

Grundsätze
zum Zahlstellen-Meldeverfahren
nach § 202 Absatz 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch
in der vom 1. Januar 2024 an geltenden Fassung

Die Zahlstelle von Versorgungsbezügen hat der zuständigen Krankenkasse die Meldung durch gesicherte und verschlüsselte Datenübertragung aus systemgeprüften Programmen oder mittels systemgeprüfter, maschineller Ausfüllhilfen zu erstatten. Die Meldungen der Krankenkassen erfolgen gleichermaßen ausschließlich durch Datenübertragung.

Der GKV-Spitzenverband hat auf der Grundlage von § 202 Absatz 2 SGB V für die Erstattung der Meldungen zur Kranken- und Pflegeversicherung im Rahmen des Zahlstellen-Meldeverfahrens die nachfolgenden „Grundsätze zum Zahlstellen-Meldeverfahren“ aufgestellt.

Die „Grundsätze zum Zahlstellen-Meldeverfahren“ sind nach Anhörung der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit am 27. März 2023 genehmigt worden.

Änderungen werden durch Unterstreichungen gekennzeichnet.

Die Grundsätze werden durch eine ergänzende Verfahrensbeschreibung erläutert.

Grundsätze zum Zahlstellen-Meldeverfahren

Inhaltsverzeichnis:

1	Allgemeines	3
1.1	Identifizierungsmerkmale	3
2	Automatisiertes Meldeverfahren	4
2.1	Allgemeines	4
2.2	Datensätze und Datenbausteine	4
2.3	Stornierung von Meldungen	4
3	Elektronische Ausfüllhilfen	4
4	Zahlstellennummer und Zahlstellendatei	5
5	Meldungen der Zahlstelle an eine unzuständige Krankenkasse	5
6	Freibetrag bei Betriebsrenten	5
7	Leistungsanteile der betrieblichen Altersversorgung, die kein Versorgungsbezug sind	6
8	Waisenleistungen	7
9	Übergangsregelung zum Versionswechsel	7
10	Abkürzungsverzeichnis	8

1 Allgemeines

Die Beitragspflicht von Versorgungsbezügen im Sinne von § 229 SGB V zur Kranken- und Pflegeversicherung begründet eine Beziehung zwischen dem Versorgungsbezugsempfänger, der Krankenkasse, bei der der Versorgungsbezugsempfänger versichert ist, und der Zahlstelle. Nur bei einer lückenlosen gegenseitigen Information ist gewährleistet, dass die Belange aller Beteiligten gewahrt werden.

Diesem Erfordernis entsprechend bestimmt der GKV-Spitzenverband in den nachfolgenden „Grundsätzen zum Zahlstellen-Meldeverfahren“ den Aufbau der Datensätze und Datenbausteine sowie die maßgeblichen Meldewege für den Datenaustausch im Zahlstellen-Meldeverfahren.

1.1 Identifizierungsmerkmale

Zahlstellen und Krankenkassen erstatten die Meldungen unter Angabe der Versicherungsnummer (VSNR) des Versorgungsbezugsempfängers sowie unter Verwendung der Aktenzeichen der Zahlstelle, welches im Verfahren als „Aktenzeichen Verursacher (AZVU) bezeichnet wird, und der Krankenkasse.

VSNR des Versorgungsbeziehers

Die VSNR des Versorgungsbeziehers ist nach § 28a Absatz 3a Satz 1 SGB IV mit dem Abrechnungsprogramm oder einer elektronischen Ausfüllhilfe vor Abgabe der ersten Meldung bei der Datenstelle der Rentenversicherung (DSRV) elektronisch abzufragen.

Sofern die DSRV in diesem elektronischen Verfahren keine VSNR zurückmeldet, hat der Versorgungsbezieher in analoger Anwendung von § 5 Absatz 6 Datenerfassungs- und -übermittlungsverordnung (DEÜV) den Versicherungsnummernnachweis nach § 147 SGB VI der Zahlstelle vorzulegen.

Sofern kein Versicherungsnummernnachweis vorgelegt werden kann, können die Vorabbescheinigung und die Beginn-Meldung ohne VSNR erfolgen. In diesen Fällen erhält die Zahlstelle die VSNR mit der Rückmeldung der Krankenkasse zur Feststellung der Beitragsabführungspflicht.

AZVU der Zahlstelle

Sofern die Zahlstelle ein AZVU verwendet, muss es in den Meldungen angegeben werden. Zahlstellen, die einem Versorgungsbezieher zeitgleich mehrere Versorgungsbezüge gewähren, haben für jeden Versorgungsbezug ein unterschiedliches AZVU zu verwenden und dies in der Meldung anzugeben. Damit wird eine systemseitige Zuordnung von Meldungen innerhalb der Krankenkasse bei zeitgleichen Zahlungen mit ansonsten identischen Identifizierungsmerkmalen sichergestellt.

Zuständige Krankenkasse

Die zuständige Krankenkasse ist von der Zahlstelle beim Versorgungsbezugsempfänger zu erfragen. Sie kann alternativ mit dem Abrechnungsprogramm oder einer elektronischen Ausfüllhilfe unter Angabe der ermittelten VSNR beim GKV-Spitzenverband abgefragt werden (Abrufverfahren nach § 28a Absatz 3c SGB IV).

2 Automatisiertes Meldeverfahren

2.1 Allgemeines

Die Meldungen der Zahlstellen werden der zuständigen Krankenkasse gemäß § 202 Absatz 2 SGB V durch gesicherte und verschlüsselte Datenübertragung aus systemgeprüften Programmen oder mittels systemgeprüfter, maschineller Ausfüllhilfen erstattet.

Die Voraussetzungen der Systemuntersuchung ergeben sich aus den Gemeinsamen Grundsätzen der Spitzenorganisationen der Sozialversicherungsträger zur Systemprüfung nach § 22 DEÜV in der jeweils geltenden Fassung.

2.2 Datensätze und Datenbausteine

Für die Datenübermittlung zwischen den Zahlstellen und den Krankenkassen ist der fachliche Datensatz „DSVZ“ (Datenaustausch Zahlstellen/Krankenkassen) mit den zugehörigen Datenbausteinen zu verwenden (siehe Anlage). Darüber hinaus sind für die Datenübermittlung die Gemeinsamen Grundsätze für die Kommunikationsdaten gem. § 28b Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 SGB IV und die Gemeinsamen Grundsätze Technik nach § 95 Absatz 2 SGB IV in der jeweils geltenden Fassung zu beachten.

Der DSVZ enthält die Daten zur Steuerung und Identifikation der Datenbausteine

DBZK - Datenbaustein Meldung der Zahlstelle an die Krankenkasse
DBNA - Datenbaustein Name
DBGA - Datenbaustein Geburtsangabe
DBKZ - Datenbaustein Meldung der Krankenkasse an die Zahlstelle
DBAN - Datenbaustein Anschrift
DBFE - Datenbaustein Fehler

2.3 Stornierung von Meldungen

Eine Meldung ist zu stornieren, wenn sie nicht zu erstatten war oder unzutreffende Angaben enthielt. Für Meldungen der Zahlstellen gilt dies, sofern diese der Krankenkasse zugegangen sind. Als zugegangen gilt die Meldung der Zahlstelle in analoger Anwendung von § 97 Absatz 3 Satz 2 SGB IV, sobald die meldende Stelle von der Annahmestelle eine Weiterleitungsbestätigung erhalten hat.

Bei Stornierung einer übermittelten Meldung ist der DSVZ mit dem DBZK bzw. dem DBKZ mit den ursprünglich übermittelten Daten und im Feld KENNZ-STORNO mit dem Kennzeichen „Stornierung einer bereits abgegebenen Meldung = J“ in der aktuellen Version zu übermitteln. Im DSVZ sind im Feld DATUM-ERSTELLUNG die Daten „Zeitpunkt der Erstellung des Datensatzes...“ zu aktualisieren.

3 Elektronische Ausfüllhilfen

Zahlstellen, die kein systemgeprüftes Programm einsetzen, haben die Meldungen mittels systemgeprüfter, elektronischer Ausfüllhilfen an die Annahmestellen der Krankenkassen zu übermitteln. Abschnitt 2 gilt entsprechend. Zahlstellen, die systemgeprüfte Programme einsetzen, können für einzelne Meldungen auch systemgeprüfte, elektronische Ausfüllhilfen nutzen. Eine maschinelle Befüllung mit Meldedaten (aus den Beständen der Zahlstellen) in die Ausfüllhilfe ist nicht zulässig.

4 Zahlstellennummer und Zahlstellendatei

Das führende Ordnungskriterium im Zahlstellen-Meldeverfahren ist die Zahlstellennummer. Sie dient der eindeutigen Identifikation der Zahlstelle im Zahlstellen-Meldeverfahren und besteht wie die Betriebsnummer aus acht Ziffern, wobei die ersten drei Stellen in der Zahlstellennummer mit den Ziffern 106 bis 108 beginnen.

Für die Abgabe von Meldungen haben Zahlstellen eine Zahlstellennummer bei der ITSG zu beantragen, welche die Zahlstellennummer im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes vergibt. Die elektronische Beantragung der Zahlstellennummer kann über ein Abrechnungsprogramm oder mit einer elektronischen Ausfüllhilfe vorgenommen werden.

Zur Vergabe der Zahlstellennummer wird bei der ITSG im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes eine Zahlstellendatei geführt, in der insbesondere die Zahlstellennummer sowie der Name und die Anschrift der dazugehörigen Zahlstelle gespeichert sind.

5 Meldungen der Zahlstelle an eine unzuständige Krankenkasse

Zuständig für die Meldungen der Zahlstelle ist die Krankenkasse, bei der eine Versicherung besteht. Die zuständige Krankenkasse ist nach Ziffer 1.1 von der Zahlstelle zu ermitteln.

Sofern die Krankenkasse systemseitig feststellt, dass keine Versicherung besteht, erhält die Zahlstelle von der unzuständigen Krankenkasse eine Meldung mit dem Abgabegrund „3 = unzuständige Krankenkasse“. Auf Grundlage dieser Rückmeldung hat die Zahlstelle die an die unzuständige Krankenkasse abgegebene Meldung zu stornieren und die Meldung an die zuständige Krankenkasse abzugeben.

6 Freibetrag bei Betriebsrenten

Bei Versorgungsbezügen nach § 229 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 SGB V (Betriebsrenten) ist seit dem 1. Januar 2020 ein Freibetrag in Höhe von einem Zwanzigstel der monatlichen Bezugsgröße abzuziehen, sofern diese - gegebenenfalls zusammen mit weiteren Versorgungsbezügen im Sinne des § 229 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bis 4 SGB V und/oder Arbeitseinkommen - die Freigrenze nach § 226 Absatz 2 Satz 1 SGB V überschreiten.

Legaldefinition „Betriebsrente“

Unter dem Begriff Betriebsrente fallen alle Leistungen der betrieblichen Altersversorgung, die aus Anlass eines früheren Beschäftigungsverhältnisses gewährt werden. Ferner gehören hierzu die Zusatzversorgungsleistungen im öffentlichen Dienst einschließlich der kirchlichen Altersversorgung, die hüttenknappschaftliche Zusatzversorgung sowie Leistungen der Zusatzversorgungskasse und des Zusatzversorgungswerkes für Arbeitnehmer in der Land- und Forstwirtschaft.

Meldepflichten und Feststellung des Anspruchs auf einen Freibetrag

Zahlstellen haben den Krankenkassen das Vorliegen eines Versorgungsbezuges nach § 229 Abs. 1 Satz 1 Nummer 5 SGB V für Zeiträume ab dem 01.01.2020 zu melden. Sofern kein Mehrfachbezug von Betriebsrenten vorliegt, stellt die Zahlstelle den Anspruch auf den Freibetrag dem Grunde und der Höhe nach fest.

Sofern ein Mehrfachbezug von Betriebsrenten vorliegt, haben Krankenkassen den Zahlstellen für Zeiträume ab dem 01.01.2020 zu melden, ob und in welcher Höhe der Freibetrag anzuwenden ist (§ 202 Absatz 1 Sätze 1 und 5 SGB V).

Meldungen der Zahlstellen

Zahlstellen haben bei allen Leistungsformen (laufender Versorgungsbezug, Kapitalleistung, Kapitalabfindung) in den Meldungen anzugeben, ob es sich um eine Leistung der betrieblichen Altersversorgung nach § 229 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 SGB V handelt. Die Angabe erfolgt über das Kennzeichen 5 im neuen Feld Art Versorgungsbezug (ART VB) im DBZK.

Meldungen der Krankenkassen – laufender Versorgungsbezug (Mehrfachbezug)

Sofern ein Mehrfachbezug von Betriebsrenten vorliegt, stellt die Krankenkasse auf Grundlage der Meldungen der Zahlstellen den Anspruch auf den Freibetrag dem Grunde und der Höhe nach fest und übermittelt das Ergebnis den Zahlstellen in der Rückmeldung.

Die Krankenkasse trifft die Entscheidung, bei welchem Versorgungsbezug der Freibetrag anzuwenden ist.

Die Feststellung des Anspruchs dem Grunde nach erfolgt über das Kennzeichen im neuen Feld KENZFB mit den Attributen JA, ANTEILIG und NEIN.

Soweit ein anteiliger Anspruch besteht, wird zusätzlich der Anspruch der Höhe nach im neuen Feld FB in Eurocent angegeben.

Meldungen der Krankenkassen – Kapitalleistung, Kapitalabfindung

Auf Grundlage der Meldung der Zahlstelle über die Bewilligung des Versorgungsbezugs stellt die Krankenkasse den Anspruch auf einen Freibetrag dem Grunde und der Höhe nach fest und berücksichtigt diese Feststellung in einem Beitragsbescheid. Eine Rückmeldung an die Zahlstelle erfolgt nicht.

7 Leistungsanteile der betrieblichen Altersversorgung, die kein Versorgungsbezug sind

Leistungsanteile aus Altersvorsorgevermögen nach § 92 EStG („betriebliche Riesterreente“) oder die der Versorgungsbezieher nach dem Ende des Beschäftigungsverhältnisses als alleiniger Versicherungsnehmer aus nicht durch den Arbeitgeber finanzierten Beiträgen erworben hat („Privatanteil“), sind nach § 229 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 zweiter Halbsatz SGB V kein Versorgungsbezug und nicht im zu meldenden Zahlbetrag zu berücksichtigen.

Die Zahlstelle hat in der Meldung lediglich anzugeben, ob ein Leistungsanteil im Sinne von § 229 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 zweiter Halbsatz SGB V gezahlt wird, der kein Versorgungsbezug darstellt (Kennzeichen „anteiliger Ausschlussbestand“).

Wird in der Meldung der Zahlstelle angegeben, dass ein entsprechender anteiliger Leistungsanteil vorhanden ist, wird die Höhe des Zahlbetrags des Leistungsanteils von der Krankenkasse außerhalb des Zahlstellen-Meldeverfahrens ermittelt, sofern dies zur vollständigen Feststellung der beitragspflichtigen Einnahme eines freiwillig versicherten Mitglieds oder zur Prüfung eines Antrags auf Zuzahlungsbefreiung erforderlich ist.

Die Angabe ist bei laufenden und einmalige Leistungen der betrieblichen Altersversorgung erforderlich. Aufgrund des vorgenannten Erfüllungszwecks besteht die Mitteilungspflicht ungeachtet des gesetzlichen Krankenversicherungsstatus.

Für ein vollständig revisionsfähiges Verfahren ist die Angabe in den einschlägigen Fällen in allen Meldungen vorzuhalten.

Basiert eine Leistung der betrieblichen Altersversorgung allein auf dem Altersvermögen nach § 92 EStG, stellt diese Leistung in voller Höhe keinen Versorgungsbezug dar. In diesen Fällen entstehen keine Meldepflichten.

8 Waisenleistungen

Bei Personen, die nach § 5 Absatz 1 Nummer 11b SGB V, also aufgrund des Anspruchs auf eine Waisenrente nach § 48 SGB VI (Buchstabe a) oder aufgrund des Anspruchs auf eine Waisenleistung einer berufsständischen Versorgungseinrichtung (Buchstabe b) der Versicherungspflicht unterliegen, sind diese Leistungen bis zum Erreichen der Altersgrenze für die Familienversicherung von Kindern beitragsfrei (§ 237 Satz 2 SGB V).

Sofern nach § 5 Absatz 1 Nummer 11b Buchstabe a oder b SGB V Versicherungspflicht besteht und zeitgleich Waisenleistungen nach § 229 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V oder eine Waisenrente aus der Alterssicherung der Landwirte nach § 15 des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte – ALG - (Versorgungsbezug nach § 229 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 SGB V) bezogen wird, sind diese Leistungen ebenfalls beitragsfrei (§ 237 Satz 3 SGB V).

Für die Beurteilung der Beitragsabführungspflicht bei Waisenleistungen im Sinne von § 229 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1, 3 und 4 SGB V durch die Krankenkasse haben betroffene Zahlstellen in den Meldungen anzugeben, ob es sich um eine entsprechende Waisenleistung handelt.

Für ein vollständig revisionsfähiges Verfahren ist die Angabe in den einschlägigen Fällen in allen Meldungen der Zahlstelle vorzuhalten.

9 Übergangsregelung zum Versionswechsel

Zur Sicherstellung eines reibungslosen technischen Umstiegs können bei dem Versionswechsel zum 01.01.2024 Meldungen in der zuletzt gültigen Version ab dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der neuen Version bis zum 29.02.2024 gemeldet werden. Die Annahmestellen der Krankenkassen werden Datensätze entsprechend konvertieren. Ungeachtet dieser Übergangsregel erfolgen die Meldungen der Krankenkassen ab dem 01.01.2024 ausschließlich in der neuen Version.

10 Abkürzungsverzeichnis

ALG	Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte
DBAN	Datenbaustein Anschrift
DBFE	Datenbaustein Fehler
DBGA	Datenbaustein Geburtsangabe
DBKZ	Datenbaustein Meldung der Krankenkasse an die Zahlstelle
DBNA	Datenbaustein Name
DBZK	Datenbaustein Meldung der Zahlstelle an die Krankenkasse
DEÜV	Datenerfassungs- und –übermittlungsverordnung
DSVZ	Datenaustausch Zahlstellen/Krankenkasse
<u>EStG</u>	<u>Einkommensteuergesetz</u>
ITSG	Informationstechnische Servicestelle der gesetzlichen Krankenversicherung
KVLG 1989	Zweites Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte
SGB	Sozialgesetzbuch

Anlage Datensatzbeschreibung zum Zahlstellen-Meldeverfahren