

**Grundsätzliche Hinweise
Versicherungs-, beitrags- und
melderechtliche Regelungen für
Versorgungsbezüge, Arbeitseinkommen
und gesetzliche Renten aus dem
Ausland bei Versicherungspflichtigen
vom 10. Juli 2018**

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 Bezieher einer der Waisenrente in der gesetzlichen Rentenversicherung entsprechenden Leistung einer berufständischen Versorgungseinrichtung unterliegen unter bestimmten Bedingungen seit dem 1. Januar 2017 der Versicherungspflicht in der Kranken- und Pflegeversicherung (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-Spitzenverbandes ist bis auf wenige Anmerkungen nicht Gegenstand dieser Grundsätzlichen Hinweise. Gleichwohl gelten die hiermit vorgenommenen Definitionen von Versorgungsbezügen nach § 229 SGB V und ausländischen Renten nach § 228 Abs. 1 Satz 2 SGB V auch im Beitragsrecht der freiwilligen Versicherung sowie der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V.

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

Inhaltsverzeichnis

A.	Versorgungsbezüge.....	8
A.1	Beiträge.....	8
A.1.1	Beitragspflichtige Einnahmen.....	8
A.1.1.1	Allgemeines.....	8
A.1.1.1.1	Betroffene Personenkreise	8
A.1.1.1.2	Definition der Versorgungsbezüge	8
A.1.1.1.3	Form der Auszahlung	10
A.1.1.1.4	Zahlbetrag.....	10
A.1.1.2	Versorgungsbezüge aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis oder aus einem Arbeitsverhältnis mit Anspruch auf Versorgung nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen („Pensionen“).....	11
A.1.1.3	Versorgung der Abgeordneten, Minister und Parlamentarischen Staatssekretäre ¹³	
A.1.1.4	Renten der Versicherungs- und Versorgungseinrichtungen, die für Angehörige bestimmter Berufe errichtet sind („Berufsständische Versorgungsleistungen“)..	13
A.1.1.5	Renten und Landabgaberechte nach dem Gesetz über die Alterssicherung für Landwirte	14
A.1.1.6	Renten der betrieblichen Altersversorgung	15
A.1.1.6.1	Allgemeines.....	15
A.1.1.6.2	Umfang der Beitragspflicht bei privater Fortführung einer Direktversicherung oder einer Pensionskassenversorgung	19
A.1.1.6.2.1	Allgemeines.....	19
A.1.1.6.2.2	Berechnung des betrieblichen Anteils	21
A.1.1.6.3	„Riester-Renten“	23
A.1.1.6.4	Übergangszahlungen.....	25
A.1.1.6.5	Leistungen im Sterbemonat oder im Sterbevierteljahr	26
A.1.1.7	Versorgungsbezüge aus dem Ausland	28
A.1.1.8	Kapitalabfindungen und Kapitaleistungen	28
A.1.1.8.1	Allgemeines.....	28
A.1.1.8.2	Kapitalabfindungen	29
A.1.1.8.3	Kapitaleistungen.....	30
A.1.1.8.4	Beitragsrechtliche Beurteilung von Abfindungen betrieblicher Altersversorgung einschließlich der Auszahlung von Rückkaufswerten.....	31
A.1.1.9	Hinterbliebenenversorgung	33
A.1.1.10	Mindesteinnahmegrenze.....	34
A.1.1.11	Zeitliche Zuordnung	35
A.1.1.12	Besonderheiten bei versicherungspflichtigen Studenten und den nach § 5 Abs.1 Nr. 10 SGB V Versicherten.....	35
A.1.2	Beitragssatz.....	36
A.1.2.1	Beitragssatz in der Krankenversicherung	36

A.1.2.2	Beitragssatz in der Pflegeversicherung.....	37
A.1.2.2.1	Allgemeines.....	37
A.1.2.2.2	Beitragszuschlag zur Pflegeversicherung	38
A.1.3	Tragung der Beiträge	39
A.1.4	Zahlung der Beiträge	39
A.1.4.1	Allgemeines.....	39
A.1.4.2	Zahlung der Beiträge durch die Zahlstelle („Zahlstellenverfahren“).....	40
A.1.4.2.1	Allgemeines.....	40
A.1.4.2.2	Nachweis der Beiträge	41
A.1.4.2.3	Nachträglicher Einbehalt von rückständigen Beiträgen	42
A.1.4.2.4	Mehrere Versorgungsbezüge	43
A.1.4.2.5	Erstattung zu Unrecht gezahlter Beiträge	44
A.1.4.3	Zahlung der Beiträge durch den Versicherten („Selbstzahlerverfahren“).....	45
A.1.4.4	Nachzahlung von Versorgungsbezügen	46
A.1.4.5	Auszahlung für mehrere Monate.....	47
A.1.4.6	Fälligkeit der Beiträge	48
A.1.5	Beitragsüberwachung	49
A.2	Meldungen	49
A.2.1	Allgemeines.....	49
A.2.2	Meldungen des Versorgungsempfängers	51
A.2.3	Meldungen der Zahlstelle.....	51
A.2.4	Meldungen der Krankenkasse	53
B.	Arbeitseinkommen	55
B.1	Beiträge.....	55
B.1.1	Beitragspflichtige Einnahmen.....	55
B.1.1.1	Allgemeines.....	55
B.1.1.2	Mindesteinnahmegrenze.....	56
B.1.1.3	Verfahren der Beitragsfestsetzung aus dem Arbeitseinkommen	57
B.1.1.3.1	Allgemeines.....	57
B.1.1.3.2	Besonderheiten.....	59
B.1.2	Beitragssatz.....	61
B.1.2.1	Beitragssatz in der Krankenversicherung	61
B.1.2.2	Beitragssatz in der Pflegeversicherung.....	61
B.1.3	Tragung der Beiträge	61
B.1.4	Zahlung der Beiträge	62
B.2	Mitteilungs-/Nachweisverfahren.....	62
C.	Renten aus dem Ausland	63
C.1	Beiträge.....	63
C.1.1	Beitragspflichtige Einnahmen.....	63

C.1.1.1	Allgemeines.....	63
C.1.1.2	Vergleichbarkeit mit inländischen Renten	65
C.1.1.3	Besondere Zahlungsweisen	68
C.1.1.3.1	Allgemeines.....	68
C.1.1.3.2	Einmalige Zahlungen	68
C.1.1.3.3	Viertel-, halb- oder jährliche Auszahlung einer laufenden Rente	69
C.1.1.3.4	Mehrwöchiger Zahlungsrhythmus einer laufenden Rente	70
C.1.1.4	Währungsumrechnung.....	70
C.1.2	Beitragssatz.....	72
C.1.2.1	Beitragssatz in der Krankenversicherung	72
C.1.2.2	Beitragssatz in der Pflegeversicherung.....	72
C.1.3	Tragung der Beiträge	73
C.1.4	Zahlung der Beiträge	73
C.2	Mitteilungs-/Nachweisverfahren.....	74
D.	Waisenrente einer berufsständischen Versorgungseinrichtung.....	74
D.1	Versicherung	74
D.1.1	Allgemeines.....	74
D.1.2	Voraussetzungen für die Versicherungspflicht	75
D.1.2.1	Personenkreiszugehörigkeit.....	75
D.1.2.2	Zuletzt privat krankenversicherte Personen.....	77
D.1.3	Ausschluss der Versicherungspflicht/Versicherungskonkurrenz.....	78
D.1.4	Versicherungsfreiheit kraft Gesetzes.....	79
D.1.5	Befreiung von der Versicherungspflicht.....	79
D.2	Mitgliedschaft.....	81
D.2.1	Allgemeines.....	81
D.2.2	Mitgliedschaft als Rentenantragsteller	81
D.2.3	Mitgliedschaft als Rentenbezieher.....	82
D.2.4	Fortbestehen der Versicherungspflicht bei Wehrdienst.....	82
D.3	Krankenkassenwahlrecht/-zuständigkeit	83
D.4	Beiträge	84
D.4.1	Beiträge als Rentenantragsteller.....	84
D.4.1.1	Allgemeines.....	84
D.4.1.2	Beitragsfreiheit	85
D.4.2	Beiträge als Rentenbezieher	86
D.4.2.1	Allgemeines.....	86
D.4.2.2	Beitragsfreiheit	86
D.4.2.3	Rentennachzahlungen	88
D.5	Meldungen	88
D.5.1	Allgemeines.....	88

Grundsätzliche Hinweise des GKV-Spitzenverbandes

Versicherungs-, beitrags- und melderechtliche Regelungen für Versorgungsbezüge, Arbeitseinkommen und gesetzliche Renten aus dem Ausland bei Versicherungspflichtigen vom 10. Juli 2018

D.5.2	Meldungen im Zusammenhang mit der Stellung des Rentenantrags	88
D.5.3	Meldung ab Bewilligung der Rente	90

A. Versorgungsbezüge

A.1 Beiträge

A.1.1 Beitragspflichtige Einnahmen

A.1.1.1 Allgemeines

A.1.1.1.1 Betroffene Personenkreise

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

- Beschäftigte (§ 226 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 Menschen 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.1.1.1.2 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.1.1.1.3 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.1.1.8) 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. Depu- tate; 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 Versorgungs- bezügen erfasst (vgl. A.1.4.4).

A.1.1.1.4 Zahlbetrag

Versorgungsbezüge werden – ebenso wie die Renten der gesetzlichen Rentenversicherung – mit ihrem Zahlbetrag bei der Ermittlung der beitragspflichtigen Einnahmen berücksichtigt (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 Abzwei- gungsbeträge infolge einer Aufrechnung, Verrechnung, Abtretung oder Pfändung bzw. Abzwei- gungsbeträge nach § 94 Abs. 5 ALG (geteilte Auszahlung der Rente). Unterhaltszahlungen an den geschiedenen Ehegatten mindern ebenfalls nicht den Zahlbetrag der Versorgungsbezüge. Glei- ches gilt im Falle eines schuldrechtlichen Versorgungsausgleichs nach den §§ 1587f ff. BGB bzw. – ab 1. September 2009 – nach den §§ 20 bis 22 und § 28 Versorgungsausgleichsgesetz (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 Versorgungsbezügen durch eine Bank (und die damit verbundene direkte Auszahlung an die Bank), noch ein Verbrau- cherinsolvenzverfahren 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 Kapital- leistung aus einer Direktversicherung).

Eine Kürzung der Versorgungsbezüge nach § 57 Beamtenversorgungsgesetz (BeamtVG) nach der Ehescheidung reduziert hingegen den Zahlbetrag der Versorgungsbezüge. Die Teilung von An-

wirtschaften auf Versorgung und Ansprüchen auf laufende Versorgungen im Rahmen des Versorgungsausgleichs führen beim Ausgleichspflichtigen zu einer entsprechenden Minderung des Zahlungsbetrages 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).

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

A.1.1.2 Versorgungsbezüge aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis oder aus einem Arbeitsverhältnis mit Anspruch auf Versorgung nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen („Pensionen“)

An erster Stelle werden in § 229 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 Beschäftigtenversorgung 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.1.1.3 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.1.1.4 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 Zusatzver-

sorgung 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, vom 30. Januar 1997 - 12 RK 17/96 -, USK 97122 und vom 10. Oktober 2017 - B 12 KR 2/16 R -, USK 2017-85).

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

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

Als Versorgungsbezüge gelten nach § 229 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.1.1.6 Renten der betrieblichen Altersversorgung

A.1.1.6.1 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).

Betriebliche Altersversorgung liegt seit dem 1. Januar 2018 auch vor, wenn der Arbeitgeber eine reine Beitragszusage erteilt (§ 1 Abs. 2 Nr. 2a BetrAVG).

Unter den persönlichen Geltungsbereich des BetrAVG fallen nach § 17 Abs. 1 Satz 1 BetrAVG in der Regel Arbeitnehmer (Arbeiter, Angestellte, zur Berufsausbildung Beschäftigte). Das BetrAVG gilt nach § 17 Abs. 1 Satz 2 BetrAVG entsprechend für Personen, die nicht Arbeitnehmer sind, wenn ihnen Leistungen der Alters-, Invaliditäts- oder Hinterbliebenenversorgung aus Anlass ihrer Tätigkeit für ein Unternehmen zugesagt worden sind. Denkbar ist dies bei sog. Minderheitsgesellschaftern von Kapitalgesellschaften. Eine Entgeltumwandlung kann wiederum nur dann nach § 1a BetrAVG vom Arbeitgeber verlangt werden, soweit aufgrund der Beschäftigung oder Tätigkeit bei diesem Arbeitgeber Versicherungspflicht in der Rentenversicherung besteht (§ 17 Abs. 1 Satz 3 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 bzw. Finanzierungsanteilen des Arbeitnehmers beruhen. Das gilt auch insoweit, als es sich um Leistungen aufgrund einer Höher- oder Weiterversicherung in einer Pensionskasse handelt oder es um Leistungen aus einer Direktversicherung geht, die durch Entgeltumwandlung finanziert worden sind.

Allein die finanzielle Beteiligung des Arbeitgebers an einem Altersversorgungsvertrag des Arbeitnehmers 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).

Tritt eine Einrichtung, die in Kooperation mit privaten Versicherungsunternehmen betriebliche Altersversorgung anbietet, lediglich als Vermittler von Versicherungsverträgen auf, ohne selbst Gläubiger oder Schuldner aus den abgeschlossenen Versicherungsverträgen zu werden, und verbleiben somit die Kernfunktionen des Versicherungsgeschäfts bei den dahinter stehenden Versi-

cherungsunternehmen, so stellt diese Einrichtung keine Versorgungseinrichtung im Sinne des § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V dar (Urteil des BSG vom 10. Oktober 2017 – B 12 KR 2/16 R –, USK 2017–85, zum Versorgungswerk der Presse GmbH). Dies schließt nicht aus, dass aus den Vertragsverhältnissen mit den dahinter stehenden Versicherungsunternehmen eine betriebliche Altersversorgung, z. B. in Form einer Direktversicherung, resultiert und die daraus erwachsenen Leistungen den Versorgungsbezügen zuzurechnen sind. Als Zahlstelle von Versorgungsbezügen im beitrags- und melderechtlichen Sinne (vgl. A.1.4 und A.2) ist dann nicht die als Vermittler auftretende Einrichtung, sondern das Versicherungsunternehmen, mit dem der Versicherungsvertrag zu Stande gekommen ist, anzusehen.

Aufgrund dieses eigenständigen beitragsrechtlichen Begriffs der 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 Einmal-

zahlungen und Zuschläge neben den eigentlichen Versorgungsbezügen, und zwar unabhängig davon, ob deren Zahlung in bestimmter Höhe in der Versorgungsregelung festgelegt ist oder ob die Zuwendungen ohne ausdrückliche Zusage vorbehaltlos in regelmäßiger Wiederkehr und in gleicher Höhe gezahlt werden.

Eine aufgrund eines Sozialplans im Fall des vorzeitigen Ausscheidens aus dem Betrieb gewährte Ausgleichszahlung, die zum Ausgleich der Rentenminderung wegen entgangener Versicherungszeiten vom Beginn der gesetzlichen Rente an gezahlt wird, ist als Rente der betrieblichen Altersversorgung und damit als Versorgungsbezug anzusehen. Es ist unerheblich, 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, Tantiemen sowie Zuschüsse zu Krankheitskosten, Kuren, Operationskosten gehören.

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

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

A.1.1.6.2 Umfang der Beitragspflicht bei privater Fortführung einer Direktversicherung oder einer Pensionskassenversorgung

A.1.1.6.2.1 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 Kranken- 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 Kapitalleistungen, die auf Beiträgen beruhen, die ein Arbeitnehmer nach Beendigung seiner Erwerbstätigkeit auf den Lebensversicherungsvertrag unter Einräücken in die Stellung des Versicherungsnehmers eingezahlt hat, der Beitragspflicht als Versorgungsbezug unterworfen werden. In diesem Fall bestehe kein Unterschied mehr zu Leistungen aus privaten Lebensversicherungen von Arbeitnehmern, welche (außerhalb des Anwendungsbereichs des § 240 SGB V) nicht der Beitragspflicht unterliegen. Auf die Einzahlungen des Bezugsberechtigten auf einen von ihm als Versicherungsnehmer fortgeführten Kapitallebensversicherungsvertrag fänden hinsichtlich der von ihm nach der Vertragsübernahme eingezahlten Beiträge die Bestimmungen des Betriebsrentenrechts keine Anwendung mehr.

Diese Grundsätze der Unterscheidung von betrieblichem und privatem Anteil von Leistungen aus einer Direktversicherung wurden vom BSG mit Urteilen vom 30. März 2011 – B 12 KR 16/10 R –, USK 2011–24, und – B 12 KR 24/09 R –, USK 2011–23, bestätigt. Danach 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 BSG auch durch die in der Regel von Anfang an bestehende Eigenschaft des Arbeitnehmers als Versicherungsnehmer nicht berührt.

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

A.1.1.6.2.2 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 prämieneratierliche (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 Versicherungseigenschaft des Arbeitgebers (oder mehrerer Arbeitgeber) gezahlten Prämien beruht:

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

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 zeiträtierliche Berechnung der Versorgungsbezüge zugelassen, soweit die zur prämieneratierlichen Berechnung erforderlichen Prämiensummen auch nach Ausschöpfung aller Ermittlungsmöglichkeiten und Erkenntnisquellen nicht

feststellbar sein sollten. Zeiten einer prämienfreien Versicherung sind hierbei herauszurechnen. Die zeiträtierliche Berechnung ist nach folgender Formel vorzunehmen:

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

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

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

Das BSG schließt eine nachrangige Anwendung weiterer Berechnungsmodelle nicht explizit aus, sodass auf die nachfolgend genannten alternativen Verfahren ausgewichen werden kann, sofern die zuvor beschriebenen Verfahren nicht oder nur mit unvertretbarem Aufwand angewandt werden können. Zunächst kommt die Ermittlung einer fiktiven „beitragsfreien Leistung“ als betrieblicher Teil der Gesamtablaufleistung in Frage. Dabei wird unterstellt, dass der Versicherungsvertrag mit dem Eintritt des ehemaligen Arbeitnehmers in die Versicherungsnehmerstellung beitragsfrei gestellt worden ist. Die sich daraus ergebende Leistung (von den Versicherungsunternehmen als „beitragsfreie Leistung“ bezeichnet) ergibt dann die beitragsrechtlich relevanten Versorgungsbezüge. Ferner ist das 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 der in den vorgenannten Urteilen vom 30. März 2011 vom BSG dargelegten Auffassung hat die Zahlstelle die entsprechenden Werte einschließlich einer übersichtlichen und nachvollziehbaren Berechnung sowie die für die Berechnung maßgeblichen Regelungen vorzuhalten und Einzelheiten der Wertermittlung auf Nachfrage der Krankenkasse (oder in Streitverfahren des Gerichts) zu erläutern. Diese Nachweispflicht geht jedoch nicht so weit, dass die Zahlstelle in jedem derartigen Fall eine qualifizierte Mitteilung über die Berechnung der Versorgungsbezüge beizubringen hat. Die Zahlstelle muss jedoch in der Lage sein, die Berechnung in begründeten Fällen nachvollziehbar darzulegen. Diesen Anforderungen kommt die Zahlstelle dadurch nach, dass sie eine entsprechende qualifizierte Mitteilung für die Zahlstellenprüfung nach § 256 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.1.1.6.3 „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 („private Riester-Renten“), fallen in den Bereich der reinen privaten Altersvorsorge und damit von vornherein nicht in den Anwendungsbereich des § 229 SGB V.

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

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

Nach der Gesetzesbegründung müssen die Beiträge, die zu Leistungen aus Altersvorsorgevermögen im Sinne des § 92 EStG führen, (nur) dem Grunde nach förderfähig im Rahmen der Riester-Förderung sein, z. B. weil der Arbeitnehmer nach § 1a Abs. 3 Betriebsrentengesetz (BetrAVG) verlangt hat, dass die Voraussetzungen für eine Riester-Förderung erfüllt werden. Darauf, ob die Förderung tatsächlich erfolgt ist oder ob im Zeitpunkt der Beitragszahlung eine Förderberechtigung bestand, kommt es nicht an. Der Höchstbetrag des Sonderausgabenabzugs nach § 10a EStG für geförderte Beiträge ist hierbei folglich unbeachtlich. Das heißt: Altersvorsorgevermögen im vorgenannten Sinne kann also immer nur dann vorliegen, wenn sich die steuerpflichtige Person bewusst für die Riester-Förderung entschieden hat, indem sie einen entsprechend zertifizierten Altersvorsorgevertrag abgeschlossen hat. Dies ist (nur) dann der Fall, wenn sie der Versorgungseinrichtung in der Vergangenheit mitgeteilt hat oder mit Wirkung für die Zukunft mitteilt, dass sie diese Förderung in Anspruch nehmen möchte und die Versorgungseinrichtung daraufhin ihre Pflichten als Anbieter nach § 80 EStG wahrnimmt. Ein Zulagenantrag muss nicht gestellt werden.

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

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

A.1.1.6.4 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 typischerweise nicht schon als Beginn des Ruhestandes gelten kann, so ist ein Alterssicherungszweck nach Ansicht des BSG bereits aus diesem Grund nicht gegeben; der Prüfung weiterer für einen Versorgungszweck und gegen einen (bloßen) „Überbrückungszweck“ sprechender Merkmale 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 bis zum frühestmöglichen Beginn der Rente wegen Alters aus der gesetzlichen Rentenversicherung gewährt werden, keinen Alterssicherungszweck erfüllen. Sie sind damit nicht als Versorgungsbezüge anzusehen. Auf das Alter der betreffenden Person beim Beginn der Übergangszahlung kommt es nicht an. Dies gilt selbst dann, wenn für bestimmte Berufsgruppen die Beschäftigung typischerweise weit vor Beginn des Anspruchs auf eine gesetzliche Rente endet und die Zwischenzeit mit Übergangszahlungen überbrückt wird.

Die Leistungen, die ein Arbeitgeber an einen Arbeitnehmer nach dessen Ausscheiden aus dem Beschäftigungsverhältnis zunächst mit Überbrückungsfunktion bis zum Eintritt in den gesetzlichen Ruhestand, aber ohne vorgesehene Beendigung bei Renteneintritt zahlt, stellen zunächst keine Versorgungsbezüge dar. Ab dem Zeitpunkt des Renteneintritts, spätestens ab Erreichen der Regelaltersgrenze sind sie jedoch als Versorgungsbezüge nach § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V anzusehen, weil sich mit Renteneintritt bzw. Erreichen der Regelaltersgrenze der ursprüngliche Überbrückungszweck erledigt und die Leistung fortan Versorgungsfunktion hat (Urteil des BSG vom 20. Juli 2017 – B 12 KR 12/15 R –, USK 2017–29, hier: „betriebliches Ruhegeld“). Daraus

folgt, dass der beitragsrechtliche Charakter einer Leistung im Kontext zu § 229 SGB V im zeitlichen Ablauf Veränderungen unterliegen kann.

Davon abzugrenzen sind Leistungen der betrieblichen Altersversorgung, die im Anschluss an das Beschäftigungsverhältnis anlässlich einer Einschränkung der Erwerbsfähigkeit gewährt werden und daher Versorgungsbezüge darstellen (z. B. Leistungen im Lufthansa-Konzern aufgrund dauerhafter Flugdienstuntauglichkeit des Cockpit- oder Kabinenpersonals).

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

Ebenso wirkt es sich nicht auf den zuvor beschriebenen beitragsrechtlichen Charakter einer Übergangszahlung aus, wenn währenddessen ab einer für das Erreichen des Ruhestands typischen Altersgrenze die „reguläre“ 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.1.1.6.5 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 Versorgungsbezieherinnen 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 Versorgungsbezuges vorsieht, dass die Zahlung für den gesamten Sterbemonat geleistet wird. Damit unterliegt nur der Teil der Betriebsrente als Versorgungsbezug der Beitragspflicht, der der Zeit bis zum Sterbetag und damit bis zum Ende der Mitgliedschaft zuzuordnen ist.

In Folge dessen kann es sowohl bei vorschüssigen als auch bei nachschüssigen Zahlungen von Versorgungsbezügen zu Beitragsüberzahlungen kommen. Dies zieht einen Anspruch auf Erstattung von zu Unrecht entrichteten Beiträgen nach § 26 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.1.1.8.2).

A.1.1.7 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.1.1.2 behandelt. Bei der Beurteilung, ob es sich im konkreten Einzelfall um Versorgungsbezüge aus dem Ausland handelt, insbesondere ob es sich bei der zahlenden Stelle im Ausland nicht um einen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung handelt, kann im Zweifelsfall auf ergänzende Auskünfte der Deutschen Verbindungsstelle Krankenversicherung-Ausland (DVKA) zurückgegriffen werden.

A.1.1.8 Kapitalabfindungen und Kapitaleistungen

A.1.1.8.1 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 Kapitaleistungen“, nachfolgend: „Kapitaleistungen“), 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.1.1.8.2 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.

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

Witwenabfindungen, die aus Anlass der Wiederverheiratung einer Witwe oder eines Witwers gewährt werden, sind aufgrund des fehlenden Versorgungszwecks nicht als Versorgungsbezüge anzusehen (BSG-Urteil vom 22. Mai 2003 – B 12 KR 12/02 R –, USK 2003–6).

Die Kapitalabfindung nach § 28 SVG an Soldaten im Ruhestand, mit der ein Teilbetrag (maximal 50 %) des Ruhegehaltes unter bestimmten Voraussetzungen abgefunden werden kann, stellt hingegen einen Versorgungsbezug nach § 229 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.1.1.8.3 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 Kapitaleistung mit Option zu Gunsten einer Rentenzahlung zugesagt wird.

Wird die Kapitaleistung in Raten ausgezahlt, ist als beitragspflichtige Einnahme dennoch der Gesamtbetrag der Kapitaleistung 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 Kapitaleistung.

Bei Direktversicherungen kann es vorkommen, dass wegen der im Versicherungsvertrag genannten Altersgrenze die Kapitaleistung 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 Kapitaleistung zunächst keine Beiträge an; der Zehn-Jahres-Zeitraum wird dadurch nicht verändert.

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

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

So wie laufende Ausgleichszahlungen des Arbeitgebers, die entgehende Ansprüche aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder einer 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.

Dem in einer Summe gezahlten „Ausgleich bei besonderen Altersgrenzen“ nach § 48 BeamtVG an Beamte des Vollzugsdienstes, des Einsatzdienstes der Feuerwehr und im Flugverkehrskontrolldienst in Höhe des Fünffachen der Dienstbezüge des letzten Monats – begrenzt auf einen Höchstbetrag – ist ungeachtet der Zielsetzung dieser Zahlung ein Versorgungscharakter beizumessen. Der Ausgleich stellt damit eine vor Eintritt des Versicherungsfalls zugesagte Leistung (Kapitalleistung) im Sinne des § 229 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.1.1.6.2 beschrieben.

A.1.1.8.4 Beitragsrechtliche Beurteilung 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.1.1.6.4) 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 beendeter 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.

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

A.1.1.9 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.1.1.6.5 behandelt.

A.1.1.10 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 Mindesteinnahmegrenze bei einer Umrechnung der Einmalzahlung auf das Kalenderjahr nicht überschritten werden würde (Urteil des BSG vom 18. März 1993 – 8 RKn 2/92 –, USK 9309). Erhält ein Versicherter mehrere Versorgungsbezüge oder Versorgungsbezüge und Arbeitseinkommen, dann sind diese für die Beurteilung der Frage, ob die Grenze von $1/20$ der monatlichen Bezugsgröße überschritten wird, zusammenzurechnen. Für eine Waisenrente aus der berufsständischen Versorgung gilt das selbst dann, wenn diese nach § 237 Satz 2 SGB V beitragsfrei ist.

Auf die (fiktiven) monatlichen beitragspflichtigen Einnahmen bei Kapitalabfindungen und Kapitalleistungen nach § 229 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 ausgezahlt, ist für die Beitragsbemessung ein Monatsbetrag zu ermitteln. Ergibt sich hierbei ein Betrag von nicht mehr als 1/20 der monatlichen Bezugsgröße, so entfällt die Beitragsentrichtung. Sie entfällt aber nicht, wenn der Versorgungsbezug oder das Arbeitseinkommen an sich den Mindestbetrag überschreitet, die Differenz bis zur Beitragsbemessungsgrenze aber nicht höher ist als 1/20 der monatlichen Bezugsgröße.

A.1.1.11 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 wiederkehrenden Versorgungsbezügen im Sinne des § 229 Abs. 1 Satz 3 SGB V (Kapitalabfindungen und –leistungen) werden im Abschnitt A.1.1.8) behandelt. Ausführungen zur zeitlichen Zuordnung von nachgezahlten Versorgungsbezügen finden sich im Abschnitt A.1.4.4.

A.1.1.12 Besonderheiten bei versicherungspflichtigen Studenten und den nach § 5 Abs.1 Nr. 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 Bedarfssätzen nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz (BAföG) vor. In Verbindung mit dem besonderen Beitragssatz nach § 245 SGB V ergibt sich daraus der „Studentenbeitrag“. Hinzu kommt gegebenenfalls ein kassenindividueller Zusatzbeitrag nach § 242 Absatz 1 SGB V.

Darüber hinaus erklärt § 236 Absatz 2 Satz 1 SGB V die Vorschriften § 226 Absatz 1 Satz 1 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 Mindesteinnahmegrenze 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 5. Dezember 2017 zur Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner zum 1. Januar 2018, A VIII 3.2.1.3.4).

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

Das Verfahren nach § 236 Abs. 2 Satz 2 SGB V und insbesondere die Rangfolge der zu berücksichtigenden weiteren Einnahmen (Rente, Versorgungsbezüge und Arbeitseinkommen) ist ausführlich in dem vorgenannten Abschnitt des Gemeinsamen Rundschreibens vom 5. Dezember 2017 zur Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner zum 1. Januar 2018, dargestellt.

A.1.2 Beitragssatz

A.1.2.1 Beitragssatz in der Krankenversicherung

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

Eine Besonderheit besteht 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.1.2.2 Beitragssatz in der Pflegeversicherung

A.1.2.2.1 Allgemeines

Der Beitragssatz in der Pflegeversicherung beträgt nach § 55 Abs. 1 Satz 1 SGB XI seit 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 seit 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.1.4.2), ist es Aufgabe der Zahlstelle, im Zusammenhang mit einer korrekten Berechnung und Zahlung der Beiträge festzustellen, ob der Versorgungsbezieher einen eigenen Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge hat. Die Krankenkasse unterstützt jedoch die Zahlstelle dabei in der Weise, dass sie – sofern ihr dies bekannt ist – einen derartigen Beihilfe- bzw. Heilfürsorgeanspruch in der Meldung gegenüber der Zahlstelle angibt (vgl. A.2.4).

A.1.2.2.2 Beitragszuschlag zur Pflegeversicherung

Mitglieder haben ab Beginn des Monats nach Vollendung des 23. Lebensjahres einen Beitragszuschlag von 0,25 Beitragssatzpunkten zu zahlen, wenn sie keine Kinder haben oder hatten (§ 55 Abs. 3 SGB XI). Der Beitragssatz beträgt in diesen Fällen seit 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 seit 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. Der Beitragszuschlag ist danach ebenfalls nicht für Bezieher von Arbeitslosengeld II oder für Wehr und Zivildienstleistende (Nach Aussetzen des Grundwehr- und Zivildienstes durch des Wehrrechtsänderungsgesetz 2011 gilt Entsprechendes nur noch für die Personen, die den freiwilligen Wehrdienst nach § 58b Soldatengesetz ableisten) zu erheben. Werden jedoch noch andere beitragspflichtige Einnahmen bezogen, z. B. Rente, Versorgungsbezüge oder Arbeitseinkommen, unterliegen diese bei beiden Personengruppen ggf. der Zuschlagspflicht.

Von der Zuschlagspflicht befreit sind außerdem Mitglieder, die nachweisen, dass sie Eltern im Sinne des § 56 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.

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

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

A.1.3 Tragung der Beiträge

Die Beiträge zur Krankenversicherung aus Versorgungsbezügen für Versicherungspflichtige werden nach § 250 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 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.1.4 Zahlung der Beiträge

A.1.4.1 Allgemeines

Soweit gesetzlich nichts Abweichendes bestimmt ist, sind die Beiträge von demjenigen zu zahlen, der sie zu tragen hat (§ 252 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 Pflegeversicherung aus Versorgungsbezügen.

Sowohl beim Zahlstellen- als auch beim Selbstzahlerverfahren werden die Beiträge zur Krankenversicherung an die nach § 28i SGB IV zuständige Einzugsstelle gezahlt. Das ist die Krankenkasse, die die Krankenversicherung (in der Zeit, für die Beiträge zu zahlen sind) durchführt bzw. durchgeführt hat. Die Krankenkasse, ausgenommen die landwirtschaftliche Krankenkasse, leitet die Beiträge arbeitstätig 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.1.4.2 Zahlung der Beiträge durch die Zahlstelle („Zahlstellenverfahren“)

A.1.4.2.1 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 Kran-

kenkasse 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 Pflegeversicherung – einschließlich des Beitragszuschlags für Kinderlose – einzubehalten und an die zuständige Krankenkasse zu zahlen.

Die Beitragsabführungspflicht nach § 256 Abs. 1 SGB V besteht grundsätzlich erst dann, wenn eine Rente bezogen wird. Erhält der Versicherte bereits während eines Rentenantragsverfahrens Versorgungsbezüge, greift das Zahlstellenverfahren also noch nicht. In den Fällen, bei denen mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit mit einer Bewilligung der Rente gerechnet werden kann, ist es mit Hinweis auf § 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.

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

A.1.4.2.2 Nachweis der Beiträge

Die Zahlstellen haben die einbehaltenen (und abzuführenden) Beiträge der Krankenkasse spätestens zwei Arbeitstage vor der jeweiligen Fälligkeit der Beiträge nachzuweisen (§ 256 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 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 Bundesministerium für Gesundheit zu genehmigen sind; die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände ist anzuhören.

Die Grundsätze legen fest, dass ein Beitragsnachweis-Datensatz für jeden Abrechnungszeitraum (Kalendermonat) zu übermitteln ist, in dem versicherungspflichtige Versorgungsbezieher, die eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, bei der Krankenkasse gemeldet sind. Folglich kann es zu einem „Null-Beitragsnachweis“ kommen, wenn für einzelne Abrechnungszeiträume ausnahmsweise keine Beiträge anfallen. Dadurch werden Beitragszuschätzungen 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.1.4.2.3 Nachträglicher Einbehalt von rückständigen Beiträgen

Ist bei der Zahlung der Versorgungsbezüge die Einbehaltung von Beiträgen – gleich aus welchem Grund – unterblieben, sind die rückständigen Beiträge zwingend durch die Zahlstelle aus den weiterhin zu zahlenden Versorgungsbezügen einzubehalten (§ 256 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.1.4.2.4 Mehrere Versorgungsbezüge

Erhält der Versicherte Versorgungsbezüge von mehreren Zahlstellen und übersteigen die Versorgungsbezüge zusammen mit dem Zahlbetrag der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung die Beitragsbemessungsgrenze, ist der Krankenkasse freigestellt, welche Zahlstelle sie vorrangig mit

dem Beitragseinbehalt beauftragt. Nicht zulässig ist es, eine der beteiligten Zahlstellen mit der Beitragseinbehaltung für einen höheren Betrag als den von ihr gezahlten Versorgungsbezug zu beauftragen.

Optional kann die Krankenkasse eine verhältnismäßige Beitragsaufteilung vornehmen. Insoweit findet § 22 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.2.4).

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

A.1.4.2.5 Erstattung zu Unrecht gezahlter Beiträge

In § 256 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.1.4.3 Zahlung der Beiträge durch den Versicherten („Selbstzahlerverfahren“)

Zahlstellen mit regelmäßig weniger als insgesamt 30 beitragspflichtigen Versorgungsempfängern können gemäß § 256 Abs. 4 SGB V bei jeder betroffenen Krankenkasse beantragen, dass sie nicht zur Beitragseinbehaltung und -abführung verpflichtet werden. Für die Beurteilung, ob die Zahlstelle weniger als 30 beitragspflichtige Versorgungsempfänger hat, ist die Gesamtzahl der beitragspflichtigen Versorgungsempfänger der Zahlstelle maßgebend, und zwar unabhängig von deren Krankenkassenzugehörigkeit. Da die Anzahl der beitragspflichtigen Versorgungsempfänger im Laufe eines Jahres schwanken kann, sollte hierbei auf die Verhältnisse am 1. Januar eines Jahres abgestellt werden. Für die Ermittlung der Anzahl der beitragspflichtigen Versorgungsempfänger sind auch solche versicherungspflichtigen Versorgungsempfänger zu berücksichtigen, für die die Zahlstelle keine Beiträge einzubehalten hat. Versicherungspflichtige, die keine Rente, wohl aber Versorgungsbezüge erhalten, sind demnach mitzuzählen, zumal den Zahlstellen für diese Versorgungsempfänger die Meldepflicht nach § 202 SGB V obliegt. Ebenfalls anzurechnen sind versicherungspflichtige Versorgungsempfänger, deren Einnahmen aus Versorgungsbezügen und ggf. Arbeitseinkommen insgesamt die 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.1.4.4 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 Entstehungsprinzip ist § 22 Abs. 1 Satz 1 SGB IV; danach entstehen die Beitragsansprüche der Versicherungsträger, sobald die dafür im Gesetz oder auf Grund eines Gesetzes bestimmten Voraussetzungen vorliegen. Das Entstehungsprinzip bedeutet für laufende Versorgungsbezüge, dass diese beitragsrechtlich dem Zeitraum bzw. den einzelnen Abrechnungszeiträumen zuzuordnen sind, für den bzw. für die sie gewährt werden. Werden Versorgungsbezüge für vergangene Abrechnungszeiträume – aus welchem Grund auch immer – gezahlt, sind für die Bemessung der darauf entfallenden Beiträge grundsätzlich die für die einzelnen Abrechnungszeiträume geltenden Rechengrößen wie z. B. Beitragsbemessungsgrenze bzw. VB-max und Beitragssatz heranzuziehen.

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.1.4.5 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.1.4.4) beitragsrechtlich den betreffenden einzelnen Monaten zuzuordnen. In der Regel wird sich auch bei dieser Auszahlungsweise ein monatlicher Betrag der Versorgungsbezüge bestimmen lassen. Dies gilt unabhängig davon, ob die Auszahlung im Voraus oder im Nachhinein erfolgt.

Abweichend von der zeitlichen Zuordnung des Auszahlungsbetrages richtet sich die Fälligkeit bei Anwendung des Zahlstellenverfahrens nach dem Zeitpunkt der Auszahlung (vgl. A.1.4.7). 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 eben-

falls 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 Zusatzbeitragsatzes) 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.1.4.6 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 Versorgungsbezüge, die in größeren Zeitabständen als monatlich – im Voraus oder im Nachhinein – gezahlt werden. Als Zeitpunkt der Auszahlung ist der Zeitpunkt des Geldabflusses auf dem Konto der Zahlstelle (Zeitpunkt der Wertstellung) anzusehen.

Für die nicht von der Zahlstelle einzubehaltenden und abzuführenden Beiträge der pflichtversicherten Versorgungsbezieher gilt § 23 Abs. 1 SGB IV. Nach Satz 1 wird der Fälligkeitstag durch die Regelungen der Satzung bzw. den GKV-Spitzenverband bestimmt; als spätester Zahltag kann der Fünfzehnte des Monats vorgesehen werden, der auf den Monat folgt, für den die Beiträge zu entrichten sind. Nach der entsprechenden Regelung in den Beitragsverfahrensgrundsätzen Selbstzahler des GKV-Spitzenverbandes (hier: § 10 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.1.5 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, einschließlich der Aufteilung der Prüfkontingente auf die Krankenkassenarten, enthalten die Grundsätzlichen Hinweise „Überwachung des Beitrags- und Meldeverfahrens zur Kranken- und Pflegeversicherung für Empfänger von Versorgungsbezügen (Zahlstellen-Beitragsüberwachungsverfahren)“ des GKV-Spitzenverbandes in der jeweils geltenden Fassung. In diesen Grundsätzlichen Hinweisen ist außerdem festgelegt, welche Angaben die Zahlstellendatei über die Zahlstellen – insbesondere für die Zwecke der Beitragsüberwachung – enthält.

A.2 Meldungen

A.2.1 Allgemeines

Die Meldepflichten der Zahlstelle, des Versicherten sowie der Krankenkasse bei Versorgungsbezügen regelt § 202 SGB V. Die in diesem Zusammenhang abzugebenden Meldungen sollen eine reibungslose Abwicklung des Beitragsverfahrens gewährleisten. Die Meldung zur gesetzlichen Krankenversicherung schließt die Meldung zur sozialen Pflegeversicherung ein (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 systemgeprüfter maschineller Ausfüllhilfen zu erstatten. Den Aufbau des Datensatzes, notwendige Schlüsselzahlen und Angaben legt der GKV-Spitzenverband Bund 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 Ermächtigungsgrundlage basieren die „Grundsätze zum Zahlstellen-Meldeverfahren nach § 202 Absatz 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch“ – einschließlich der Datensatzbeschreibung – des GKV-Spitzenverbandes in der jeweils geltenden Fassung.

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

Für die Durchführung des Meldeverfahrens haben die Zahlstellen eine Zahlstellenummer beim GKV-Spitzenverband zu beantragen. Die Zahlstellenummern und alle Angaben, die zur Vergabe der Zahlstellenummer notwendig sind, werden in einer gesonderten elektronischen Datei („Zahlstellendatei“) beim GKV-Spitzenverband gespeichert. Das Nähere zum Verfahren und den Aufbau der Zahlstellenummer regeln nach § 202 Abs. 3 SGB V die Grundsätze nach § 202 Abs. 2 Satz 4 SGB V. Mit der Vergabe der Zahlstellenummer und der Führung der Zahlstellendatei hat der GKV-Spitzenverband die Informationstechnische Servicestelle der gesetzlichen Krankenversicherung GmbH (ITSG) beauftragt. Die Zahlstellenummer kann von der Zahlstelle elektronisch über ein systemgeprüftes Entgeltabrechnungs- bzw. Zahlstellenprogramm oder über eine maschinelle Ausfüllhilfe bei der ITSG beantragt werden.

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

A.2.2 Meldungen des Versorgungsempfängers

Nach § 202 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.2.3) 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.2.3 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.1.1.8) zu melden ist. Darüber hinaus hat die Zahlstelle im Zusammenhang mit dem zutreffenden Beitragsatz in der Pflegeversicherung anzugeben, ob der Versorgungs-

empfänger 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 Mindesteinnahmegränze 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 oder die Versorgungsbezüge in einem Betrag nachgezahlt werden.

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

Da die Krankenkasse in allen Fällen, in denen der Einbehalt der Beiträge durch die Zahlstelle stattfindet, die Höhe des maximal beitragspflichtigen Versorgungsbezuges überwacht und diesen Betrag unter bestimmten Bedingungen der Zahlstelle in der Meldung angibt, haben die Zahlstellen nicht nur in den Selbstzahler-Fällen, sondern auch in allen Fällen des Zahlstellenverfahrens, und zwar nicht nur bei Bezug von mehreren Versorgungsbezügen, generell Veränderungen des Versorgungsbezugs der Krankenkasse zu melden. Als Veränderung im vorgenannten Sinne gilt jede Änderung des Zahlbetrags, auch soweit sich die Änderung auf einen in der Vergangenheit liegenden Zeitraum bezieht. Änderungsmeldungen sind auch dann zu erstatten, wenn sich der Zahlbe-

trag der Versorgungsbezüge durch Gewährung einer Einmalzahlung erhöht. In diesen Fällen ist einmal für den Monat, in dem die Einmalzahlung gewährt wird, eine Meldung abzugeben; darüber hinaus muss für die anschließende Zeit wiederum der laufende Versorgungsbezug gemeldet werden.

Bei in Raten zur Auszahlung gelangenden Kapitalleistungen oder -abfindungen ist - der beitragsrechtlichen Bewertung folgend (vgl. A.1.1.8.2 bzw. A.1.1.8.3) - 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 kranken- und pflegeversicherungsrechtlich relevanten Daten verfügt und diese berücksichtigen kann, besteht für sie die Option, bereits vor diesem Zeitpunkt im Rahmen des maschinellen Meldeverfahrens vorab eine Meldung („Vorabbescheinigung“) an die Krankenkasse zu übermitteln, um von ihr die entsprechenden beitragsrechtlich relevanten Daten zu erhalten. In einem weiteren Schritt erfolgt die eigentliche Anmeldung mit Angabe des tatsächlichen Beginns des Versorgungsbezuges.

Die „Grundsätze zum Zahlstellen-Meldeverfahren nach § 202 Absatz 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch“ sehen neben An-, Ab- und Änderungsmeldungen auch - optionale - Bestandsmeldungen vor. Dabei handelt es sich um Meldungen, die die Zahlstelle zu einem bestimmten Stichtagsmonat für jeden einzelnen bei der jeweiligen Krankenkasse versicherten Versorgungsbezieher - unter Angabe der Höhe des Versorgungsbezugs - auf eigene Initiative oder auf Anforderung der Krankenkasse, in der Regel einmal jährlich, erstattet. Dadurch wird 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.2.4 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 Versor-

gungsbezüge 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.1 Beiträge

B.1.1 Beitragspflichtige Einnahmen

B.1.1.1 Allgemeines

Bei den einzelnen versicherungspflichtigen Personengruppen 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 Personengruppen (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.1.1.12 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 237 SGB V 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 erzielttes 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.1.1.2 Mindesteinnahmegrenze

Für das Arbeitseinkommen gilt wie bei Versorgungsbezügen die Mindesteinnahmegrenze des § 226 Abs. 2 SGB V (Näheres vgl. Abschnitt A.1.1.10).

B.1.1.3 Verfahren der Beitragsfestsetzung aus dem Arbeitseinkommen

B.1.1.3.1 Allgemeines

Die Vorschriften über die Beitragspflicht von Arbeitseinkommen der Versicherungspflichtigen (§ 226 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 und § 237 Satz 1 Nr. 3 SGB V) enthalten keine Regelungen darüber, wie die Beiträge festzusetzen sind und wie der Nachweis über die Höhe des Arbeitseinkommens zu führen ist. Eine entsprechende höchstrichterliche Rechtsprechung, die insoweit Anhaltspunkte bieten könnte, existiert ebenfalls nicht.

Einzig § 240 SGB V, der die beitragspflichtigen Einnahmen freiwilliger Mitglieder regelt, sowie die darauf basierenden Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler des GKV-Spitzenverbandes enthalten spezifische Bestimmungen über die Bemessung und Festsetzung von Beiträgen aus Arbeitseinkommen und über die entsprechende Nachweisführung durch das Mitglied.

Durch das Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz - HHVG) vom 4. April 2017 (BGBl I S. 778) hat die Bemessung der Beiträge aus Arbeitseinkommen im Anwendungsbereich des § 240 SGB V eine wesentliche Veränderung erfahren. So wurde mit Wirkung ab dem 1. Januar 2018 insbesondere für diese Einkommensart als Regelverfahren die vorläufige Festsetzung der Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung bestimmt. Nach Vorlage des Einkommensteuerbescheides werden die Beiträge rückwirkend für das Kalenderjahr, für das der Einkommensteuerbescheid erlassen wurde, endgültig festgesetzt. Damit werden die Beiträge für das jeweilige Kalenderjahr endgültig auf der Grundlage der tatsächlich in diesem Jahr erzielten beitragspflichtigen Einnahmen berechnet. Zugleich werden die Beiträge auf der Grundlage des nun vorliegenden Einkommensteuerbescheides für die Zukunft vorläufig festgesetzt. Einnahmeschwankungen werden damit bei der Beitragsbemessung vollständig, wenngleich rückwirkend, berücksichtigt. Außerdem ist die – jedenfalls die endgültige – Beitragsbemessung weder durch die Bearbeitungszeiten bei der zuständigen Finanzbehörde noch durch eine verzögerte Abgabe von Einkommensteuererklärungen beeinflussbar.

Angesichts dieses Paradigmenwechsels im Anwendungsbereich des § 240 SGB V ist es sachgerecht, auch im Anwendungsbereich des § 226 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V und § 237 Satz 1 Nr. 3 SGB V zu einer vorläufigen Beitragsfestsetzung als Regelverfahren überzugehen und die für Versicherungspflichtige insoweit bestehende planwidrige Gesetzeslücke durch eine analoge Anwendung der Regelungen des § 240 Abs. 4a SGB V zu füllen. Es sind zudem keine tragenden Gründe erkennbar, die Personenkreise der freiwilligen und versicherungspflichtigen Mitglieder hinsichtlich des Verfahrens der Festsetzung von Beiträgen aus Arbeitseinkommen unterschiedlich zu behandeln. Dem bisher von der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts geprägten Grundsatz, dass

die Beiträge zur Krankenversicherung in der Regel endgültig festzusetzen sind, wird mit der neuen gesetzlichen Regelung (§ 240 Abs. 4a SGB V) die Grundlage entzogen.

Als verlässlicher Nachweis über die Höhe des Arbeitseinkommens kommt unverändert in der Regel nur der Einkommensteuerbescheid in Betracht. Auf der Grundlage des zuletzt erlassenen Einkommensteuerbescheides werden die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung aus Arbeitseinkommen ab Beginn des auf dessen Ausfertigung folgenden Monats vorläufig festgesetzt. Damit wird die Einkommenssituation in Bezug auf die selbstständige Tätigkeit weiterhin – neuerdings jedoch nur für die vorläufige Beitragsfestsetzung – zeitversetzt abgebildet.

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

Das neue Verfahren der vorläufigen Beitragsfestsetzung findet sowohl für Neufälle, bei denen die Beitragspflicht aus dem Arbeitseinkommen beginnt, als auch für Bestandsfälle ab 1. Januar 2018 und damit erstmals für das steuerliche Veranlagungsjahr 2018 Anwendung. In den Bestandsfällen, bei denen die Beitragsfestsetzung bis 31. Dezember 2017 endgültig war, bedarf es für die Zeit ab 1. Januar 2018 eines Verwaltungsaktes über eine vorläufige Beitragsfestsetzung, und zwar in der Regel auf der Grundlage des vorliegenden aktuellen Einkommensteuerbescheides.

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

In der landwirtschaftlichen Krankenversicherung findet das Verfahren der vorläufigen Beitragsfestsetzung bei Arbeitseinkommen aus außerland- und außerforstwirtschaftlicher Tätigkeit (so weit es neben einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung oder Versorgungsbezügen erzielt wird) keine Anwendung. Die Beiträge aus dieser Einnahmeart unterliegen unverändert der endgültigen Beitragsfestsetzung.

B.1.1.3.2 Besonderheiten

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

Wird eine selbstständige Tätigkeit nicht mehr hauptberuflich, sondern „nebenberuflich“ ausgeübt und erfolgt daher ein Wechsel von der freiwilligen Versicherung oder Pflichtversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V in die bzw. eine andere Pflichtversicherung, z. B. in die Krankenversicherung der Rentner, findet insofern eine versicherungs- und beitragsrechtliche Zäsur statt. Dies rechtfertigt es, der Beitragsbemessung aus dem Arbeitseinkommen nicht mehr das aus dem letzten Einkommensteuerbescheid hervorgehende – höhere – Arbeitseinkommen, sondern das voraussichtliche aktuelle – niedrigere – Arbeitseinkommen zu Grunde zu legen und auf dieser Grundlage die Beiträge wie bei Personen, die erstmals eine selbstständige Tätigkeit aufnehmen, vorläufig festzusetzen. Die vorläufige Beitragsfestsetzung aus dem Arbeitseinkommen ab dem Zeitpunkt des Statuswechsels im Wege der analogen Anwendung der Regelung des § 240 Abs. 4a Satz 2 SGB V findet auf der Grundlage derselben Unterlagen statt, die für die Entscheidung über den Statuswechsel relevant waren.

Sobald der Einkommensteuerbescheid für das Veranlagungsjahr vorliegt, in dem sich der Wechsel von der haupt- zur nebenberuflichen selbstständigen Tätigkeit vollzogen hat, wird rückwirkend eine endgültige Beitragsfestsetzung vorgenommen. Das Mitglied hat dann glaubhaft zu machen, welcher Teil des aus dem Einkommensteuerbescheid hervorgehenden Arbeitseinkommens auf den Teil des Kalenderjahres entfällt, in dem die Tätigkeit nebenberuflich ausgeübt wurde. Das sich daraus ergebende durchschnittliche monatliche Arbeitseinkommen ist für die endgültige Beitragsfestsetzung ab dem Zeitpunkt des Wechsels von der haupt- zur nebenberuflichen selbstständigen Tätigkeit zugrunde zu legen. Gleichzeitig sind die Beiträge für die vorangegangene Zeit der freiwilligen Versicherung in dem Jahr ebenfalls endgültig festzusetzen, sofern dies nicht bereits der Fall ist (vgl. § 240 Abs. 4a Satz 6 SGB V).

Beispiel	
Ausübung einer hauptberuflich selbstständigen Tätigkeit und freiwillige Mitgliedschaft seit	01.03.1990
Bezug einer Regelaltersrente ab Vorversicherungszeit für die KVdR erfüllt.	01.04.2016
Endgültige Beitragsfestsetzung in der freiwilligen Versicherung bis Vorläufige Beitragsfestsetzung in der freiwilligen Versicherung ab	31.12.2017 01.01.2018
Wechsel von der haupt- zur nebenberuflich selbstständigen Tätigkeit (gleichzeitig Wechsel von der freiwilligen Versicherung in die Versicherungspflicht in der KVdR) zum	01.08.2018
↳ Ende der vorläufigen Festsetzung der Beiträge aus dem Arbeitseinkommen (zuletzt auf der Basis des Einkommensteuerbescheides für 2016) zum	31.07.2018
↳ Neue vorläufige Festsetzung der Beiträge aus dem Arbeitseinkommen ab	01.08.2018
Eingang des Einkommensteuerbescheides für 2017 vom 05.10.2018 am ↳ Ohne Auswirkung auf die Beiträge	10.11.2018
Eingang des Einkommensteuerbescheides für 2018 vom 10.11.2019 am ↳ Endgültige Festsetzung der Beiträge aus dem Arbeitseinkommen auf der Basis des jeweiligen durchschnittlichen monatlichen Arbeitseinkommens	20.12.2019
für die Zeit der freiwilligen Versicherung vom	01.01.2018 bis 31.07.2018
und	
für die Zeit der Versicherungspflicht vom	01.08.2018 bis 31.12.2018

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

Eine Anwendung des explizit für Selbstständige im Beitragsrecht der freiwilligen Versicherung vorgesehenen Verfahrens bei einer unverhältnismäßigen Belastung nach § 6 Abs. 3a und § 7 Abs. 7a der Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler kommt für Pflichtversicherte mit Arbeitseinkommen aus einer nicht hauptberuflich selbstständigen Tätigkeit nicht in Betracht. Es fehlt

eine gesetzliche oder untergesetzliche Grundlage. Ferner ist die Tatsache zu berücksichtigen, dass das hier in Rede stehende Arbeitseinkommen für die betroffene Personen wirtschaftlich von nachrangiger Bedeutung ist.

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

B.1.2 Beitragssatz

B.1.2.1 Beitragssatz in der Krankenversicherung

Nach § 248 SGB V gilt bei Versicherungspflichtigen für die Bemessung der Beiträge aus dem Arbeitseinkommen der allgemeine Beitragssatz (nach § 241 SGB V). Dieser beträgt zurzeit 14,6 %. Daneben ist ggf. der kassenindividuelle Zusatzbeitragssatz nach § 242 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.1.2.2 Beitragssatz in der Pflegeversicherung

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

B.1.3 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 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.1.4 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, in dem zum Ausdruck kommen muss, ob die Beiträge vorläufig oder endgültig festgesetzt werden.

Die Fälligkeit der Beiträge aus dem Arbeitseinkommen 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. 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. Im Rahmen der endgültigen vergangenheitsbezogenen Beitragsfestsetzung, sind keine Säumniszuschläge zu erheben, wenn der endgültige Beitrag höher ausfällt als der vorläufige. Wird der aktuelle Einkommensteuerbescheid verspätet vorgelegt und kommt es daher zu einer vergangenheitsbezogenen und weiterhin vorläufigen Festsetzung von höheren Beiträgen, sind ebenso keine Säumniszuschläge zu erheben. War die Beitragszahlung auf der Grundlage einer vorläufigen Beitragsfestsetzung ursprünglich wegen eines Zahlungsverzugs mit Säumniszuschlägen sanktioniert und ergibt sich im Rahmen der endgültigen vergangenheitsbezogenen Beitragsfestsetzung eine andere Beitragshöhe, findet keine Korrektur der ursprünglich angefallenen Säumniszuschläge statt.

B.2 Mitteilungs-/Nachweisverfahren

Nach § 205 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 Vo-

raussetzungen 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.

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

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

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

C. Renten aus dem Ausland

C.1 Beiträge

C.1.1 Beitragspflichtige Einnahmen

C.1.1.1 Allgemeines

Artikel 5 der Verordnung (EG) 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 konkretisiert dieses Prinzip im Bereich der Krankenversicherung der Rentner und stellt vergleichbare Renten aus dem Ausland den Renten der gesetzlichen Rentenversicherung (nachfolgend: „deutsche Renten“ oder „inländische Renten“) als beitragspflichtige Einnahmen gleich. Damit sind gesetzliche Renten aus dem Ausland in

den Anwendungsfällen des § 226 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. 11b 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 Beitragsatz sichergestellt (vgl. C.1.2.1).

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 Mindesteinnahmefgrenze nach § 226 Abs. 2 SGB V zu beachten ist. Gleiches gilt nach § 56 Abs. 2 SGB XI in der 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 Mindesteinnahmefgrenze des § 226 Abs. 2 SGB V trifft für gesetzliche Renten aus dem Ausland nicht zu. Entsprechendes gilt für die Beiträge zur Pflegeversicherung.

C.1.1.2 Vergleichbarkeit mit inländischen Renten

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

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

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

Unter Berücksichtigung der Urteile des BSG vom 30. November 2016 – B 12 KR 22/14 R – und – B 12 KR 3/15 R –, USK 2016–135, kann sich eine Vergleichbarkeit der ausländischen Leistung mit einer inländischen Rente der gesetzlichen Rentenversicherung aus über- oder zwischenstaatlichem Recht ergeben. Von einer entsprechenden Vergleichbarkeit ist im Bereich der EU, des EWR und der Schweiz im Regelfall dann auszugehen, wenn der betreffende ausländische Träger nach dem EESSI-Verzeichnis („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 4 der Verordnung (EG) 987/2009 statt.

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

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

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

Nicht entscheidend sind hingegen zum Beispiel folgende Umstände:

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

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

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

Ist die ausländische Leistung hingegen von vornherein nicht als Rente, sondern als Kapitalabfindung ausgerichtet (z. B. in Österreich nach § 269 Allgemeines Sozialversicherungsgesetz – ASVG, weil mangels Erfüllung der Wartezeit kein Anspruch auf eine Rente besteht, oder in der Schweiz nach Art. 37 Abs. 2 BVG-CH, weil der Rentenanspruch nur einen kleinen Teil der Mindestaltersrente beträgt) kann nicht von einer Vergleichbarkeit mit einer deutschen Rente ausgegangen werden, da derartige Abfindungen im deutschen Rentenversicherungsrecht nicht vorgesehen sind.

Bei „Zuschüssen“ oder „Zuschlägen“ (insbesondere abhängig von den Familienverhältnissen, z. B. der Anzahl der Kinder) ist zu unterscheiden, ob sie integraler Bestandteil der Rente sind, wie in Deutschland z. B. der auf Entgeltpunkten für Kindererziehungszeiten entfallende Teil des Rentenzahlungsbetrages, oder als eigenständige Leistung zusätzlich zur Rente gewährt werden. Nur im ersten Fall liegt eine Vergleichbarkeit mit einer deutschen gesetzlichen Rente vor, und zwar auch dann, wenn das deutsche Rentenversicherungsrecht einen entsprechenden Bestandteil der Rente

nicht vorsieht. Dabei kann als Orientierung auf die Weisung des Bundeszentralamtes für Steuern vom 21. März 2014 – St II 2 – S 2473 PB/14/00001 (www.bzst.de) über vergleichbare (ausländische) Leistungen nach § 65 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.1.1.3 Besondere Zahlungsweisen

C.1.1.3.1 Allgemeines

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

C.1.1.3.2 Einmalige Zahlungen

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

higkeit nicht nur im Monat des Zuflusses, sondern auch eine bestimmte Zeit darüber hinaus mitbestimmen.

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

C.1.1.3.3 Viertel-, halb- oder jährliche Auszahlung einer laufenden Rente

Laufende Rentenleistungen werden in beitragsrechtlicher Hinsicht grundsätzlich dem Monat zugeordnet, für den sie bestimmt sind. Dieser beitragsrechtliche Grundsatz, der für die deutschen Renten den Regelungen der §§ 228 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 Zweckmäßigkeitssatz (vgl. § 9 Satz 2 SGB X). Zudem kann es vorkommen, dass eine Auszahlung in der Mitte des Auszahlungszeitraumes erfolgt, die zum Teil eine Vorauszah-

lung als auch eine Nachzahlung darstellt – mit den unterschiedlichen Konsequenzen für die Beitragserhebung. Im Unterschied zur Nachzahlung einer deutschen Rente ist im vorliegenden Fall die Nachzahlung selbst und deren Höhe von vornherein bekannt. Dies rechtfertigt es, im Fall von zu erwartenden regelmäßigen Nachzahlungen – vergleichbar mit der Verfahrensweise bei zu erwartenden einmaligen Rentenzahlungen – bereits im Vorfeld der Auszahlung die Beiträge monatlich zu erheben. Die Fälligkeit tritt sowohl bei Pflichtversicherten als auch bei den unter § 240 SGB V fallenden Versicherten jeweils am 15. des Folgemonats ein, für Mitglieder der landwirtschaftlichen Krankenkasse nach der Satzung der SVLFG am drittletzten Bankarbeitstag des Monats, für den sie zu zahlen sind.

C.1.1.3.4 Mehrwöchiger Zahlungsrhythmus einer laufenden Rente

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

Es ist daher unumgänglich, Rentenzahlungen mit einem mehrwöchigen Zahlungsrhythmus in eine fiktive monatliche beitragspflichtige Einnahme umzurechnen. Dabei kann § 223 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.1.1.4 Währungsumrechnung

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

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 Referenzwechsellkurs. 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. Wird für die fremde Währung

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.1.2 Beitragssatz

C.1.2.1 Beitragssatz in der Krankenversicherung

Da der ausländische Rentenversicherungsträger an den Beiträgen nicht beteiligt ist und damit das Mitglied die Beiträge aus der ausländischen Rente allein zu tragen hat, ist in § 247 Satz 2 SGB V ein für diese Einnahmeart geltender besonderer Beitragssatz festgeschrieben. Dieser Beitragssatz beträgt die Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes (§ 241 SGB V), zurzeit 7,3 %. Daneben ist 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.1.2.2 Beitragssatz in der Pflegeversicherung

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

C.1.3 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 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.1.4 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 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.2 Mitteilungs-/Nachweisverfahren

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

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

D.1.1 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 Rentenantragstellung 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.1.2 bis D.2).

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

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

Von dem neuen Versicherungspflichttatbestand werden nicht nur die „Neurentner“, die einen Rentenantrag 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.1.2 Voraussetzungen für die Versicherungspflicht

D.1.2.1 Personenkreiszugehörigkeit

Von der Versicherungspflicht in der Krankenversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 11b 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.1.2.2 Zuletzt privat krankenversicherte Personen

Die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 b 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 Sicherungssystem in Deutschland oder eine Versicherung im Ausland außerhalb der EU, des EWR oder der Schweiz hatten und davor in Deutschland zuletzt gesetzlich krankenversichert waren, vom Tatbestandsmerkmal „zuletzt privat krankenversichert“ nicht erfasst. Waisen, die hingegen zwischen dem Ende einer privaten Krankenversicherung und der Rentenantragstellung eine Absicherung für den Krankheitsfall in einem besonderen Sicherungssystem in Deutschland oder eine Versicherung im Ausland außerhalb der EU, des EWR oder der Schweiz hatten, gelten im Sinne des § 5 Abs. 1 Nr. 11 b 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. 11 b 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 Rentenantrag stellende Person seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Stellung des Rentenantrags mindestens neun Zehntel der zweiten Hälfte des Zeitraums bei einer Krankenkasse Mitglied oder familienversichert war. Bei Personen, die ihren Rentenanspruch aus der Versicherung einer anderen Person ableiten, gelten die Voraussetzungen diese Voraussetzungen auch als erfüllt, wenn die andere Person diese Voraussetzungen erfüllt hatte (§ 5 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.1.5).

D.1.3 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.1.1.12). 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 Mehrfachversicherung in diesen Fällen nicht ausgeschlossen ist.

D.1.4 Versicherungsfreiheit kraft Gesetzes

Unter den in § 6 Absatz 1 SGB V genannten Voraussetzungen sind bestimmte Personen, die eigentlich der Versicherungspflicht unterliegen, kraft Gesetzes versicherungsfrei. Unter bestimmten Bedingungen besteht selbst dann Versicherungsfreiheit, wenn andere Tatbestände der Versicherungspflicht eintreten bzw. bestehen (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 Pflegeversicherung (vgl. § 20 Abs. 1 Satz 1 SGB XI).

D.1.5 Befreiung von der Versicherungspflicht

Wer durch einen Antrag oder den Bezug auf Waisenrente eines Versorgungswerks nach § 5 Absatz 1 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 Krankenver-

sicherungspflicht 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.2.1) 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.2 Mitgliedschaft

D.2.1 Allgemeines

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

Beginn und Ende der Pflichtmitgliedschaft sind für Rentenantragsteller in § 189 SGB V und für Rentner im Wesentlichen in § 186 Absatz 9 SGB V und § 190 Absatz 11 SGB V geregelt. Die Pflichtmitgliedschaft von Rentenantragstellern und Rentnern bei der Pflegekasse verläuft zeitlich deckungsgleich mit der Pflichtmitgliedschaft bei der jeweiligen Krankenkasse (§ 49 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.2.2 Mitgliedschaft als Rentenantragsteller

Solange über den Antrag auf Waisenrente noch nicht entschieden ist, jedoch feststeht, dass - bei unterstelltem Rentenanspruch - die Voraussetzungen für die Versicherungspflicht nach § 5 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.1.3 und D.1.4).

Wird der Rentenanspruch anerkannt, besteht grundsätzlich vom Rentenbeginn an Versicherungspflicht. Die Rentenantragstellermitgliedschaft endet dann mit dem Tag vor Rentenbeginn. Beginnt die Rente vor der Rentenantragstellung, wie dies bei Waisenrenten der Versorgungswerke regelmäßig der Fall ist, beginnt die Mitgliedschaft als versicherungspflichtiger Rentner dennoch erst mit dem Tag der Stellung des 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 Rentenantragstellermemberschaft endet ferner mit dem Tag, an dem der Antrag zurückgenommen wird; maßgebend ist dabei der Tag des Eingangs der Erklärung beim Versorgungswerk.

D.2.3 Mitgliedschaft als Rentenbezieher

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

Die Mitgliedschaft als Waisenrentner ist, ebenso wie die Mitgliedschaft als Rentenantragsteller, ausgeschlossen, wenn und solange eine die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 11b 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.2.3 und D.2.4).

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.2.4 Fortbestehen der Versicherungspflicht bei Wehrdienst

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

D.3 Krankenkassenwahlrecht/-zuständigkeit

Für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 b 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 SGB V 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 den Grundsätzlichen Hinweisen des GKV-Spitzenverbandes zum Krankenkassenwahlrecht in der jeweils aktuellen Fassung entnommen werden.

D.4 Beiträge

D.4.1 Beiträge als Rentenantragsteller

D.4.1.1 Allgemeines

Für Rentenantragsteller, die nach § 189 SGB V als Mitglieder gelten, bestimmt § 239 SGB V, dass die Grundsätze der Beitragsbemessung in der freiwilligen Krankenversicherung Anwendung finden. Dies gilt nach § 57 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.4.1.2 Beitragsfreiheit

Waisen, die die Voraussetzungen nach § 5 Abs. 1 Nr. 11b Buchstabe b SGB V dem Grunde nach erfüllen, sind in der Rentenanspruchsphase 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 Rentenanspruchstellung 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 Rentenanspruchstellung vor Vollendung des 18. Lebensjahres unterstellt wird. Damit soll zumindest bei dieser Gruppe von Waisen verhindert werden, dass zunächst Beiträge in der Phase der Rentenanspruchstellung 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.4.2 Beiträge als Rentenbezieher

D.4.2.1 Allgemeines

Waisenrenten von Versorgungswerken gelten ungeachtet der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 b 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.4.2.2 Beitragsfreiheit

Die Besonderheit dieser Leistung der Versorgungswerke besteht darin, dass nach § 237 Satz 2 SGB V bei Versicherungspflichtigen nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 b 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. 11 b 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. 11b 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 Pflegeversicherung.

Sofern für die Waisenrente eines Versorgungswerks keine Beitragsfreiheit besteht, weil z. B. die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 11b 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.1.4 und ergänzend A.1.1.12 entsprechend.

D.4.2.3 Rentennachzahlungen

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

Die besondere Regelung des § 237 Satz 2 SGB V über die Beitragsfreiheit strahlt 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. 11b Buchstabe b SGB V versichert war. Im Ergebnis ist der Versorgungsbezug für die Waise in diesen Zeiträumen beitragsfrei, solange die maßgebende Altersgrenze des § 10 Abs. 2 SGB V nicht erreicht ist.

D.5 Meldungen

D.5.1 Allgemeines

Der Bezug einer Waisenrente eines Versorgungswerks löst als Versorgungsbezug die gleichen unter A.3 beschriebenen Meldepflichten der Beteiligten aus, wie dies auch bei anderen Versorgungsbezügen der Fall ist. Gesetzliche Grundlage für das Meldeverfahren zwischen den Versorgungswerken als Zahlstellen und den Krankenkassen (Zahlstellen-Meldeverfahren) und die Mitteilungspflichten der Versorgungsbezieher gegenüber der Zahlstelle stellen § 202 SGB V und § 50 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. 11b 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.5.2).

D.5.2 Meldungen im Zusammenhang mit der Stellung des Rentenantrags

Da bereits die Beantragung einer Waisenrente eines Versorgungswerks versicherungs- und beitragsrechtliche Folgen nach sich ziehen kann, hat das Versorgungswerk nach § 202 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.1.2.1) gehörte – ungeachtet dessen, wie die Waise zuletzt vor der Rentenantragstellung krankenversichert war. Das bedeutet, dass die Meldung auch für zuletzt privat krankenversicherte Waisen zu erstatten ist, damit die Krankenkasse prüfen kann, ob dennoch die Voraussetzungen für die Versicherungspflicht nach § 5 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.5.3 Meldung ab Bewilligung der Rente

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

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

Kommt es zu einem vollständigen Ruhen des Anspruchs auf Waisenrente (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).