschäftigungsverhältnis anlässlich einer Einschränkung der Erwerbsfähigkeit gewährt werden und daher Versorgungsbezüge darstellen.

Die Gewährung von Einkommensersatzleistungen, wie z. B. Arbeitslosengeld, Arbeitslosengeld II, Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit, in der Zeit des Bezuges der Übergangszahlung wirkt sich auf die zuvor beschriebene beitragsrechtliche Bewertung der Übergangszahlung nicht 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“ betriebliche Altersversorgung 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 z. B. 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 II 1.6.5 Leistungen im Sterbemonat oder im Sterbevierteljahr

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 Abs. 1 Satz 1 SGB IV). In entsprechender Anwendung dieser Regelung endet der Beitragsanspruch, wenn die Voraussetzungen nicht mehr vorliegen bzw. entfallen. Hinzu kommt, dass nach § 223 Abs. 1 SGB V die Beiträge (ausschließlich) für die Kalendertage der Mitgliedschaft zu zahlen sind, soweit das SGB nichts Abweichendes bestimmt. Für die Pflegeversicherung gilt nach § 54 Abs. 2 SGB XI Entsprechendes.

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

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, der der Zeit bis zum Sterbetag und damit bis zum Ende der Mitgliedschaft zuzuordnen ist, als Versorgungsbezug der verstorbenen Person der Beitragspflicht.

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

In den folgenden Fällen kann es anlässlich des Todes des Versorgungsbeziehers zu weiteren nachstehend beschriebenen Auswirkungen kommen:

Werden an Hinterbliebene des Versorgungsbeziehers für einen Übergangszeitraum erhöhte Versorgungsbezüge (sog. „Sterbegeld“, z. B. in Höhe des zuletzt gezahlten Arbeitsentgelts für die verbliebenen Tage im Sterbemonat sowie für drei weitere Monate; entsprechend bei sog. „Gnadenbezügen“ an Hinterbliebene von Beamten) gezahlt, unterliegen diese in voller Höhe der Beitragspflicht. Dies setzt voraus, dass sie anstelle der Betriebsrente gewährt werden, was

wiederum bei einem dem Grunde nach bereits bestehenden Anspruch auf Hinterbliebenenversorgung der Fall ist.

Bei einmalig gezahlten Sterbegeldern ohne anschließende laufende Hinterbliebenenversorgung handelt es sich, sofern die einmalige Leistung an die Stelle von laufenden Versorgungsbezügen tritt und damit Versorgungscharakter besitzt, als Kapitalabfindung im Sinne von § 229 Abs. 1 Satz 3 SGB V um einmalige Versorgungsbezüge (vgl. A II 1.8.2).

A II 1.7 Versorgungsbezüge aus dem Ausland

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

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 II 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.

A II 1.8 Kapitalabfindungen und Kapitalleistungen

A II 1.8.1 Allgemeines

In § 229 Abs. 1 Satz 3 SGB V wird für nicht regelmäßig wiederkehrende Leistungen, die entweder an die Stelle von laufenden Versorgungsbezügen treten („Kapitalabfindungen“) oder die bereits vor Eintritt des 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 Abs. 1 Satz 3 SGB V bezieht sich zudem auf alle in den Sätzen 1 und 2 aufgeführten Arten von in- und ausländischen Versorgungsbezügen. Im Umkehrschluss fallen alle Versorgungsbezüge in Form von regelmäßig

wiederkehrenden Leistungen (laufende und einmalige Bezüge) unter § 229 Abs. 1 Satz 1 und 2 SGB V.

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

A II 1.8.2 Kapitalabfindungen

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

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

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 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 i. V. m. Satz 3 SGB V dar, weil damit im weitesten Sinne ein Versorgungszweck erfüllt wird und die Leistung einen laufenden Versorgungsbezug ersetzt.

A II 1.8.3 Kapitaleistungen

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

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

Wird die Kapitalleistung in Raten ausgezahlt, ist als beitragspflichtige Einnahme dennoch der Gesamtbetrag der Kapitalleistung monatlich mit 1/120 zu berücksichtigen (Urteil des BSG vom 17. März 2010 – B 12 KR 5/09 R –, USK 2010–8). Eventuelle Verzinsungen der einzelnen Raten, auf die ein Anspruch nach Eintritt des 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.

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

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

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

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

A II 1.8.4 Beitragsrechtliche Behandlung von Abfindungen betrieblicher Altersversorgung einschließlich der Auszahlung von Rückkaufswerten

Im Fall der Abfindung einer unverfallbaren Anwartschaft auf Leistungen einer betrieblichen Altersversorgung (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 Abs. 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 Abs. 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 betrieblichen Altersversorgung (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, vgl. A II 1.6.4) 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 betriebliche Altersversorgung, 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 um Versorgungsbezüge in Form einer Kapitalabfindung im Sinne des § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 i. V. m. 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.

A II 1.9 Hinterbliebenenversorgung

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

Die Vorschrift des § 229 SGB V verfolgt im Kern die Absicht, Leistungen der Altersversorgung, die ihrem Wesen nach den Renten der gesetzlichen Rentenversicherung vergleichbar sind, als Versorgungsbezug der Beitragspflicht zu unterwerfen. Diesem Grundgedanken folgend gelten nur die Personen als Hinterbliebene in diesem Sinne, wenn sie unter den Personenkreis subsumiert werden können, der Anspruch auf eine Rente wegen Todes aus der gesetzlichen Rentenversicherung nach den §§ 46 oder 48 SGB VI hat (Witwen, Witwer und Waisen). Die Altersgrenzen für Waisenrenten in der gesetzlichen Rentenversicherung sind in diesem Zusammenhang nicht von Bedeutung. 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 aus einer im Rahmen betrieblicher Altersversorgung abgeschlossenen Lebensversicherung Leistungen (hier: Kapitalleistungen) aufgrund eines eigenen Bezugsrechts, so stellt die ihm ausgezahlte Versicherungssumme einen beitragspflichtigen Versorgungsbezug dar und gehört nicht zum beitragsfreien ererbten Vermögen des Hinterbliebenen (Urteil vom 5. März 2014 – B 12 KR 22/12 R –, USK 2014–12).

Sogenannte Sterbegelder oder Gnadenbezüge an Hinterbliebene werden im Abschnitt A II 1.6.5 behandelt.

A II 1.10 Mindesteinnahmegrenze

Beiträge aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen sind nach § 226 Abs. 2 SGB V nur zu entrichten, wenn die monatlichen beitragspflichtigen Einnahmen aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen insgesamt $1/20$ der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 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 Beitragsuntergrenze bei einer Umrechnung der Einmalzahlung auf das Kalenderjahr nicht überschritten werden würde (Urteil des BSG vom 18. März 1993 – 8 RKn 2/92 –, USK 9309). Erhält ein Versicherter mehrere Versorgungsbezüge oder Versorgungsbezüge und Arbeitseinkommen, dann sind diese für die Beurteilung der Frage, ob die Grenze von $1/20$ der monatlichen Bezugsgröße überschritten wird, zusammenzurechnen. Für eine Waisenrente aus der berufsständischen Versorgung gilt dies selbst dann, wenn diese nach § 237 Satz 2 SGB V beitragsfrei ist.

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

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

Beiträge aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen sind auch dann zu entrichten, wenn an sich der Mindestbetrag von $1/20$ überschritten wird, die Differenz bis zur Beitragsbemessungsgrenze aber 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 ausbezahlt, ist für die Beitragsbemessung ein Monatsbetrag zu ermitteln. Ergibt sich hierbei ein Betrag von nicht mehr als $1/20$ der monatlichen Bezugsgröße, so entfällt die Beitragsentrichtung. Sie entfällt aber nicht, wenn der Versorgungsbezug oder das Arbeitseinkommen an sich den Mindestbetrag überschreitet, die Differenz bis zur Beitragsbemessungsgrenze aber nicht höher ist als $1/20$ der monatlichen Bezugsgröße.

A II 1.11 Zeitliche Zuordnung

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

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

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

Besonderheiten der zeitlichen Zuordnung von nicht regelmäßig wiederkehrender Versorgungsbezüge im Sinne des § 229 Abs. 1 Satz 3 SGB V (Kapitalabfindungen und -leistungen) werden im Abschnitt A II 1.8) behandelt. Ausführungen zur zeitlichen Zuordnung von nachgezahlten Versorgungsbezügen finden sich im Abschnitt A II 4.4.

A II 1.12 Besonderheiten bei versicherungspflichtigen Studenten und den nach § 5 Abs. 10 SGB V Versicherten

Für den Personenkreis der nach § 5 Abs. 1 Nr. 9 und 10 SGB V Versicherungspflichtigen sieht § 236 Abs. 1 SGB V eine fiktive beitragspflichtige Einnahme in Abhängigkeit von Bedarfssät-

zen 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 Nr. 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 Nr. 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 Mindesteinnahmegränze ist bei diesen Personen ohne Bedeutung.

Nach der Rechtsprechung des BSG gilt die Regelung des § 236 Abs. 2 Satz 2 SGB V ebenso für eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung und damit auch für eine gesetzliche Rente aus dem Ausland (vgl. Gemeinsames Rundschreiben vom 2. Dezember 2014 zur Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner zum 1. Januar 2015, A VIII 3.2.1.3.4).

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

A II 2 Beitragssatz

A II 2.1 Beitragssatz in der Krankenversicherung

Nach § 248 SGB V gilt bei Versicherungspflichtigen für die Bemessung der Beiträge aus den Versorgungsbezügen der allgemeine Beitragssatz (nach § 241 SGB V). Dieser beträgt zurzeit 14,6 %. Veränderungen des Beitragssatzes wirken direkt mit Wirksamwerden der Beitragssatzveränderung.

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

Daneben sind auf Versorgungsbezüge Zusatzbeiträge in Höhe des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes zu erheben, sofern die Satzung der Krankenkasse die Erhebung eines Zusatzbeitrages vorsieht (§ 242 Abs. 1 SGB V). Veränderungen des Zusatzbeitragssatzes gelten für Versorgungsbezüge in den Fällen des § 256 Absatz 1 Satz 1 SGB V (Anwendung des Zahlstellenverfahrens) nach § 248 Satz 3 SGB V 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.

Für pflichtversicherte Mitglieder der landwirtschaftlichen Krankenkasse gilt die gleiche Systematik, mit dem Unterschied, dass der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz nach § 242a SGB V zu berücksichtigen ist (§ 39 Abs. 2 Satz 2 und 3, § 42 Abs. 4 Satz 1 und § 45 Abs. 2 Satz 2 KVLG 1989).

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 II 2.2 Beitragssatz in der sozialen Pflegeversicherung

A II 2.2.1 Allgemeines

Der Beitragssatz in der sozialen Pflegeversicherung beträgt nach § 55 Abs. 1 Satz 1 SGB XI zurzeit 2,35 % (ab 1. Januar 2017: 2,55 %) der beitragspflichtigen Einnahmen.

Als Folge der Halbierung ihrer Leistungsansprüche (§ 28 Abs. 2 SGB XI) gilt bei Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit und Pflege einen eigenen Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge haben, die Hälfte des normalen Beitragssatzes (§ 55 Abs. 1 Satz 2 SGB XI) und damit zurzeit 1,175 % (ab 1. Januar 2017: 1,275 %). Ein abgeleiteter Beihilfe- bzw. Heilfürsorgeanspruch reicht für die Beitragssatzvergünstigung dagegen nicht aus (Urteil des BSG vom 6. November 1997 – 12 RP 1/97 –, USK 9741).

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

A II 2.2.2 Beitragszuschlag zur Pflegeversicherung

Mitglieder haben ab Beginn des Monats nach Vollendung des 23. Lebensjahres einen Beitragszuschlag von 0,25 Beitragssatzpunkten zu zahlen, wenn sie keine Kinder haben oder hatten

(§ 55 Abs. 3 SGB XI). Der Beitragssatz beträgt in diesen Fällen zurzeit 2,6 % (ab 1. Januar 2017: 2,8 %).

Von Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit und Pflege einen eigenen Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge haben, ist der Beitragszuschlag nach § 55 Abs. 3 SGB XI ebenfalls in voller Höhe zu zahlen, so dass der Beitragssatz bei Bestehen einer Beihilfeberechtigung zurzeit 1,425 % (ab 1. Januar 2017: 1,525 %) beträgt.

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

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

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

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

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

Die Auswirkungen des Gesetzes zur Berücksichtigung von Kindererziehung im Beitragsrecht der sozialen Pflegeversicherung (KiBG) sind im Gemeinsamen Rundschreiben der ehemaligen Spitzenverbände der Pflegekassen, des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger, der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte und der Bundesagentur für Arbeit vom 3. Dezember 2004 zusammengefasst worden. Darin wird u. a. auf die Wirkung des Nachweises bzw. eines nicht vorliegenden Nachweises der Elterneigenschaft eingegangen.

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

A II 3 Tragung der Beiträge

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

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

A II 4 Zahlung der Beiträge

A II 4.1 Allgemeines

Soweit gesetzlich nichts Abweichendes bestimmt ist, sind die Beiträge von demjenigen zu zahlen, der sie zu tragen hat (§ 252 Abs. 1 Satz 1 SGB V) – im Fall von Beiträgen aus Versorgungsbezügen also grundsätzlich vom Mitglied („Selbstzahlverfahren“). § 256 Abs. 1 Satz 1 SGB V bestimmt als abweichende Sonderregelung, dass für Versicherungspflichtige, die eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, die Zahlstellen der Versorgungsbezüge die Beiträge aus Versorgungsbezügen einzubehalten und an die zuständige Krankenkasse zu zahlen haben („Zahlstellenverfahren“). Da die Zusatzbeiträge nach § 220 Abs. 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 Abs. 1 Satz 1 und 2 SGB XI für die Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung aus Versorgungsbezügen.

Sowohl beim Zahlstellen- als auch beim Selbstzahlverfahren 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 Kran-

krankenkasse, leitet die Beiträge arbeitstäglich an den Gesundheitsfonds weiter (§ 252 Abs. 2 Satz 2 und 3 SGB V). Die Zusatzbeiträge werden für den vom Bundesversicherungsamt 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 Abs. 3 Satz 1 und 2 SGB XI).

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

A II 4.2.1 Allgemeines

Für Rentner, die nach § 5 Abs. 1 Nr. 11, 11a, 11b oder 12 SGB V oder nach anderen gesetzlichen Vorschriften krankenversicherungspflichtig sind, haben die Zahlstellen von Versorgungsbezügen die Beiträge zu ermitteln, von den Versorgungsbezügen einzubehalten und an die zuständige Krankenkasse abzuführen (§ 256 Abs. 1 SGB V), die diese an den Gesundheitsfonds weiterleitet. Dies schließt die Rentner ein, die nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V versicherungspflichtig sind.

Als Rente der gesetzlichen Rentenversicherung im Sinne des § 256 Abs. 1 Satz 1 SGB V gelten neben Renten der allgemeinen Rentenversicherung auch die Renten der knappschaftlichen Rentenversicherung sowie Renten aus der Alterssicherung der Landwirte (vgl. § 23 SGB I). Bei Beziehern von Versorgungsbezügen, die eine Rente ausschließlich von einem ausländischen Rentenversicherungsträger beziehen und versicherungspflichtig sind (z. B. aufgrund eines Beschäftigungsverhältnisses), bewirkt die in § 228 Abs. 1 Satz 2 SGB V vorgenommene beitragsrechtliche Gleichstellung von ausländischen mit inländischen Renten der gesetzlichen Rentenversicherung, dass dann ebenfalls die Beitragsabführungspflicht durch die Zahlstelle nach § 256 Abs. 1 SGB V greift. Für freiwillig versicherte Rentner oder Versorgungsempfänger, die keine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, ist ein Beitragsabzug durch die Zahlstelle im Gesetz nicht vorgesehen.

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

Bei versicherungspflichtigen Rentnern haben die Zahlstellen von Versorgungsbezügen neben dem Krankenversicherungsbeitrag auch die Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung – ein-

schließlich des Beitragszuschlags für Kinderlose – einzubehalten und an die zuständige Krankenkasse zu zahlen.

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

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

A II 4.2.2 Nachweis der Beiträge

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

Der Beitragsnachweis weist die von der Zahlstelle für den jeweiligen Monat zu entrichtenden 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 Abs. 1 Satz 4 SGB V i. V. m. § 202 Abs. 2 Satz 1 SGB V hat die Zahlstelle der zuständigen Krankenkasse die Meldung (hier: den Beitragsnachweis) durch gesicherte und verschlüsselte Datenübertragung aus systemgeprüften Programmen oder mittels maschineller Ausfüllhilfen zu erstatten. Den Aufbau des Datensatzes, notwendige Schlüsselzahlen und Angaben legt nach Satz 2 des § 202 Abs. 2 SGB V der GKV-Spitzenverband in Grundsätzen fest, die vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales im Einvernehmen mit dem Bundesminis-

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

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

A II 4.2.3 Nachträglicher Einbehalt von rückständigen Beiträgen

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

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

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

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

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

A II 4.2.4 Mehrere Versorgungsbezüge

Erhält der Versicherte Versorgungsbezüge von mehreren Zahlstellen und übersteigen die Versorgungsbezüge zusammen mit dem 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. Insofern findet § 22 Abs. 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 AdL-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 AdL-Rente eine Betriebsrente im Sinne von § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V bezogen wurde, bestätigt.

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

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

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

BBG = 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 (vgl. A III 4).

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

A II 4.2.5 Erstattung zu Unrecht gezahlter Beiträge

In § 256 Abs. 2 Satz 4 SGB V wird bestimmt, dass die Erstattung von Beiträgen der zuständigen Krankenkasse obliegt. Die Krankenkassen können nach § 256 Abs. 2 Satz 5 SGB V jedoch Abweichendes vereinbaren. Findet das Zahlstellenverfahren Anwendung, ist es nicht zwingend, dass die Krankenkasse die Erstattung der Beiträge durchführt. Sofern die Zahlstelle von sich aus die Erstattung im Wege einer Verrechnung mit den laufend einzubehaltenden Beiträgen durchführt, wird dies auch ohne eine explizite Vereinbarung mit der Krankenkasse akzeptiert, soweit der Erstattungsanspruch unstrittig ist (z. B. 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 Abs. 3 Satz 1 SGB IV dem zu, der die Beiträge getragen hat, im Fall der Beiträge aus Versorgungsbezügen also dem Versicherten. Zudem ist die Verjährungsfrist von 4 Jahren nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem die Beiträge entrichtet worden sind (§ 27 Abs. 2 Satz 1 SGB IV), zu beachten.

A II 4.3 Zahlung der Beiträge durch den Versicherten („Selbstzahlverfahren“)

Zahlstellen mit regelmäßig weniger als insgesamt 30 beitragspflichtigen Versorgungsempfängern können gemäß § 256 Abs. 4 SGB V bei jeder betroffenen Krankenkasse beantragen, dass sie nicht zur Beitragseinbehaltung und -abführung verpflichtet werden. Für die Beurteilung, ob die Zahlstelle weniger als 30 beitragspflichtige Versorgungsempfänger hat, ist die Gesamtzahl der beitragspflichtigen Versorgungsempfänger der Zahlstelle maßgebend, und zwar unabhängig von deren Krankenkassenzugehörigkeit. Da die Anzahl der beitragspflichtigen Versorgungsempfänger im Laufe eines Jahres schwanken kann, sollte hierbei auf die Verhältnisse am 1. Januar eines Jahres abgestellt werden. Für die Ermittlung der Anzahl der beitragspflichtigen Versorgungsempfänger sind auch solche versicherungspflichtigen Versorgungsempfänger zu berücksichtigen, für die die Zahlstelle keine Beiträge einzubehalten hat. Versicherungspflichtige, die keine Rente, wohl aber Versorgungsbezüge erhalten, sind demnach mitzuzählen, zumal den Zahlstellen für diese Versorgungsempfänger die Meldepflicht nach § 202 SGB V obliegt. Ebenfalls anzurechnen sind versicherungspflichtige Versorgungsempfänger, deren Einnahmen aus Versorgungsbezügen und ggf. Arbeitseinkommen insgesamt die Mindesteinnahmegränze nach § 226 Abs. 2 SGB V nicht überschreiten. Freiwillig Versicherte bleiben dagegen unberücksichtigt.

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

- Beiträge von Versicherungspflichtigen zu erheben sind, die keine Rente beziehen; dies gilt nicht, soweit der Versicherte Versorgungsbezüge im Sinne von § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V bezieht,
- der Beitragseinzug durch die Zahlstelle unterblieben ist und Versorgungsbezüge nicht mehr gezahlt werden,
- Beiträge aus Kapitalabfindungen oder Kapitalleistungen (§ 229 Abs. 1 Satz 3 SGB V) zu erheben sind oder
- ausländische Versorgungsbezüge der Beitragspflicht unterliegen (§ 229 Abs. 1 Satz 2 SGB V).

A II 4.4 Nachzahlung von Versorgungsbezügen

Nach § 229 Abs. 2 SGB V in Verb. mit § 228 Abs. 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 Entste-

hungsprinzip ist § 22 Abs. 1 Satz 1 SGB IV; danach entstehen die Beitragsansprüche der Versicherungsträger, sobald die dafür im Gesetz oder auf Grund eines Gesetzes bestimmten Voraussetzungen vorliegen. Das Entstehungsprinzip bedeutet für laufende Versorgungsbezüge, dass diese beitragsrechtlich dem Zeitraum bzw. den einzelnen Abrechnungszeiträumen zuzuordnen sind, für den bzw. für die sie gewährt werden. Werden Versorgungsbezüge für vergangene Abrechnungszeiträume – aus welchem Grund auch immer – gezahlt, sind für die Bemessung der darauf entfallenden Beiträge grundsätzlich die für die einzelnen Abrechnungszeiträume geltenden Rechengrößen wie z. B. Beitragsbemessungsgrenze bzw. VB-max und Beitragssatz heranzuziehen.

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, vgl. § 3 Satz 3 SGB V) oder Zeiten des nachgehenden Leistungsanspruchs nach § 19 Abs. 2 oder 3 SGB V lösen gleichfalls eine Beitragspflicht der Nachzahlung aus.

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

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

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

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

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

A II 4.5 Auszahlung für mehrere Monate

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

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

Werden grundsätzlich monatlich zustehende Versorgungsbezüge in größeren Abständen, z. B. 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 (z. B. 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 Abs. 2 Satz 1 SGB V i. V. m. § 255 Abs. 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 II 4.6 Fälligkeit der Beiträge

Die von der Zahlstelle einbehaltenen Beiträge werden am 15. des Folgemonats der Auszahlung der Versorgungsbezüge fällig (§ 256 Abs. 1 Satz 2 SGB V). Dies gilt auch für Versorgungsbe-

züge, die in größeren Zeitabständen als monatlich – im Voraus oder im Nachhinein – gezahlt werden.

Für die nicht von der Zahlstelle einzubehaltenden und abzuführenden Beiträge der pflichtversicherten Versorgungsbezieher gilt § 23 SGB IV. Nach Satz 1 wird der Fälligkeitstag durch die Regelungen der Satzung bzw. den Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmt; als spätester Zahltag kann der Fünfzehnte des Monats vorgesehen werden, der auf den Monat folgt, für den die Beiträge zu entrichten sind. Nach der entsprechenden Regelung in den Beitragsverfahrensgrundsätzen Selbstzahler des GKV-Spitzenverbandes (hier: § 10 Abs. 1) sind diese Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung bis zum 15. des dem Beitragsmonat 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. In Fällen der Erstbewilligung von Versorgungsbezügen sind die Beiträge aus den nachgezahlten Versorgungsbezügen erst mit dem nächstfolgenden Fälligkeitstag nach der Auszahlung fällig. Für die Erhebung von Säumniszuschlägen gilt § 24 Abs. 1 und 2 SGB IV.

A II 5 Beitragsüberwachung

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

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

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

A III Meldungen

A III 1 Allgemeines

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

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

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

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

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

A III 2 Meldungen des Versorgungsempfängers

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

Auch gegenüber der Krankenkasse haben Versorgungsempfänger Melde- bzw. Mitteilungspflichten zu erfüllen. Für Versicherungspflichtige, die eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, resultiert diese Meldepflicht – hinsichtlich Beginn, Höhe und Veränderungen – aus der dafür geschaffenen Spezialvorschrift des § 205 Nr. 2 SGB V. Für die anderen Versorgungsempfänger, insbesondere für freiwillig Versicherte, resultieren diese Mitteilungspflichten aus der allgemeinen Vorschrift des § 206 SGB V. Grundlage für die insoweit bestehende Meldepflicht für die Durchführung der Familienversicherung stellt § 10 Abs. 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 (vgl. A III 3) nicht oder noch nicht nachgekommen ist, weil ihr z. B. die zuständige Krankenkasse nicht bekannt war oder, wenn der Empfänger der Versorgungsbezüge erst nach deren Zubilligung (z. B. durch Aufnahme einer Beschäftigung) gesetzlich krankenversichert wird.

A III 3 Meldungen der Zahlstelle

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

- Beginn,
- Höhe,
- Veränderungen und
- Ende

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

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

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

Bei laufenden Versorgungsbezügen ist sowohl in der Meldung über den Beginn des Versorgungsbezugs als auch in einer Änderungsmeldung unabhängig von der beitragsrechtlichen Beurteilung immer die Höhe des (vollen) monatlichen Betrags der Versorgungsbezüge anzugeben. Dies gilt auch in Fällen, in denen nicht der volle Betrag zur Auszahlung gelangt, nur für einen Teilmonat Beitragspflicht besteht, die Versorgungsbezüge in größeren Zeitabständen als monatlich (z. B. vierteljährlich) gezahlt werden die Versorgungsbezügen 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 ist – der beitragsrechtlichen Bewertung folgend (vgl. A II 1.8.2) – einmalig der Gesamtbetrag der Leistung zu melden.

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

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

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

A III 4 Meldungen der Krankenkasse

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

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

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

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

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

B Arbeitseinkommen

B I Rechtsgrundlagen

**§ 15 SGB IV
Arbeitseinkommen**

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

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

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

(1) bis (5) ...

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

(7) ...

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

(1) bis (6) ...

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

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

(7a) bis (11) ...

Hinweis

Weitere im Zusammenhang mit der Beitragspflicht von Arbeitseinkommen maßgebliche Rechtsgrundlagen, insbesondere die §§ 226, 236 und 237 SGB V, sind bereits im Abschnitt A I wiedergegeben.

B II Beiträge

B II 1 Beitragspflichtige Einnahmen

B II 1.1 Allgemeines

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

Hinsichtlich der Besonderheiten bei der Beitragsbemessung von versicherungspflichtigen Studenten und der nach § 5 Abs. 1 Nr. 10 SGB V Versicherungspflichtigen, die u. a. das Arbeitseinkommen als beitragspflichtige Einnahme betreffen, wird auf die Ausführungen im Abschnitt A II 1.12 verwiesen.

Im Hinblick auf den Ausschluss der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 5 SGB V bzw. § 2 Abs. 4a KVLG 1989 bei hauptberuflich selbstständiger Tätigkeit kann es sich bei dem Arbeitseinkommen im Sinne der §§ 226 und 227 SGB V allerdings nur um ein Arbeitseinkommen aus

einer nicht hauptberuflich ausgeübten selbstständigen Erwerbstätigkeit handeln, da die Person ansonsten nicht zu den versicherungspflichtigen Personenkreisen (Ausnahme: Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V) gehören kann.

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

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

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

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

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

B II 1.2 Mindesteinnahmegrenze

Für das Arbeitseinkommen gilt wie bei Versorgungsbezügen die Mindesteinnahmegrenze des § 226 Abs. 2 SGB V (Näheres vgl. Abschnitt A II 1.10).

B II 1.3 Nachweis des Arbeitseinkommens und Wirkungszeitpunkt nachgewiesener Änderungen

B II 1.3.1 Allgemeines

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

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

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

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

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

B II 1.3.2 Besonderheiten

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

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

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

Beispiel:

Ausübung einer hauptberuflich selbstständigen Tätigkeit und freiwillige Mitgliedschaft seit	01.03.1990
Bezug einer Regelaltersrente ab Vorversicherungszeit für die KVdR erfüllt.	01.04.2012
Wechsel von der haupt- zur nebenberuflich selbstständigen Tätigkeit zum	01.08.2014
↳ Vorerst Ende der endgültigen Festsetzung der Beiträge aus dem Arbeitseinkommen (zuletzt auf der Basis des Einkommensteuerbescheides für 2012) zum	31.07.2014
↳ Einstweilige Festsetzung der Beiträge aus dem Arbeitseinkommen ab	01.08.2014
Eingang des Einkommensteuerbescheides für 2013 am	10.12.2014
↳ Ohne Auswirkung auf die Beiträge.	
Eingang des Einkommensteuerbescheides für 2014 am	20.11.2015
↳ Endgültige Festsetzung der Beiträge aus dem Arbeitseinkommen auf der Basis des durchschnittlichen monatlichen Arbeitseinkommens in der Zeit vom 01.08.2014 bis 31.12.2014 ab	01.08.2014 bis laufend
Eingang des am 18.11.2016 ausgestellten Einkommensteuerbescheides für 2015 (mit einem niedrigeren durchschnittlichen monatlichen Arbeitseinkommen als in der Zeit vom 01.08.2014 bis 31.12.2014) am	03.12.2016
↳ Neufestsetzung der Beiträge ab	01.01.2017

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

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

B II 2 Beitragssatz

B II 2.1 Beitragssatz in der Krankenversicherung

Nach § 248 SGB V gilt bei Versicherungspflichtigen für die Bemessung der Beiträge aus dem Arbeitseinkommen der allgemeine Beitragssatz (nach § 241 SGB V). Dieser beträgt zurzeit 14,6 %. Daneben ist ggf. der kassenindividuelle Zusatzbeitragssatz nach § 242 Abs. 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 Abs. 2 Satz 2 und 3, § 42 Abs. 4 Satz 1 und § 45 Abs. 2 Satz 2 KVLG 1989).

B II 2.2 Beitragssatz in der Pflegeversicherung

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

B II 3 Tragung der Beiträge

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

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

B II 4 Zahlung der Beiträge

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

Die Fälligkeit der Beiträge aus dem Arbeitseinkommen wird von § 23 Abs. 1 Satz 1 SGB IV erfasst, wonach der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) den Fälligkeitstag bestimmt. Die Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler sehen in § 10 Abs. 1 für alle

von den Versicherten selbst zu zahlenden Beiträge den 15. des dem Beitragsmonat folgenden Monats als Fälligkeitstag vor. Satz 2 des § 23 Abs. 1 SGB IV trifft, obgleich hier von Beiträgen, die nach dem Arbeitseinkommen zu bemessen sind, gesprochen wird, auf das Arbeitseinkommen im Sinne des § 226 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V und § 237 Satz 1 Nr. 3 SGB V nicht zu.

Der Fälligkeitstag für die an die landwirtschaftliche Krankenkasse zu zahlenden Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge bestimmt sich nach deren Satzung (§ 23 Abs. 1 Satz 1 SGB IV). Danach sind auch die Beiträge aus außerlandwirtschaftlichem Arbeitseinkommen spätestens am drittletzten Bankarbeitstag des Monats fällig, für den sie zu zahlen sind.

Für die Erhebung von Säumniszuschlägen gilt § 24 SGB IV.

B III Mitteilungs-/Nachweisverfahren

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

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

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

C Renten aus dem Ausland

C I Rechtsgrundlagen

**Artikel 5
VO (EG) Nr. 883/2004
Gleichstellung von Leistungen, Einkünften, Sachverhalten oder Ereignissen**

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

- a) Hat nach den Rechtsvorschriften des zuständigen Mitgliedstaats der Bezug von Leistungen der sozialen Sicherheit oder sonstiger Einkünfte bestimmte Rechtswirkungen, so sind die entsprechenden Rechtsvorschriften auch bei Bezug von nach den Rechtsvorschriften eines anderen Mitgliedstaats gewährten gleichartigen Leistungen oder bei Bezug von in einem anderen Mitgliedstaat erzielten Einkünften anwendbar.
- b) Hat nach den Rechtsvorschriften des zuständigen Mitgliedstaats der Eintritt bestimmter Sachverhalte oder Ereignisse Rechtswirkungen, so berücksichtigt dieser Mitgliedstaat die in einem anderen Mitgliedstaat eingetretenen entsprechenden Sachverhalte oder Ereignisse, als ob sie im eigenen Hoheitsgebiet eingetreten wären.

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

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

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

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

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

§ 228 SGB V
Rente als beitragspflichtige Einnahmen

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

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

§ 247 SGB V
Beitragssatz aus der Rente

Für Versicherungspflichtige findet für die Bemessung der Beiträge aus Renten der gesetzlichen Rentenversicherung der allgemeine Beitragssatz nach § 241 Anwendung. Abweichend von Satz 1 gilt bei Versicherungspflichtigen für die Bemessung der Beiträge aus ausländischen Renten nach § 228 Abs. 1 Satz 2 die Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes. Veränderungen des Zusatzbeitragssatzes gelten jeweils vom ersten Tag des zweiten auf die Veränderung folgenden Kalendermonats an; dies gilt nicht für ausländische Renten nach § 228 Absatz 1 Satz 2.

Hinweis

Weitere im Zusammenhang mit der Beitragspflicht von gesetzlichen Renten aus dem Ausland maßgebliche Rechtsgrundlagen, z. B. die §§ 250 und 252 SGB V, sind bereits im Abschnitt A I wiedergegeben.

C II Beiträge

C II 1 Beitragspflichtige Einnahmen

C II 1.1 Allgemeines

Artikel 5 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 sieht im Allgemeinen eine Gleichstellung von in- und ausländischen Leistungen der sozialen Sicherheit in Bezug auf Rechtswirkungen in den Mitgliedstaaten vor. Die Vorschrift des § 228 Abs. 1 Satz 2 SGB V, in Kraft ab 1. Juli 2011, konkretisiert dieses Prinzip im Bereich der Krankenversicherung der Rentner 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 ab 1. Juli 2011 in den Anwendungsfällen des § 226 Abs. 1 Satz 1 Nr. 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 Abs. 1 Nr. 11 b Buchstabe a SGB V und damit nicht von der Beitragsfreiheit nach § 237 Satz 2 SGB V erfasst.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

C II 1.2 Vergleichbarkeit mit inländischen Renten

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

Sowohl der Gesetzestext als auch die Gesetzesbegründung sprechen allgemein von einer Vergleichbarkeit von ausländischer und deutscher Rente, ohne die daran gestellten Anforderun-

gen konkret zu definieren. Eine Vergleichbarkeit in diesem Sinne ist im Allgemeinen dann zu unterstellen, wenn die gesetzliche Rente aus dem Ausland

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

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

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

Diese Eintragung setzt voraus, dass der zuständige Mitgliedstaat nach Artikel 9 Abs. 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 Abs. 4 und Anhang der Verordnung (EG) 987/2009 statt.

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

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

Gewährt der ausländische Rentenversicherungsträger eine Abfindung, weil z. B. mangels Erfüllung der Wartezeit kein Anspruch auf eine Rente besteht (z. B. in Österreich nach § 269 Allgemeines Sozialversicherungsgesetz – ASVG) oder der Rentenanspruch nur einen Bruchteil der „Vollrente“ umfasst (z. B. in der Schweiz bei bestimmten Teilrenten) kann nicht von einer Ver-

gleichbarkeit mit einer deutschen Rente ausgegangen werden, da derartige Abfindungen im deutschen Rentenversicherungsrecht nicht vorgesehen sind.

Bei „Zuschüssen“ oder „Zuschlägen“ (insbesondere abhängig von den Familienverhältnissen, z. B. der Anzahl der Kinder) ist zu unterscheiden, ob sie integraler Bestandteil der Rente sind, wie in Deutschland z. B. der auf Entgeltpunkten für Kindererziehungszeiten entfallende Teil des 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.bund.de) über vergleichbare (ausländische) Leistungen nach § 65 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 EStG zurückgegriffen werden. Die Übersicht weist ausländische Leistungen aus, die mit Kinderzulagen aus der gesetzlichen Unfallversicherung, einem Kinderzuschuss aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder dem Kindergeld in Deutschland vergleichbar sind und die Zahlung von Kindergeld nach dem EStG ausschließen oder vermindern. Bei den darin aufgeführten Leistungen kann davon ausgegangen werden, dass sie, sofern sie Personen gewährt werden, die eine gesetzliche Rente aus dem Ausland beziehen, nicht integraler Bestandteil dieser Rente sind.

C II 1.3 Besondere Zahlungsweisen

C II 1.3.1 Allgemeines

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

C II 1.3.2 Einmalige Zahlungen

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

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

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

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

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

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

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

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

C II 1.3.4 Mehrwöchiger Zahlungsrhythmus einer laufenden Rente

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

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

C II 1.4 Währungsumrechnung

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

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

Nach 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 Nr. H3 der Verwaltungskommission für die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit gilt – sofern in diesem Beschluss nicht anders angegeben – der Umrechnungskurs, der an dem Tag veröffentlicht wurde, an dem der Träger den entsprechenden Vorgang ausführt, das heißt an dem die Beiträge aus der ausländischen Rente festgesetzt werden. Dies gilt auch für eine rückwirkende Festsetzung bzw. Nachforderung von Beiträgen. 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 Abs. 1 Satz 1 SGB IV wird in fremder Währung erzieltetes Einkommen ebenfalls nach dem Referenz(wechsel)kurs, den die EZB öffentlich bekannt gibt, umgerechnet.

Bei einer Änderung der Höhe der ausländischen Rente kommt nur eine analoge Anwendung von § 17a Abs. 2 Satz 1 und 2 und Abs. 3 Satz 1 Nr. 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 Abs. 3 SGB IV zu beantworten. Gemäß § 17a Abs. 3 Satz 1 Nr. 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 Abs. 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 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 Abs. 3 Satz 1 Nr. 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 Abs. 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 z. B. der Rente der deutschen gesetzlichen Rentenversicherung.

C II 2 Beitragssatz

C II 2.1 Beitragssatz in der Krankenversicherung

Da der ausländische Rentenversicherungsträger an den Beiträgen nicht beteiligt ist und damit das Mitglied die Beiträge aus der ausländischen Rente allein zu tragen hat, ist in § 247 Satz 2 SGB V ein für diese Einnahmeart geltender besonderer Beitragssatz festgeschrieben. Dieser Beitragssatz beträgt die Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes (§ 241 SGB V), zurzeit 7,3 %. Daneben ist gegebenenfalls der kassenindividuelle Zusatzbeitragssatz (§ 242 Abs. 1 SGB V), in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz (§ 242a SGB V), zu berücksichtigen. 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 II 2.2 Beitragssatz in der Pflegeversicherung

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

C II 3 Tragung der Beiträge

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

Für die Tragung der Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung aus ausländischen Renten gilt die besondere Regelung des § 59 Abs. 1 Satz 1 zweiter Halbsatz SGB XI, wonach die Beiträge aus der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung vom Mitglied allein zu tragen sind. Da bei

inländischen Renten ebenfalls kein Zuschuss mehr zu den Pflegeversicherungsbeiträgen gewährt wird, wird auch hinsichtlich der Beitragsbelastung zur Pflegeversicherung eine Gleichschaltung von ausländischen mit inländischen Renten erreicht.

C II 4 Zahlung der Beiträge

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

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

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

Für die Erhebung von Säumniszuschlägen gilt § 24 SGB IV.

C III Mitteilungs-/Nachweisverfahren

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

Ogleich 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 Auskunft- und Mitteilungspflichten des Versicherten nach § 206 SGB V zu erheben. Eine entsprechende Abfrage erfolgt u. a. in der Meldung zur KVdR nach § 201 Abs. 1 SGB V.

Damit die Krankenkassen ihrer Verpflichtung zur vollständigen Erhebung der Beiträge nachkommen können, haben sie auch außerhalb des Antragsverfahrens einer deutschen Rente die

dafür in Frage kommenden (die Beiträge nicht selbst zahlenden) Mitglieder bei jeder sich bietenden Gelegenheit auf die Pflicht zur Angabe des Bezuges einer ausländischen Rente hinzuweisen bzw. konkret zu befragen (z. B. anlässlich der Neubegründung einer Mitgliedschaft bzw. bei Wechsel der Krankenkasse).

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

D Waisenrente einer berufsständischen Versorgungseinrichtung

D I Rechtsgrundlagen (Stand: 1. Januar 2017)

**§ 5 SGB V
Versicherungspflicht**

(1) Versicherungspflichtig sind

1. bis 10. ...

11. Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Stellung des Rentenanspruchs mindestens neun Zehntel der zweiten Hälfte des Zeitraums Mitglied oder nach § 10 versichert waren

11a. ...

11b. Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch

a) auf eine Waisenrente nach § 48 des Sechsten Buches oder

b) auf eine entsprechende Leistung einer berufsständischen Versorgungseinrichtung, wenn der verstorbene Elternteil zuletzt als Beschäftigter von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung wegen einer Pflichtmitgliedschaft in einer berufsständischen Versorgungseinrichtung nach § 6 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 des Sechsten Buches befreit war,

erfüllen und diese beantragt haben; dies gilt nicht für Personen, die zuletzt vor der Stellung des Rentenanspruchs privat krankenversichert waren, es sei denn, sie erfüllen die Voraussetzungen für eine Familienversicherung mit Ausnahme des § 10 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 oder die Voraussetzungen der Nummer 11,

12. und 13. ...

(2) bis (6) ...

(7) Nach Absatz 1 Nr. 9 oder 10 ist nicht versicherungspflichtig, wer nach Absatz 1 Nr. 1 bis 8, 11 bis 12 versicherungspflichtig oder nach § 10 versichert ist, es sei denn, der Ehegatte, der Lebenspartner oder das Kind des Studenten oder Praktikanten ist nicht versichert oder die Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nummer 11b besteht über die Altersgrenze des § 10 Ab-

satz 2 Nummer 3 hinaus. Die Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nr. 9 geht der Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nr. 10 vor.

(8) Nach Absatz 1 Nr. 11 bis 12 ist nicht versicherungspflichtig, wer nach Absatz 1 Nr. 1 bis 7 oder 8 versicherungspflichtig ist.

(8a) bis (11) ...

§ 8

Befreiung von der Versicherungspflicht

(1) Auf Antrag wird von der Versicherungspflicht befreit, wer versicherungspflichtig wird

1. bis 3. ...

4. durch den Antrag auf Rente oder den Bezug von Rente oder die Teilnahme an einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben (§ 5 Abs. 1 Nr. 6, 11 bis 12),

5. bis 7. ...

(2) Der Antrag ist innerhalb von drei Monaten nach Beginn der Versicherungspflicht bei der Krankenkasse zu stellen. Die Befreiung wirkt vom Beginn der Versicherungspflicht an, wenn seit diesem Zeitpunkt noch keine Leistungen in Anspruch genommen wurden, sonst vom Beginn des Kalendermonats an, der auf die Antragstellung folgt. Die Befreiung kann nicht widerrufen werden. Die Befreiung wird nur wirksam, wenn das Mitglied das Bestehen eines anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall nachweist.

§ 10 SGB V

Familienversicherung

(1) Versichert sind der Ehegatte, der Lebenspartner und die Kinder von Mitgliedern sowie die Kinder von familienversicherten Kindern, wenn diese Familienangehörigen

1. ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben,

2. nicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 1, 2, 2a, 3 bis 8, 11 bis 12 oder nicht freiwillig versichert sind,

3. nicht versicherungsfrei oder nicht von der Versicherungspflicht befreit sind; dabei bleibt die Versicherungsfreiheit nach § 7 außer Betracht,

4. nicht hauptberuflich selbstständig erwerbstätig sind und

5. kein Gesamteinkommen haben, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches überschreitet; bei Renten wird der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt; für geringfügig Beschäftigte nach § 8 Abs. 1 Nr. 1, § 8a des Vierten Buches beträgt das zulässige Gesamteinkommen 450 Euro.

...

(2) Kinder sind versichert

1. bis zur Vollendung des achtzehnten Lebensjahres,

2. bis zur Vollendung des dreiundzwanzigsten Lebensjahres, wenn sie nicht erwerbstätig sind,
3. bis zur Vollendung des fünfundzwanzigsten Lebensjahres, wenn sie sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden oder ein freiwilliges soziales Jahr oder ein freiwilliges ökologisches Jahr im Sinne des Jugendfreiwilligendienstegesetzes oder Bundesfreiwilligendienst nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz leisten; wird die Schul- oder Berufsausbildung durch Erfüllung einer gesetzlichen Dienstpflicht des Kindes unterbrochen oder verzögert, besteht die Versicherung auch für einen der Dauer dieses Dienstes entsprechenden Zeitraum über das fünfundzwanzigste Lebensjahr hinaus; dies gilt ab dem 1. Juli 2011 auch bei einer Unterbrechung oder Verzögerung durch den freiwilligen Wehrdienst nach § 58b des Soldatengesetzes, einen Freiwilligendienst nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz, dem Jugendfreiwilligendienstegesetz oder einen vergleichbaren anerkannten Freiwilligendienst oder durch eine Tätigkeit als Entwicklungshelfer im Sinne des § 1 Absatz 1 des Entwicklungshelfer-Gesetzes für die Dauer von höchstens zwölf Monaten,
4. ohne Altersgrenze, wenn sie als behinderte Menschen (§ 2 Abs. 1 Satz 1 des Neunten Buches) außer Stande sind, sich selbst zu unterhalten; Voraussetzung ist, dass die Behinderung zu einem Zeitpunkt vorlag, in dem das Kind nach Nummer 1, 2 oder 3 versichert war.

(3) ...

(4) Als Kinder im Sinne der Absätze 1 bis 3 gelten auch Stiefkinder und Enkel, die das Mitglied überwiegend unterhält, sowie Pflegekinder (§ 56 Abs. 2 Nr. 2 des Ersten Buches). Kinder, die mit dem Ziel der Annahme als Kind in die Obhut des Annehmenden aufgenommen sind und für die die zur Annahme erforderliche Einwilligung der Eltern erteilt ist, gelten als Kinder des Annehmenden und nicht mehr als Kinder der leiblichen Eltern. Stiefkinder im Sinne des Satzes 1 sind auch die Kinder des Lebenspartners eines Mitglieds.

(5) und (6) ...

§ 186 SGB V

Beginn der Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger

(1) bis (8) ...

(9) Die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Rentner beginnt mit dem Tag der Stellung des Rentenanspruchs.

(10) und (11) ...

§ 189 SGB V

Mitgliedschaft von Rentenantragstellern

(1) Als Mitglieder gelten Personen, die eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beantragt haben und die Voraussetzungen nach § 5 Absatz 1 Nummer 11 bis 12 und Absatz 2, je-

doch nicht die Voraussetzungen für den Bezug der Rente erfüllen. Satz 1 gilt nicht für Personen, die nach anderen Vorschriften versicherungspflichtig oder nach § 6 Abs. 1 versicherungsfrei sind.

(2) Die Mitgliedschaft beginnt mit dem Tag der Stellung des Rentenantrags. Sie endet mit dem Tod oder mit dem Tag, an dem der Antrag zurückgenommen oder die Ablehnung des Antrags unanfechtbar wird.

§ 190 SGB V

Ende der Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger

(1) bis (10) ...

(11) Die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Rentner endet

1. mit Ablauf des Monats, in dem der Anspruch auf Rente wegfällt oder die Entscheidung über den Wegfall oder den Entzug der Rente unanfechtbar geworden ist, frühestens mit Ablauf des Monats, für den letztmalig Rente zu zahlen ist,
2. bei Gewährung einer Rente für zurückliegende Zeiträume mit Ablauf des Monats, in dem die Entscheidung unanfechtbar wird.

(11a) bis (13) ...

§ 202 SGB V

Meldepflichten bei Versorgungsbezügen

(1) Die Zahlstelle hat bei der erstmaligen Bewilligung von Versorgungsbezügen sowie bei Mitteilung über die Beendigung der Mitgliedschaft eines Versorgungsempfängers und in den Fällen des § 5 Absatz 1 Nummer 11b die zuständige Krankenkasse des Versorgungsempfängers zu ermitteln und dieser Beginn, Höhe, Veränderungen und Ende der Versorgungsbezüge und in den Fällen des § 5 Absatz 1 Nummer 11b den Tag der Antragstellung unverzüglich mitzuteilen. ...

(2) ...

§ 225 SGB V

Beitragsfreiheit bestimmter Rentenantragsteller

Beitragsfrei ist ein Rentenantragsteller bis zum Beginn der Rente, wenn er

1. als hinterbliebener Ehegatte oder hinterbliebener Lebenspartner eines nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 oder 12 versicherungspflichtigen Rentners, der bereits Rente bezogen hat, Hinterbliebenenrente beantragt,
2. als Waise die Voraussetzungen nach § 5 Absatz 1 Nummer 11b erfüllt und die dort genannten Leistungen vor Vollendung des achtzehnten Lebensjahres beantragt oder

3. ohne die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 oder 12 nach § 10 dieses Buches oder nach § 7 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte versichert wäre.

Satz 1 gilt nicht, wenn der Rentenantragsteller Arbeitseinkommen oder Versorgungsbezüge erhält. ³ § 226 Abs. 2 gilt entsprechend.

§ 237 SGB V

Beitragspflichtige Einnahmen versicherungspflichtiger Rentner

Bei versicherungspflichtigen Rentnern werden der Beitragsbemessung zugrunde gelegt

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

Bei Versicherungspflichtigen nach § 5 Absatz 1 Nummer 11b sind die dort genannten Leistungen bis zum Erreichen der Altersgrenzen des § 10 Absatz 2 beitragsfrei.³ Dies gilt entsprechend für die Waisenrente nach § 15 des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte. § 226 Abs. 2 und die §§ 228, 229 und 231 gelten entsprechend.

§ 45 KVLG 1989

Beitragsberechnung für Altenteiler

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

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

Bei Personen, die eine Waisenrente nach § 48 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch, eine in § 5 Absatz 1 Nummer 11b Buchstabe b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannte entsprechende Leistung einer berufsständischen Versorgungseinrichtung oder eine Waisenrente nach § 15 des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte beziehen, sind diese Leistungen bis zum Erreichen der Altersgrenzen des § 10 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beitragsfrei.

§ 20 SGB XI

Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung für Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung

(1) Versicherungspflichtig in der sozialen Pflegeversicherung sind die versicherungspflichtigen Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung. Dies sind:

1. bis 10. ...

11. Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, soweit sie nach § 5 Abs. 1 Nr. 11, 11a, 11b oder 12 des Fünften Buches der Krankenversicherungspflicht unterliegen,

12. ...

(2) bis (4) ...

§ 49 SGB XI Mitgliedschaft

(1) Die Mitgliedschaft bei einer Pflegekasse beginnt mit dem Tag, an dem die Voraussetzungen des § 20 oder des § 21 vorliegen. Sie endet mit dem Tod des Mitglieds oder mit Ablauf des Tages, an dem die Voraussetzungen des § 20 oder des § 21 entfallen, sofern nicht das Recht zur Weiterversicherung nach § 26 ausgeübt wird. Für die nach § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 Versicherten gelten § 186 Abs. 11 und § 190 Abs. 13 des Fünften Buches entsprechend.

(2) Für das Fortbestehen der Mitgliedschaft gelten die §§ 189, 192 des Fünften Buches sowie § 25 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte entsprechend.

D II Versicherung

D II 1 Allgemeines

Wie die Personen, die Anspruch auf eine Waisenrente der gesetzlichen Rentenversicherung (vgl. § 48 SGB VI) haben, werden ab 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 Abs. 1 Nr. 11b Buchstabe b SGB V, an den die Versicherungspflicht in der Pflegeversicherung nach § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 11 SGB XI anknüpft.

In der Phase der Renten Antragstellung entsteht dann in der Regel eine Pflichtmitgliedschaft nach § 189 SGB V bzw. § 49 Abs. 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 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V weiterhin handelt) bzw. ein Anspruch auf Versorgungsbezüge versicherungs- bzw. mitgliedschaftsrechtliche Wirkungen nach sich (vgl. D II 2 bis D III).

Eine Befreiung von der Versicherungspflicht auf Antrag ist nach § 8 Abs. 1 Nr. 4 SGB V möglich (vgl. D II 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 (vgl. D IV). Damit soll auch dieser Personenkreis von Waisenrentnern von der ansonsten für Rentner mit der Pflicht- oder freiwilligen Versicherung verbundenen Beitragsbelastung ausgenommen werden.

Von dem neuen Versicherungspflichttatbestand werden nicht nur die „Neurentner“, die einen Rentenanspruch ab 1. Januar 2017 stellen, sondern – ohne Übergangsregelung – auch alle Bestandsrentner und –rentenantragsteller erfasst, die bisher familienversichert, freiwillig versichert oder auch privat krankenversichert sind.

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 II 2 Voraussetzungen für die Versicherungspflicht

D II 2.1 Personenkreiszugehörigkeit

Von der Versicherungspflicht in der Krankenversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 b Buchstabe b SGB V und in der Folge in der Pflegeversicherung nach § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 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 Abs. 1 Nr. 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 (vgl. § 48 Abs. 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 Abs. 1 Nr. 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 (vgl. § 2 SGB VI), einschließlich der Personen nach § 2 Satz 1 Nr. 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 (z. B. 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 Abs. 1 Nr. 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, z. B. 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 II 2.2 Zuletzt privat krankenversicherte Personen

Die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 11b Buchstabe b SGB V und § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 11 SGB XI ist ausgeschlossen, wenn die Waise zuletzt vor der Stellung des Rentenanspruchs privat krankenversichert war. Dieser Ausschluss von der Versicherungspflicht gilt wiederum nicht, wenn für die Waise die Voraussetzungen für eine Familienversicherung (mit Ausnahme des § 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V) oder die Voraussetzungen des § 5 Abs. 1 Nr. 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 Sicherungssys-

tem 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 Abs. 1 Nr. 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 Abs. 1 Nr. 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 Abs. 1 Satz 1 Nr. 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 Abs. 1 Satz 1 Nr. 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 Abs. 1 Nr. 11b Buchstabe b SGB V führt, stellt die Erfüllung der Vorversicherungszeit nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 SGB V dar. Die Vorversicherungszeit ist danach erfüllt, wenn die den Rentenanspruch stellende Person seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Stellung des Rentenanspruchs 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 Abs. 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 Abs. 1 Nr. 11b Buchstabe b SGB V,

hat die Waise die Möglichkeit sich unter den Voraussetzungen des § 8 Abs. 1 Nr. 4 und Abs. 2 SGB V auf Antrag von der Versicherungspflicht befreien zu lassen (vgl. D II 5).

D II 3 Ausschluss der Versicherungspflicht/Versicherungskonkurrenz

Die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 11b Buchstabe b SGB V besteht nicht, wenn die Waise eine hauptberuflich selbstständige Erwerbstätigkeit ausübt (§ 5 Abs. 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 Abs. 7 und 8 SGB V Regelungen der Versicherungskonkurrenz u. a. in Bezug auf die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 11b Buchstabe b SGB V. So verdrängt nach § 5 Abs. 7 Satz 1 SGB V die Versicherungspflicht als Waisenrentner grundsätzlich die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 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 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V (Vollendung des 25. Lebensjahres, ggf. unter Berücksichtigung von Verlängerungstatbeständen) dreht sich dieses Vorrang-/Nachrangverhältnis um und es tritt Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 9 oder 10 SGB V mit den entsprechenden beitragsrechtlichen Folgen ein (vgl. A II 1.12). Nach § 5 Abs. 8 SGB V wird die Versicherungspflicht als Waisenrentner generell von einer Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 bis 7 oder 8 SGB V, z. B. aufgrund einer Berufsausbildung gegen Arbeitsentgelt, verdrängt, was wiederum beitragsrechtliche Konsequenzen hat.

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

D II 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 (sog. „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 Nr. 11b Buchstabe b SGB V

erfüllen, wenn und solange sie zu den in § 6 Absatz 1 Nr. 1 und 2 sowie 4 bis 8 SGB V genannten versicherungsfreien Personen gehören.

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

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

D II 5 Befreiung von der Versicherungspflicht

Wer durch einen Antrag oder den Bezug auf Waisenrente eines Versorgungswerks nach § 5 Absatz 1 Nr. 11b Buchstabe b SGB V versicherungspflichtig wird, kann sich nach § 8 Abs. 1 Nr. 4 SGB V auf Antrag von der Versicherungspflicht befreien lassen. 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 (vgl. D III 1) 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 Nr. 4 SGB V, nur möglich, wenn der Betroffene einen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall hat und diesen nachweist (§ 8 Abs. 2 Satz 4 SGB V). Damit wird sichergestellt, dass keine Person ohne Absicherung im Krankheitsfall ist.

Der Antrag auf Befreiung ist nach § 8 Abs. 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 (vgl. § 186 Abs. 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 Abs. 1 Nr. 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 III Mitgliedschaft

D III 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 Abs. 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 III 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 Abs. 1 Nr. 11b Buchstabe b SGB V erfüllt sind, bestimmt § 189 Abs. 1 SGB V, dass die betreffende Person als Mitglied gilt. Die Mitgliedschaft beginnt nach § 189 Abs. 2 Satz 1 SGB V mit dem Tag der Stellung des Rentenanspruchs.

Die Mitgliedschaft nach § 189 SGB V ist ausgeschlossen, wenn und solange eine Vorrangversicherungspflicht oder Versicherungsfreiheit besteht (§ 189 Abs. 1 Satz 2 SGB V) oder die Waise eine hauptberuflich selbstständige Tätigkeit ausübt (vgl. D II 3 und D II 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 Rentenanspruchs (§ 186 Abs. 9 SGB V). Die Rentenantragstellermitgliedschaft nach § 189 SGB V wird dann rückwirkend vollständig durch eine Mitgliedschaft als Rentner nach § 186 Abs. 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 III 3 Mitgliedschaft als Rentenbezieher

Die Mitgliedschaft der versicherungspflichtigen Waisenrentner der Versorgungswerke beginnt nach § 186 Abs. 9 SGB V mit dem Tag der Stellung des Rentenanspruchs. 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 Abs. 1 Nr. 11 b Buchstabe b SGB V ausschließende Vorrangversicherungspflicht oder Versicherungsfreiheit besteht (§ 189 Abs. 1 Satz 2 SGB V) oder die Waise eine hauptberuflich selbstständige Tätigkeit ausübt (vgl. D II 3 und D II 4).

Die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Rentner, so auch Waisenrentner der Versorgungswerke, endet nach § 190 Abs. 11 Nr. 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 Abs. 11 Nr. 2 SGB V die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Waisenrentner der Versorgungswerke mit Ablauf des Monats, in dem die Entscheidung des Versorgungswerks unanfechtbar wird.

D III 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 Abs. 1 Nr. 11b Buchstabe b SGB V fort. § 193 SGB V für das Fortbestehen der Mitgliedschaft gilt nicht.

D IV Krankenkassenwahlrecht/-zuständigkeit

Für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 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 Abs. 4 SGB V. Die Ausübung des Wahlrechts vollzieht sich nach den Regelungen des § 175 SGB V. Nach § 175 Abs. 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.

Die Ausübung des Wahlrechts ist gegenüber der gewählten Krankenkasse zu erklären. Nach Ausübung des Wahlrechts stellt die Krankenkasse dem Mitglied unverzüglich eine Mitgliedsbescheinigung aus. Die Mitgliedsbescheinigung ist zum Zweck der Vorlage bei der zur Meldung verpflichteten Stelle (hier: Versorgungswerk) auch bei Eintritt der Versicherungspflicht bzw. Pflichtmitgliedschaft als Rentenantragsteller auszustellen.

Versicherungspflichtige haben der zur Meldung verpflichteten Stelle unverzüglich eine Mitgliedsbescheinigung vorzulegen. Damit wird erreicht, dass diese Stelle zeitnah Klarheit über die zuständige Krankenkasse erhält und ihren Meldepflichten nachkommen kann. Wird die Mitgliedsbescheinigung nicht spätestens zwei Wochen nach Eintritt der Versicherungspflicht vorgelegt, hat die zur Meldung verpflichtete Stelle den Versicherungspflichtigen 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 den Versicherungspflichtigen ab Eintritt der Versicherungspflicht bei einer

nach § 173 wählbaren Krankenkasse anzumelden und den Versicherungspflichtigen unverzüglich über die gewählte Krankenkasse zu unterrichten.

An die aktiv vom Mitglied oder ersatzweise von der zur Meldung verpflichteten Stelle vorgenommene Wahl der Krankenkasse ist das Mitglied grundsätzlich 18 Monate gebunden (§ 175 Abs. 4 Satz 1 SGB V).

Im Fall der Krankenkassenwahl im Wege einer Kündigung (vgl. § 175 Abs. 4 Satz 2 bis 4 SGB V) der Mitgliedschaft bei der bisherigen Krankenkasse kann das Wahlrecht zu der neuen Krankenkasse bis zum Ende der Kündigungsfrist ausgeübt werden. Eine Kündigung der Mitgliedschaft ist zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats möglich, gerechnet von dem Monat, in dem das Mitglied die Kündigung erklärt. Die Krankenkasse hat dem Mitglied unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Kündigung eine Kündigungsbestätigung auszustellen. Die Kündigung wird wirksam, wenn das Mitglied der zur Meldung verpflichteten Stelle innerhalb der Kündigungsfrist eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse durch eine Mitgliedsbescheinigung oder das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall nachweist.

Weitere Einzelheiten zum Krankenkassenwahlrecht von Rentnern und Rentenantragstellern, die im Grundsatz ebenso für Waisenrentner von Versorgungswerken gelten, können dem Gemeinsamen Rundschreiben zur Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner des GKV-Spitzenverbandes und der Deutschen Rentenversicherung Bund in der jeweils geltenden Fassung und den sonstigen Publikationen des GKV-Spitzenverbandes zum Krankenkassenwahlrecht entnommen werden.

D V Beiträge

D V 2 Beiträge als Rentenantragsteller

D V 2.1 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 Abs. 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 Abs. 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 Abs. 4 Satz 1 SGB V für den Kalendertag mindestens vom 90. Teil der monatlichen Bezugsgröße (allgemeine Mindestbeitragsbemessungsgrenze) und nach § 223 Abs. 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 Abs. 1 Satz 1 SGB XI, der Beitragszuschlag für kinderlose Versicherte ab Vollendung des 23. Lebensjahres ist in § 55 Abs. 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 Abs. 2 SGB V, § 252 Abs. 1 Satz 1 SGB V, § 59 Abs. 4 Satz 1 SGB XI, § 60 Abs. 1 Satz 1 SGB XI).

D V 2.2 Beitragsfreiheit

Waisen, die die Voraussetzungen nach § 5 Abs. 1 Nr. 11b Buchstabe b SGB V dem Grunde nach erfüllen, sind in der Rentenantragsphase nach § 225 Satz 1 Nr. 2 SGB V dann beitragsfrei, wenn sie die Waisenrente vor Vollendung des 18. Lebensjahres beantragen (§ 225 Satz 1 Nr. 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 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB XI) nicht nachvollzogen. Auch ist § 225 SGB V von der Verweisvorschrift § 57 Abs. 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 Nr. 2 SGB V gleichermaßen in der Pflegeversicherung gelten und die bisherigen Voraussetzungen des § 56 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB XI nicht mehr Anwendung finden.

Eine Ausweitung der Regelung über die Beitragsfreiheit nach § 225 Satz 1 Nr. 3 SGB V (unter der Voraussetzung, dass ohne die Versicherungspflicht als Rentner eine Familienversicherung nach § 10 SGB V oder § 7 KVLG 1989 bestände) auf die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 11b SGB V hat der Gesetzgeber – offensichtlich bewusst – nicht vorgenommen.

D V 3 Beiträge als Rentenbezieher

D V 3.1 Allgemeines

Waisenrenten von Versorgungswerken gelten ungeachtet der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 11b Buchstabe b SGB V beitragsrechtlich unverändert als Versorgungsbezüge nach § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 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 V 3.2 Beitragsfreiheit

Die Besonderheit dieser Leistung der Versorgungswerke besteht darin, dass nach § 237 Satz 2 SGB V bei Versicherungspflichtigen nach § 5 Abs. 1 Nr. 11b Buchstabe b SGB V die Leistung bis zum Erreichen der Altersgrenzen für Kinder in der Familienversicherung (§ 10 Abs. 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, z. B. bei einer Berufsausbildung nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V, besteht (vgl. 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 Abs. 1 Nr. 11b Buchstabe b SGB V die Voraussetzungen für eine Familienversicherung gegeben sein müssen, wenngleich dies im Regelfall gegeben sein dürfte. Beitragsfreiheit besteht also z. B. 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 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V überschreitet. Die Dauer der Beitragsfreiheit richtet sich nach der im Einzelfall zutreffenden Altersgrenze nach § 10 Abs. 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 Abs. 2 SGB V werden – ungeachtet der insoweit nicht eindeutigen Formulierung im Gesetz – auch die behinderten

Kinder, die unter die Regelung des § 10 Abs. 2 Nr. 4 SGB V fallen und ohne Altersbegrenzung familienversichert sein können, von der Beitragsfreiheit erfasst. Für sie kann daher über die Altersgrenzen des § 10 Abs. 2 Nr. 1 bis 3 SGB V hinaus, längstens bis zum Ende des Bezuges der Waisenrente, Beitragsfreiheit bestehen.

Die Regelungen des § 48 Abs. 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 Abs. 2 Nr. 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 Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 Buchstabe b SGB VI, da in diesem zeitlichen Rahmen ebenso die Altersgrenze des § 10 Abs. 2 Nr. 3 SGB V weiterhin eingehalten wird (vgl. 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 Abs. 1 Nr. 11 b Buchstabe a SGB V) sowie die Waisenrente nach § 15 des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte einbezogen, nicht dagegen eventuell daneben bezogene weitere beitragspflichtige Einnahmen im Sinne des § 237 SGB V wie z. B. anderweitige Versorgungsbezüge, ausländische Renten oder Arbeitseinkommen. Inhaltsgleiche Regelungen gelten im Übrigen auch für die in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung nach § 2 Abs. 1 Nr. 4 KVLG 1989 Versicherten (vgl. § 45 Abs. 1 Satz 2 KVLG 1989).

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

Sofern für die Waisenrente eines Versorgungswerks keine Beitragsfreiheit besteht, weil z. B. die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 b Buchstabe b SGB V durch einer Vorrangversicherungspflicht verdrängt wird oder die Altersgrenzen nach § 10 Abs. 2 SGB V überschritten sind, gelten für die Zahlung der Beiträge im Zahlstellen- oder Selbstzahlerverfahren die Ausführungen unter A II 4 und ergänzend A II 1.12 entsprechend.

D V 3.3 Rentennachzahlungen

Für die beitragsrechtliche Beurteilung von Nachzahlungen von Waisenrenten der Versorgungswerke gilt abweichend von den Ausführungen unter A II 4.4 Folgendes:

Die besondere Regelung des § 237 Satz 2 SGB V über die Beitragsfreiheit strahlt für Zeiten ab 1. Januar 2017 ebenso auf die Nachzahlung von Versorgungsbezügen im Sinne von § 229 Abs. 2 SGB V in Verbindung mit § 228 Abs. 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 Abs. 1 Nr. 11 b Buchstabe b SGB V versichert war. Im Ergebnis ist der Versorgungsbezug für die Waise in diesen Zeiträumen beitragsfrei, solange die maßgebende Altersgrenze des § 10 Abs. 2 SGB V nicht erreicht ist.

D VI Meldungen

D VI 1 Allgemeines

Der Bezug einer Waisenrente eines Versorgungswerks löst als Versorgungsbezug die gleichen unter A III 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 stellt § 202 SGB V und § 50 Abs. 1 SGB XI dar. Ergänzend gelten die „Grundsätze zum maschinell unterstützten Zahlstellen-Meldeverfahren nach § 202 Abs. 2 SGB V“ des GKV-Spitzenverbandes in der jeweils aktuellen Fassung.

Aufgrund der Versicherungspflicht für Waisenrentner von Versorgungswerken nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 b Buchstabe b SGB V und der damit einhergehenden Mitgliedschaft als Rentenantragsteller nach § 189 SGB V bestimmt § 202 Abs. 1 Satz 1 SGB V zusätzlich, dass in diesen Fällen die Zahlstelle der Krankenkasse den Tag der (Renten-)Antragstellung mitzuteilen hat (vgl. D V 2).

D VI 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 Abs. 1 Satz 1 SGB V der zuständigen Krankenkasse den Tag der Rentenantragstellung mitzuteilen bzw. zu melden.

Die Zuständigkeit der Krankenkasse richtet sich nach § 175 Abs. 3 Satz 1 und 2 SGB V. Danach ist die Krankenkasse zuständig, bei der die Waise laut der spätestens zwei Wochen nach der Rentenantragstellung dem Versorgungswerk vorgelegten Mitgliedsbescheinigung Mitglied ist. Liegt nicht rechtzeitig eine Mitgliedsbescheinigung vor, 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 Abs. 1 Satz 1 SGB V über die Beantragung einer Waisenrente einer berufsständischen Versorgungseinrichtung“ vorgenommen.

Die Meldung gegenüber der Krankenkasse ist dann vorzunehmen, wenn der verstorbene Elternteil zu dem in § 5 Abs. 1 Nr. 11b Buchstabe b SGB V bezeichneten Personenkreis (vgl. D II 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 Abs. 1 Nr. 11b Buchstabe b SGB V vorliegen.

Die Krankenkasse zeigt dem Versorgungswerk gegenüber mit einer formlosen Rückmeldung an, 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 Abs. 1 Nr. 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).

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 (z. B. 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 Abs. 1 Satz 3 SGB V.

D VI 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 Abs. 1 SGB V (vgl. A III 3 und A III 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 (z. B. 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 Abs. 1 Satz 3 SGB V).