

Ergebnisniederschrift
über die
Sitzung der Fachkonferenz Beiträge
am 22. November 2011
in Berlin

Inhaltsübersicht

	<u>Seite</u>
Top 1	5
Verlängerung der Versicherungspflicht in der Kranken- und Pflegeversicherung der Studenten bei Teilnahme am freiwilligen Wehrdienst oder anderen Freiwilligendiensten	
Top 2	9
Auswirkungen der durch das Steuervereinfachungsgesetz 2011 geänderten einkommensteuerrechtlichen Berücksichtigung von Kinderbetreuungskosten auf den Gesamteinkommensbegriff in der Familienversicherung	
Top 3	11
Beitragsrechtliche Behandlung von sog. Riester-Renten, an deren Finanzierung der Arbeitgeber beteiligt ist, im Anwendungsbereich des § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V	
Top 4	17
Überarbeitung der Verfahrensregelung zur Überwachung des Melde- und Beitragsverfahrens zur Kranken- und Pflegeversicherung für Empfänger von Versorgungsbezügen („Zahlstellen-Beitragsüberwachungsverfahren“)	



Top 1

Verlängerung der Versicherungspflicht in der Kranken- und Pflegeversicherung der Studenten bei Teilnahme am freiwilligen Wehrdienst oder anderen Freiwilligendiensten

Sachverhalt:

Mit dem Gesetz zur Änderung wehrrechtlicher Vorschriften 2011 (Wehrrechtsänderungsgesetz 2011) vom 28. April 2011 (BGBl. I S. 678) und der davon erfassten Änderung des Wehrpflichtgesetzes (WPFIG) wurde ab 1. Juli 2011 die Aussetzung der Wehrpflicht unter Fortentwicklung des freiwilligen Wehrdienstes, der jetzt auch Frauen offen steht, realisiert. Zeitgleich wurde durch das Gesetz zur Einführung eines Bundesfreiwilligendienstes vom 28. April 2011 (BGBl. I S. 687) auch der Zivildienst als bisheriger Wehersatzdienst ausgesetzt (§ 1a Zivildienstgesetz – ZDG). Als Kompensation wurde ein Bundesfreiwilligendienst (BFD) für Männer und Frauen eingeführt, der dem Ziel einer Förderung des bürgerschaftlichen Engagements sowie der Stärkung der bestehenden zivilgesellschaftlichen Strukturen dient und als Ergänzung und Stärkung der bestehenden Freiwilligendienste nach dem Jugendfreiwilligendienstegesetz (JFDG) ausgestaltet wird. Infolge des freiwilligen Wehrdienstes und des BFD werden seit dem 1. Juli 2011 grundsätzlich - ausgenommen im Spannungs- und Verteidigungsfall - keine neuen gesetzlichen Dienstpflichten mehr begründet.

In der Fachkonferenz Beiträge am 28. Juni 2011 wurden die versicherungs- und beitragsrechtlichen Auswirkungen des freiwilligen Wehrdienstes sowie des BFD in der Kranken- und Pflegeversicherung aufgezeigt (vgl. Ergebnisniederschrift zu Top 1). Die Fragen einer Verlängerung der Familienversicherung nach § 10 Abs. 2 Nr. 3 SGB V und § 25 Abs. 2 Nr. 3 SGB XI und der Versicherungspflicht in der Krankenversicherung der Studenten (KVdS) sowie in der Pflegeversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 9 SGB V und § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 9 SGB XI sollten noch einer abschließenden Klärung zugeführt werden.

Für den freiwilligen Wehrdienst sieht § 56 WPFIG vor, dass alle sonstigen Regelungen, die an die Ableistung des (bisherigen) Grundwehrdienstes oder des (bisherigen) freiwilligen zusätzlichen Wehrdienstes im Anschluss an den Grundwehrdienst anknüpfen, auf die den neuen freiwilligen Wehrdienst Leistenden entsprechend anzuwenden sind. Ob der Gesetzgeber mit dieser Generalklausel auch eine Verlängerung der Familienversicherung über das 25. Lebensjahr hinaus für die Dauer des freiwilligen Wehrdienstes beabsichtigt hat, ist mit Blick auf die höchst unterschiedliche

Dauer der Dienste (der freiwillige Wehrdienst kann bis zu 23 Monaten dauern, während der Grundwehrdienst zuletzt nur für einen Zeitraum von sechs Monaten angelegt war) nicht eindeutig zu erkennen. Hinzu kommt, dass eine Berücksichtigung nur von Zeiten des freiwilligen Wehrdienstes als Verlängerungstatbestand zu einer sachlich nicht begründbaren Ungleichbehandlung im Verhältnis zum BFD und den weiteren Freiwilligendiensten führen würde.

Ein Änderungsantrag der Regierungsfractionen zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG) sieht in Ergänzung der Vorschriften in § 10 Abs. 2 Nr. 3 SGB V und § 25 Abs. 2 Nr. 3 SGB XI vor, dass ab 1. Juli 2011 auch bei einer Unterbrechung oder Verzögerung der Schul- oder Berufsausbildung durch den neuen freiwilligen Wehrdienst oder den BFD, aber auch durch einen Freiwilligendienst nach dem JFDG, einen vergleichbaren anerkannten Freiwilligendienst (z. B. Internationaler Jugendfreiwilligendienst) oder eine Tätigkeit als Entwicklungshelfer, die Familienversicherung über das 25. Lebensjahr hinaus fortbesteht, und zwar für die Dauer von höchstens zwölf Monaten. Damit wäre eine Gleichbehandlung aller gesetzlich geregelten Freiwilligendienste im Hinblick auf eine Verlängerung der Familienversicherung über das 25. Lebensjahr hinaus sichergestellt.

Für die Verlängerung der Versicherungspflicht in der KVdS gelten hingegen andere gesetzliche Regelungen. So sind Studenten nach § 5 Abs. 1 Nr. 9 zweiter Halbsatz SGB V nach Abschluss des 14. Fachsemesters oder nach Vollendung des 30. Lebensjahres nur dann versicherungspflichtig, wenn die Art der Ausbildung oder familiäre sowie persönliche Gründe, insbesondere der Erwerb der Zugangsvoraussetzungen in einer Ausbildungsstätte des Zweiten Bildungswegs, die Überschreitung der Altersgrenze oder eine längere Fachstudienzeit rechtfertigen. Bei der Altersbegrenzung und der Auswahl der Verlängerungstatbestände hat sich der Gesetzgeber offenbar an den Vorschriften des Bundesausbildungsförderungsgesetzes (BAföG) orientiert (vgl. § 10 Abs. 3 BAföG), ohne diese allerdings im Gesetzestext ausdrücklich für anwendbar zu erklären oder in der Gesetzesbegründung darauf Bezug zu nehmen.

Eine Verlängerung der Versicherungspflicht in der KVdS aufgrund von persönlichen Gründen ist bislang u. a. bei Ableistung der gesetzlichen Dienstpflicht oder – mit Einschränkungen – bei einer Dienstverpflichtung als Zeitsoldat anerkannt. Dies schließt den bisherigen Wehrdienst nach § 4 WPfIG und den bisherigen Zivildienst für die jeweilige gesetzliche Dienstzeit (Mindestzeit) ein.

Abweichend von den Regelungen in der Familienversicherung gelten das freiwillige soziale Jahr, das freiwillige ökologische Jahr und der Dienst als Entwicklungshelfer, sofern sie vor Beginn des Studiums geleistet werden, ebenfalls als Verlängerungstatbestand im Rahmen der Versicherungspflicht in der KVdS (vgl. gemeinsames Rundschreiben zur Kranken- und Pflegeversicherung der Studenten vom 21. März 2006).

In diesem Kontext ist zu entscheiden, ob, gegebenenfalls unter welchen Bedingungen und in welchem zeitlichen Umfang der neue freiwillige Wehrdienst, der BFD sowie die weiteren gesetzlich geregelten Freiwilligendienste als Tatbestände für eine Verlängerung der KVdS anzuerkennen sind.

Ergebnis:

Angesichts der gesetzgeberischen Intention, das bürgerliche Engagement zu stärken und Freiwilligendienste zu fördern, sowie der Tatsache, dass die Freiwilligendienste nach dem JFDG sowie die Tätigkeit als Entwicklungshelfer bereits als Verlängerungstatbestände in der KVdS anerkannt sind, ist es nach Auffassung der Besprechungsteilnehmer sachgerecht, wenn nicht zwingend, auch dem freiwilligen Wehrdienst nach Abschnitt 7 des WPfIG sowie dem BFD – und im Übrigen auch den vergleichbaren anerkannten Freiwilligendiensten (z. B. Internationaler Jugendfreiwilligendienst) – diese Eigenschaft zukommen zu lassen. Voraussetzung hierfür ist ebenfalls, dass der Freiwilligendienst vor Beginn des Studiums ausgeübt worden ist und die Überschreitung der Altersgrenze im Einzelfall rechtfertigt.

Um insgesamt einen Gleichklang mit der Familienversicherung zu erreichen, wird – vorbehaltlich des Inkrafttretens der Änderung des § 10 Abs. 2 Nr. 3 SGB V durch das GKV-VStG – die Verlängerung der Versicherungspflicht in der KVdS bei allen vorgenannten Diensten auf zwölf Monate, das heißt auf zwei Semester begrenzt. Damit wird einerseits einer erheblichen beitragsrechtlichen Privilegierung begegnet und andererseits weiterhin der ursprünglichen Zielsetzung des Gesetzgebers nachgekommen, einer übermäßigen zeitlichen Ausweitung der studentischen Krankenversicherung entgegenzuwirken.

Die sich für die Krankenversicherung ergebenden Änderungen wirken sich entsprechend auf die Versicherungspflicht in der Pflegeversicherung nach § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 9 SGB XI aus, der auf § 5 Abs. 1 Nr. 9 SGB V Bezug nimmt.

Die zuvor beschriebenen versicherungsrechtlichen Auswirkungen – einschließlich der zeitlichen Begrenzung auf zwölf Monate – gelten für die Dienste, die ab 1. Juli 2011 begonnen wurden bzw. werden.

Anmerkung:

Der im Sachverhalt genannte Änderungsantrag zur Verlängerung der Familienversicherung hat inzwischen Eingang in das Gesetzgebungsverfahren zum GKV-Versorgungsstrukturgesetz gefunden. Der Deutsche Bundestag hat den im zuständigen Bundestagsausschuss ergänzten Gesetzentwurf am 1. Dezember 2011 in zweiter und dritter Lesung beschlossen. Der Bundesrat wird sich am 16. Dezember 2011 im zweiten Durchgang mit dem – nicht zustimmungspflichtigen – GKV-Versorgungsstrukturgesetz befassen.

Vorbehaltlich des Abschlusses des Gesetzgebungsverfahrens tritt die entsprechende Änderung im Recht der Familienversicherung am 1. Januar 2012 in Kraft; nach ausdrücklicher Bestimmung in § 10 Abs. 2 Nr. 3 SGB V und § 25 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB XI gilt die neue Regelung für die Dienste, die ab dem 1. Juli 2011 beginnen oder begonnen haben. Soweit es den Anwendungszeitpunkt in Bezug auf die Verlängerung der Versicherung aufgrund der vorgenannten Dienste betrifft, besteht damit eine Kongruenz zwischen Versicherungspflicht in der KVdS und Familienversicherung.

Top 2

Auswirkungen der durch das Steuervereinfachungsgesetz 2011 geänderten einkommensteuerrechtlichen Berücksichtigung von Kinderbetreuungskosten auf den Gesamteinkommensbegriff in der Familienversicherung

Sachverhalt:

Nach der bis zum 31. Dezember 2011 geltenden Rechtslage werden die erwerbsbedingten Kinderbetreuungskosten bei der Ermittlung der Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft, Gewerbebetrieb oder selbstständiger Arbeit unter den in § 9c Abs. 1 und 3 Einkommensteuergesetz (EStG) genannten Voraussetzungen in bestimmtem Umfang wie Betriebsausgaben berücksichtigt. Unter den gleichen Voraussetzungen gehören die erwerbsbedingten Kinderbetreuungskosten bei der Ermittlung der Einkünfte aus nichtselbstständiger Arbeit zu den Werbungskosten nach § 9 Abs. 5 Satz 1 in Verb. mit § 9c Abs. 1 und 3 EStG. Für die nicht erwerbsbedingten Kinderbetreuungskosten besteht die Möglichkeit, diese bei bestimmten Anspruchsvoraussetzungen bis zu einem gesetzlich definierten Höchstbetrag als Sonderausgaben geltend zu machen (vgl. § 9c Abs. 2 EStG).

Im Recht der Familienversicherung wirken sich die erwerbsbedingten Kinderbetreuungskosten aus, soweit es um die Feststellung des Gesamteinkommens im Sinne des § 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 und Abs. 3 SGB V bzw. § 25 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 und Abs. 3 SGB XI geht. Nach der Legaldefinition in § 16 SGB IV ist bei der Ermittlung des Gesamteinkommens auf die Summe der Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts abzustellen. Durch die Bezugnahme auf die Summe der Einkünfte ist jeweils von den Einkunftsbegriffen nach § 2 Abs. 2 EStG auszugehen, das heißt bei den Einkünften aus Land- und Forstwirtschaft, Gewerbebetrieb und selbstständiger Arbeit von einem Gewinn und bei den anderen Einkunftsarten von einem Überschuss der Einnahmen über die Werbungskosten. Aus diesem Grund sind die erwerbsbedingten Kinderbetreuungskosten für die Ermittlung des Gesamteinkommens im Sinne des § 10 SGB V bzw. § 25 SGB XI bei den Gewinn-Einkünften wie Betriebsausgaben und bei den Einkünften aus nichtselbstständiger Arbeit wie Werbungskosten im gleichen Umfang wie im Einkommensteuerrecht abzugsfähig.

Da die Sonderausgaben dagegen bei der Feststellung der Summe der Einkünfte und damit auch bei der Ermittlung des Gesamteinkommens nicht in Abzug gebracht werden dürfen, wirken sich die nicht erwerbsbedingten Kinderbetreuungskosten nach der geltenden Rechtslage im Recht der Familienversicherung nicht aus.

Mit Wirkung vom 1. Januar 2012 wird die steuerliche Berücksichtigung von Kinderbetreuungskosten

ten auf Grundlage des Steuervereinfachungsgesetzes 2011 vom 1. November 2011 (BGBl. I S. 2131 ff.) neu geordnet. Nach der Neuregelung sind Kinderbetreuungskosten nur einheitlich als Sonderausgaben und nicht mehr auch wie Werbungskosten oder Betriebsausgaben abziehbar (vgl. § 10 Abs. 1 Nr. 5 EStG in der Fassung des Steuervereinfachungsgesetzes 2011). Die persönlichen Anspruchsvoraussetzungen bei den steuerpflichtigen Eltern sind nunmehr ohne Belang, sodass die Unterscheidung nach erwerbsbedingten und nicht erwerbsbedingten Kinderbetreuungskosten entfällt. Die bisherige Beschränkung der berücksichtigungsfähigen Kosten auf zwei Drittel der tatsächlichen Aufwendungen und auf den Höchstbetrag in Höhe von 4.000 EUR wird beibehalten.

Um die grundsätzlichen Auswirkungen der geänderten einkommensteuerrechtlichen Systematik auf die außersteuerlichen Rechtsnormen, die an steuerliche Begriffe anknüpfen, zu nivellieren, wird § 2 Abs. 5a EStG um folgenden Satz ergänzt: „Knüpfen außersteuerliche Rechtsnormen an die in den Absätzen 1 bis 3 genannten Begriffe (Einkünfte, Summe der Einkünfte, Gesamtbetrag der Einkünfte) an, mindern sich für deren Zwecke diese Größen um die nach § 10 Absatz 1 Nummer 5 abziehbaren Kinderbetreuungskosten.“

Es bedarf einer Klarstellung, welche Konsequenzen sich im Bereich der Familienversicherung aus der Neustrukturierung der Kinderbetreuungskosten im EStG ergeben.

Ergebnis:

Bei der Feststellung des Gesamteinkommens im Rahmen der Prüfung der Familienversicherung ist die Summe der Einkünfte im Sinne des § 2 Abs. 2 EStG um die nach § 10 Abs. 1 Nr. 5 EStG in der Fassung des Steuervereinfachungsgesetzes 2011 als Sonderausgaben abziehbaren Kinderbetreuungskosten zu mindern. Durch dieses Verfahren bleibt der Status quo für die meisten Fallkonstellationen aus wirtschaftlicher Sicht faktisch unverändert. Darüber hinaus werden einige Personengruppen gegenüber der jetzigen Rechtslage eine Begünstigung erfahren. Angesprochen sind an dieser Stelle insbesondere die Eltern, deren Kinderbetreuungskosten keinen Zusammenhang mit der Erwerbstätigkeit ausweisen und daher nach dem aktuellen Recht weder als Betriebsausgaben noch als Werbungskosten abzugsfähig sind. Die Erweiterung des begünstigten Personenkreises im Recht der Familienversicherung erscheint unter Berücksichtigung der deklarierten Zielsetzung des neuen § 2 Abs. 5a Satz 2 EStG zwar nicht zweifelsfrei, der Wortlaut der Rechtsvorschrift ist aber eindeutig und lässt weitere Einschränkungen nicht zu.

Top 3

Beitragsrechtliche Behandlung von sog. Riester-Renten, an deren Finanzierung der Arbeitgeber beteiligt ist, im Anwendungsbereich des § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V

Sachverhalt:

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. Anbieter eines Riester-Vertrages mit Sitz in Deutschland sind nach § 1 Abs. 2 Nr. 1 AltZertG Lebensversicherungsunternehmen, Kreditinstitute, Bausparkassen und Kapitalanlagegesellschaften. 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. Eine steuerliche Förderung im Rahmen der Steuerfreiheit von Altersvorsorgebeiträgen nach § 3 Nr. 63 EStG ist dann ausgeschlossen.

Riester-Renten, die ohne jegliche Beteiligung des Arbeitgebers allein vom Zulageberechtigten - unter Einschluss der staatlichen Zulagen - finanziert worden sind („privater Riester-Vertrag“), fallen in den Bereich der reinen privaten Altersvorsorge und damit nicht in den Anwendungsbereich des § 229 SGB V, sofern es sich nicht um einen Sachverhalt des § 82 Abs. 2 EStG handelt. Ist der Arbeitgeber an der Beschaffung oder Finanzierung der Riester-Rente beteiligt, stellt sich die Frage, ob und ggf. in welchem Umfang die Altersvorsorgeleistung als Rente der betrieblichen Altersversorgung im Sinne des § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V und damit als Versorgungsbezug im Beitragsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung zu qualifizieren ist.

Die Tarifvertragsparteien der Metall- und Elektroindustrie haben seit dem 1. Oktober 2006 die dem Zweck der Vermögensbildung dienenden vermögenswirksamen Leistungen in so genannte Altersvorsorgewirksame Leistungen (AVWL) umgewidmet. Der entsprechende Tarifvertrag über Altersvorsorgewirksame Leistungen (TV AVWL) vom 22. April 2006 eröffnet dem Arbeitnehmer das Wahlrecht, die AVWL entweder in einen nach § 10a, § 82 ff. EStG abgeschlossenen förderfähi-

gen privaten Altersvorsorgevertrag des Beschäftigten (privater Riester-Vertrag) oder über eine Entgeltumwandlung in eine betriebliche Altersversorgung einzubringen. Bei der Variante eines privaten Riester-Vertrages ist und bleibt der Arbeitnehmer der Versicherungsnehmer; der Arbeitgeber steht dann in keiner rechtlichen Beziehung zu dem Versicherungsunternehmen bzw. Finanzdienstleister. Flankierend zu dem Tarifvertrag hat das Versorgungswerk MetallRente GmbH als gemeinsame Einrichtung des Gesamtverbandes der Arbeitgeberverbände der Metall- und Elektroindustrie e. V. (Gesamtmetall) und IG Metall neben den Konsortien für die einzelnen Durchführungswege der betrieblichen Altersversorgung im Übrigen ein gesondertes Konsortium gebildet, welches Riester-Verträge anbietet. Ein Anspruch auf AVWL besteht jedoch auch dann, wenn der Riester-Vertrag bei einem anderen Anbieter besteht bzw. abgeschlossen wird.

Die (ehemaligen) Spitzenverbände der Krankenkassen hatten sich in der Vergangenheit wiederholt dafür ausgesprochen, dass Riester-Renten, die in irgendeiner Weise durch den Arbeitgeber mitfinanziert werden, als Versorgungsbezüge im Sinne des § 229 SGB V gelten (vgl. u. a. Schreiben der DRV Bund – zugleich im Namen der Spitzenverbände der Krankenkassen – vom 7. September 2006 an Gesamtmetall und IG Metall, Ergebnisniederschriften zu Top 7 der Besprechung zur Kranken- und Pflegeversicherung der Rentner am 13./14. September 2006 sowie zu Top 12 der Besprechung zur Kranken- und Pflegeversicherung der Rentner am 22./23. Februar 2007). Damals wurde die Auffassung vertreten, dass aufgrund der finanziellen Beteiligung des Arbeitgebers und – im Fall des TV AVWL – der Zweckbindung der tariflichen Leistung von einem hinreichenden ursächlichen Zusammenhang zwischen der Altersversorgung und der früheren beruflichen Tätigkeit auszugehen ist.

Inzwischen hat das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) entschieden, dass in bestimmten Fallkonstellationen in Abhängigkeit von der Versicherungsnehmereigenschaft bei einer zeitweise als Direktversicherung geführten Lebensversicherung zwischen einem unter § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V fallenden – betrieblichen – Teil der Versicherungsleistung und einem ausschließlich im Anwendungsbereich des § 240 SGB V der Beitragspflicht unterliegenden – privaten – Teil zu unterscheiden ist (Beschluss vom 28. September 2010, 1 BvR 1660/08, USK 2010-112). Diese Rechtsprechung wurde vom Bundessozialgericht (BSG) mit Urteilen vom 30. März 2011 – B 12 KR 24/09 R (USK 2011-23) und B 12 KR 16/10 R (USK 2011-24) –, fortgeführt und hinsichtlich der Ermittlung des betrieblichen Teils der Versorgungsleistung konkretisiert.

Aufgrund dieser Rechtsprechung ergeben sich Zweifel, ob die damalige Auffassung in der GKV zu Riester-Renten aufrechterhalten werden kann. Diese Zweifel hat inzwischen auch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) gegenüber dem GKV-Spitzenverband geäußert.

Ergebnis:

Die bisherige Rechtsauffassung, bei Riester-Renten handelt es sich um Renten der betrieblichen Altersversorgung im Sinne des § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V, wenn der Arbeitgeber an der Finanzierung der Leistung beteiligt war (z. B. in Form der AVWL-Zulagen), wird unter Berücksichtigung der neueren Rechtsprechung des BVerfG und BSG angepasst.

Als der Rente vergleichbare Einnahmen (Versorgungsbezüge) und insofern als beitragspflichtige Einnahmen in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung gelten, soweit sie wegen einer Einschränkung der Erwerbsfähigkeit oder zur Alters- oder Hinterbliebenenversorgung erzielt werden, u. a. Renten der betrieblichen Altersversorgung (§ 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V, § 57 Abs. 1 Satz 1 SGB XI). In der Rechtsprechung des BSG ist der Begriff der betrieblichen Altersversorgung im Beitragsrecht der GKV gegenüber dem Begriff der betrieblichen Altersversorgung im Betriebsrentenrecht (BetrAVG) seit jeher als eigenständig verstanden worden. Wird die Rente nicht bereits institutionell vom Betriebsrentenrecht erfasst, ist sie gleichwohl als Rente der betrieblichen Altersversorgung im beitragsrechtlichen Sinne anzusehen, wenn ein enger Zusammenhang zwischen dem Erwerb dieser Rente und der früheren Beschäftigung besteht (vgl. zuletzt Urteil des BSG vom 25. Mai 2011 – B 12 P 1/09 R -, USK 2011-34). Nach der vom BSG geprägten und inzwischen vom BVerfG bestätigten so genannte institutionellen Abgrenzung von Leistungen der betrieblichen Altersversorgung von denen der privaten Altersversorgung sind erstgenannte im Wege einer typisierenden Betrachtung von vornherein der betrieblichen Altersversorgung im Sinne des Beitragsrechts der GKV zuzuordnen, wenn die Leistung vom Arbeitgeber selbst (Direktzusage), von einer Institution im Sinne des Betriebsrentenrechts, das heißt von einer Unterstützungskasse, Pensionskasse oder einem Pensionsfonds, oder im Rahmen einer Direktversicherung (Abgrenzung nach dem Versicherungstyp) gewährt werden (vgl. Beschluss des BVerfG vom 28. September 2010 sowie Urteile des BSG vom 30. März 2011).

Daraus folgt, dass bei einer Riester-Förderung im Rahmen eines Durchführungsweges der betrieblichen Altersversorgung nach dem Betriebsrentenrecht die daraus gewährte Versorgungsleistung (Riester-Rente) von vornherein als Versorgungsbezug im Sinne des § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5

SGB V anzusehen ist. Sofern in dem Fall einer Direktversicherung ein Wechsel der Versicherungsnehmereigenschaft zwischen dem Arbeitgeber und der steuerlich geförderten Person stattfindet, findet unter Anwendung der BSG-Urteile vom 30. März 2011 eine Aufteilung zwischen einem betrieblichen und privaten Anteil der Rentenleistung statt.

In den anderen Fällen der Riester-Förderung könnte sich die Zuordnung einer Riester-Rente zur betrieblichen Altersversorgung nach § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V allenfalls über einen ursächlichen Zusammenhang mit der beruflichen Tätigkeit ergeben. Ein derartiger Zusammenhang kann allerdings allein aus der finanziellen Beteiligung des Arbeitgebers an der Altersversorgung nicht hergestellt werden.

In seiner Entscheidung vom 28. September 2010 hat das BVerfG für die Abgrenzung der betrieblichen von der privaten Altersversorgung – bei einer Direktversicherung – entscheidend auf das Kriterium der Versicherungsnehmereigenschaft abgestellt und dabei ausgeführt, dass – im Sinne einer institutionellen Abgrenzung – die Grenzen einer zulässigen Typisierung (mit der Folge einer unteilbaren Beitragspflicht nach § 229 SGB V) deshalb überschritten sind, weil sich die Leistungen aus der Lebensversicherung bei Einrücken des Arbeitnehmers in die Stellung des Versicherungsnehmers nicht mehr von Leistungen aus privaten Lebensversicherungen von Arbeitnehmern unterscheiden, welche bei versicherungspflichtigen Mitgliedern nicht der Beitragspflicht unterliegen.

Bereits unter Berücksichtigung dieser vom BVerfG entwickelten und vom BSG fortgeführten Grundsätze erscheint es nicht haltbar, im Falle eines Riester-Vertrages, soweit der Zulagenberechtigte bzw. Arbeitnehmer Versicherungsnehmer ist, von einer betrieblichen Altersversorgung auszugehen.

In der Entscheidung vom 30. März 2011 - B 12 KR 24/09 R – hat das BSG zudem – als obiter dictum – klargestellt, dass die Beitragspflicht auch insoweit nicht besteht, als die (in dem entschiedenen Fall) Kapitalleistung auf Prämien beruht, die ein Arbeitgeber auf einen Kapitallebensversicherungsvertrag zahlt, ohne in die Stellung des Versicherungsnehmers einzurücken. Auch in diesem Fall liege keine der betrieblichen Altersversorgung zuzurechnende Direktversicherung vor, weil auf den Vertrag die Regelungen des Betriebsrentenrechts nicht anwendbar sind, sondern ein der privaten Vorsorge zuzurechnender Kapitallebensversicherungsvertrag, der keinen hinreichenden betrieblichen oder beruflichen Bezug hat. Und weiter führt das BSG aus: Allein die Beitrags-

zahlung durch den Arbeitgeber könne eine von der institutionellen Abgrenzung abweichende Zurechnung zur betrieblichen Altersversorgung nicht begründen, weil die Art der Finanzierung für das Vorliegen einer betrieblichen Altersversorgung nicht entscheidend sei (mit Verweis auf das BSG-Urteil vom 5. Mai 2010 – B 12 KR 15/09 R – USK 2010-54). In dem Urteil vom 5. Mai 2010 hatte sich das BSG mit der Frage der beitragsrechtlichen Einordnung der Leistung aus einer befreienden (Kapital-) Lebensversicherung, die nach der institutionellen Abgrenzung ebenfalls nicht der betrieblichen Altersversorgung zuzuordnen ist, im Zusammenhang mit § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V befasst und einen ursächlichen Zusammenhang der Leistung mit der Berufstätigkeit aufgrund der Beteiligung des Arbeitgebers an den Beiträgen zur Altersversorgung verneint.

Mit diesen Aussagen des BSG ist der bisherigen Rechtsauffassung, dass die finanzielle Beteiligung eines Arbeitgebers bei Riester-Verträgen eine Bewertung als betriebliche Altersversorgung im Sinne des § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V zur Folge hat, die Grundlage entzogen; sie wird daher nicht aufrecht erhalten. Dies gilt jedenfalls dann, wenn der Arbeitgeber auch sonst in keiner Weise in die Beschaffung des Riester-Vertrages eingebunden ist. Damit führt die finanzielle Beteiligung des Arbeitgebers an Riester-Verträgen nach dem TV AVWL – im Übrigen unabhängig von der Zweckbindung der tarifvertraglichen Leistung – nicht zu einer betrieblichen Altersversorgung in diesem Sinne. Dies gilt gleichermaßen für die vom Versorgungswerk MetallRente GmbH über ein gesondertes Konsortium von Finanzdienstleistungsunternehmen neben der betrieblichen Altersversorgung angebotenen Riester-Rente („MetallRente.Riester“), und zwar ungeachtet dessen, dass diese Altersversorgung nur Beschäftigten bestimmter Unternehmen offen steht und den Beschäftigten aufgrund von Kollektivtarifen Sonderkonditionen eingeräumt werden können.

Die Einordnung derartiger „privater“ Riester-Renten als sonstige Einnahmen im Anwendungsbereich des § 240 SGB V bleibt von der vorstehenden Bewertung unberührt.

Eine Erstattung von in der Annahme von Versorgungsbezügen zu Unrecht entrichteten Beiträgen erfolgt auf Antrag und im Rahmen des § 27 Abs. 2 und 3 SGB IV unter Beachtung der Verjährung.



Top 4

Überarbeitung der Verfahrensregelung zur Überwachung des Melde- und Beitragsverfahrens zur Kranken- und Pflegeversicherung für Empfänger von Versorgungsbezügen („Zahlstellen-Beitragsüberwachungsverfahren“)

Sachverhalt:

Nach § 256 Abs. 3 Satz 1 SGB V überwacht die Krankenkasse die Zahlung von Beiträgen zur Krankenversicherung aus Versorgungsbezügen. Sind für die Überwachung der Beitragszahlung durch eine Zahlstelle mehrere Krankenkassen zuständig, haben sie nach § 256 Abs. 3 Satz 2 SGB V zu vereinbaren, dass eine dieser Krankenkassen die Überwachung für die beteiligten Krankenkassen übernimmt. Entsprechendes gilt nach § 50 Abs. 2 KVLG 1989 für die landwirtschaftlichen Krankenkassen und nach § 60 Abs. 1 Satz 2 SGB XI für die Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung.

Die näheren Bestimmungen des Beitragsüberwachungsverfahrens, insbesondere die Zuständigkeit der Krankenkassen, der Prüfumfang und der Austausch der Beitragsüberwachungsberichte, sind in einer Verfahrensregelung („Zahlstellen-Beitragsüberwachungsverfahren“) festgelegt. Die aktuelle Fassung wurde in der Besprechung des GKV-Spitzenverbandes mit der DRV Bund zur Kranken- und Pflegeversicherung der Rentner am 22./23. April 2009 unter Top 11 verabschiedet. In der Verfahrensregelung ist deutlich gemacht, dass sich das Prüfrecht nicht nur auf die Beitragszahlung durch die Zahlstelle von Versorgungsbezügen („Zahlstellenverfahren“), sondern auch auf die damit unmittelbar zusammenhängende Meldung von Versorgungsbezügen nach § 202 SGB V („Zahlstellen-Meldeverfahren“) bezieht.

Nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts (hier: Beschluss vom 28. September 2010 – 1 BvR 1660/08 –, USK 2010-112) sind Versorgungsleistungen aus einer Direktversicherung unter bestimmten Voraussetzungen nicht in vollem Umfang als Versorgungsbezüge im Sinne des § 229 SGB V zu qualifizieren, sondern in einen betrieblichen Teil (Versorgungsbezüge) und einen privaten Teil (keine Versorgungsbezüge) aufzuteilen (vgl. Ergebnisniederschrift zu Top 1 der Fachkonferenz Beiträge am 8. Februar 2011).

In den nachfolgenden Urteilen vom 30. März 2011 – B 12 KR 16/10 R (USK 2011-24) und B 12 KR 24/09 R (USK 2011-23) – hat das Bundessozialgericht (BSG) nähere Hinweise zu den zulässigen Verfahren zur Berechnung des betrieblichen Teils der Versorgungs- bzw. Gesamtablaufleistung

gegeben. Das vorrangig zu beachtende Verfahren stellt die prämieneratierliche (beitragsproportionale) Berechnung dar; hilfsweise kommt eine zeitratierliche Berechnung in Frage. Weitere Optionen sind die Ermittlung einer fiktiven „beitragsfreien Leistung“ als betrieblicher Teil der Gesamtablaufleistung oder die Anwendung des sog. Riester-Wertstandsverfahrens, sofern die zuvor beschriebenen Verfahren nicht oder nur mit unvertretbarem Aufwand angewandt werden können. Die Verfahren sind im Einzelnen in dem Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes Nr. 2011/419 vom 30. August 2011 beschrieben.

Das BSG hat in den vorgenannten Urteilen deutlich gemacht, dass die Zahlstelle in diesem Zusammenhang eine besondere Nachweispflicht trifft und sie der Krankenkasse die für die Berechnung der Versorgungsbezüge benötigten Werte einschließlich einer übersichtlichen und nachvollziehbaren Berechnung sowie die für die Berechnung maßgeblichen Regelungen mitzuteilen und die Einzelheiten der Wertermittlung auf Nachfrage der Krankenkasse oder – im Streitfall – des Gerichts zu erläutern hat.

In der Meldung nach § 202 Abs. 1 SGB V gegenüber der Krankenkasse hat die Zahlstelle ausschließlich die Höhe der Versorgungsbezüge, in den in Rede stehenden Fällen also den betrieblichen Teil der Versorgungsleistung, anzugeben. Weitere Melde- bzw. Mitteilungspflichten im Zusammenhang mit der Meldung bestehen für die Zahlstelle nicht. Der zuvor beschriebenen Nachweispflicht kommt die Zahlstelle dadurch nach, dass sie für die Beitragsüberwachung bzw. Zahlstellenprüfung nach § 256 Abs. 3 SGB V für jeden Einzelfall eine qualifizierte Bescheinigung vorhält, aus der die für eine beitrags- und melderechtliche Prüfung erforderlichen Angaben hervorgehen. Folgende Mindestangaben sind erforderlich:

1. angewandte Berechnungsmethode, ggf. eine Begründung für die Abweichung vom prämieneratierlichen Verfahren
2. Ausgangswerte für die Berechnung des betrieblichen Teils:
Bei der prämieneratierlichen Berechnung:
 - Gesamtablaufleistung
 - während der Versicherungsnehmereigenschaft des oder der Arbeitgeber(s) gezahlte Prämien, bei mehrfachem Wechsel der Versicherungsnehmereigenschaft den entsprechenden einzelnen Zeitabschnitten zugeordnet
 - insgesamt gezahlte PrämienBei der zeitratierlichen Berechnung:
 - Gesamtablaufleistung
 - Dauer der Versicherungsnehmereigenschaft des oder der Arbeitgeber(s), ggf. unter

Abzug prämienfreier Zeiten

- Gesamte Versicherungsdauer, ggf. unter Abzug prämienfreier Zeiten

Bei Angabe einer fiktiven „beitragsfreien Leistung“ und beim Riester-Wertstandsverfahren unter Einschränkungen sind mindestens die unter 3. genannten Angaben nachzuweisen.

3. Beginn und Ende des Vertrages sowie Zeitpunkte des Versicherungsnehmerwechsels

Die sich aus der aktuellen Rechtsprechung ergebenden weiteren Anforderungen an die Zahlstellenprüfung wurden zum Anlass genommen, die entsprechende Verfahrensregelung, insbesondere das Muster für den Beitragsüberwachungsbericht, anzupassen. Gleichzeitig erfolgte eine redaktionelle Anpassung in anderen Punkten.

Ergebnis:

Die Fachkonferenzteilnehmer nehmen die vorangegangenen Ausführungen zustimmend zur Kenntnis und stimmen die daraus resultierenden sowie redaktionelle Änderungen in der Verfahrensregelung „Zahlstellen-Beitragsüberwachungsverfahren“ ab. Die abgestimmte Fassung ist in angepasstem Layout als Grundsätzliche Hinweise des GKV-Spitzenverbandes vom 22. November 2011 beigefügt. Die Grundsätzlichen Hinweise gelten vom 1. Januar 2012 an, das heißt für ab diesem Zeitpunkt bei den Zahlstellen durchgeführte Prüfungen.

Die Fachkonferenzteilnehmer weisen in diesem Zusammenhang darauf hin, dass die den Krankenkassen in § 256 Abs. 3 SGB V zugeschriebene Überwachung der Beitragszahlung nicht lediglich als Berechtigung zur Prüfung der Melde- und Beitragspflichten durch die Zahlstellen zu verstehen ist, sondern sich als eigene vorgeschriebene Aufgabe darstellt, zu deren Durchführung die Krankenkassen verpflichtet sind.

Anlage



Grundsätzliche Hinweise zur Überwachung
des Melde- und Beitragsverfahrens zur
Kranken- und Pflegeversicherung für
Empfänger von Versorgungsbezügen
(Zahlstellen-Beitragsüberwachungsverfahren)

vom 22. November 2011



I.	Allgemeines	3
1.	Rechtgrundlagen	3
2.	Prüfrahmen.....	3
3.	Auskunfts- und Vorlagepflicht der Zahlstellen.....	3
II.	Prüfrecht.....	3
III.	Zuständige Krankenkasse	4
1.	Besondere Zuständigkeitsregelung	4
2.	Sonstige Zuständigkeit	4
2.1	Aufteilung der Prüfkontingente nach Marktanteilen.....	4
2.2	Bestimmung des Prüfkontingents nach den Endziffern der Zahlstellennummern	5
2.3	Prüfkontingent.....	5
2.4	Gemeinsame Beitragsüberwachung	5
IV.	Prüfumfang und Beitragsüberwachungsbericht.....	5
V.	Austausch der Beitragsüberwachungsberichte	6
VI.	Pflege der Zahlstellendatei.....	7
VII.	Prüfrhythmus.....	7
VIII.	Bestandsabgleich	7
IX.	Anwendung	7

Anlage 1: Beitragsüberwachungsbericht

Anlage 2: Mustervordruck zur Beantragung einer Zahlstellen-Nummer bzw. zur Änderung der Zahlstellen-Daten



I. Allgemeines

1. Rechtgrundlagen

Nach § 256 Abs. 3 Satz 1 und 2 SGB V/§ 50 Abs. 2 KVLG 1989 i. V. m. § 60 Abs. 1 Satz 2 SGB XI ist die Entrichtung der Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung aus Versorgungsbezügen durch die zuständige Krankenkasse zu überwachen. Sind für eine Zahlstelle von Versorgungsbezügen mehrere Krankenkassen zuständig, so haben sie zu vereinbaren, dass eine dieser Krankenkassen die Überwachung für alle beteiligten Krankenkassen übernimmt.

2. Prüfrahmen

Im Rahmen der Überwachung des Beitragsverfahrens sind die Zahlstellen der Versorgungsbezüge verpflichtet, den Krankenkassen die Geschäftsbücher, Listen oder andere Unterlagen vorzulegen, aus denen die für die Beitragserhebung zur Kranken- und Pflegeversicherung relevanten Daten hervorgehen. Die Vorlage kann nur während der Geschäftszeit der Zahlstelle verlangt werden, nach deren Wahl entweder in den eigenen oder in den Geschäftsräumen der Krankenkasse. Sofern bei einer Zahlstelle die Geschäftsräume zugleich die private Wohnung sind, kommt eine Vorlage der entsprechenden Unterlagen nur in den Geschäftsräumen der Krankenkasse in Betracht.

3. Auskunfts- und Vorlagepflicht der Zahlstellen

Die Rechtsgrundlage für die Auskunfts- und Vorlagepflicht der Zahlstelle ergibt sich für die Krankenversicherung aus § 256 Abs. 3 Satz 3 SGB V und § 50 Abs. 2 KVLG 1989, die § 98 Abs. 1 Satz 2 SGB X für entsprechend anwendbar erklären. Für die Pflegeversicherung gilt nach § 60 Abs. 1 Satz 2 SGB XI die Vorschrift des § 256 Abs. 3 SGB V und des § 50 Abs. 2 KVLG 1989 entsprechend.

II. Prüfrecht

Ein Prüfrecht ist nur gegeben, soweit Mitglieder, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, von der jeweiligen Zahlstelle rentenvergleichbare Einnahmen (Versorgungsbezüge) erhalten.

Das Prüfrecht erstreckt sich auf alle Zahlstellen,

- die Beiträge zur Kranken- und/oder Pflegeversicherung von den Versorgungsbezügen einzubehalten und an die Krankenkassen abzuführen haben,



- die nicht zum Einbehalt und zur Abführung der Beiträge, jedoch zur Abgabe der nach § 202 SGB V/§ 50 Abs. 1 Satz 2 SGB XI erforderlichen Meldungen über Beginn, Höhe, Veränderung und Ende der Versorgungsbezüge verpflichtet sind.

III. Zuständige Krankenkasse

Die Prüfung der Zahlstellen von Versorgungsbezügen ist eine gemeinsame Aufgabe aller Krankenkassen. Dabei erweist sich die Prüfung der Zahlstellen grundsätzlich als Stellvertreterprüfung. Dies macht eine Koordinierung dahingehend erforderlich, dass eine Krankenkasse stellvertretend für alle beteiligten Krankenkassen die Beitragsüberwachung durchführt. Hierzu wird folgende Verfahrensregelung festgelegt:

1. Besondere Zuständigkeitsregelung

Die Beitragsüberwachung führen durch

- bei Zahlstellen, die zum Krankenkassenbereich von Betriebskrankenkassen (Satzungsbetriebe) gehören, die Betriebskrankenkassen,
- bei den Trägern der landwirtschaftlichen Sozialversicherung, die landwirtschaftlichen Krankenkassen,
- bei knappschaftlichen und seemännischen Versorgungseinrichtungen, die Knappschaft.

2. Sonstige Zuständigkeit

2.1 Aufteilung der Prüfkontingente nach Marktanteilen

Die Aufteilung der Zuständigkeit für die Prüfung der Zahlstellen richtet sich grundsätzlich nach dem Marktanteil der in der KVdR pflichtversicherten Rentner zuzüglich zehn Prozent der in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Mitglieder der einzelnen Krankenkassenarten. Dazu gehören auch freiwillige Mitglieder, da das Zahlstellen-Beitragsüberwachungsverfahren ebenfalls die Beachtung der Meldepflichten der Zahlstellen beinhaltet und die Meldepflicht der Zahlstellen auch für freiwillig krankenversicherte Versorgungsbezieher besteht.

Die Betriebskrankenkassen haben zusätzlich zu den Zahlstellen, die zum Kassenbereich von Betriebskrankenkassen gehören (Abschnitt II Nr. 1), die Differenz zwischen „Satzungsbetrieben“ und Marktanteil über alle Zahlstellen hinweg als zusätzliches Kontingent zu prüfen, unabhängig davon, ob BKK-Mitglieder in diesen Zahlstellen von Versorgungsbezügen vorhanden sind.

Die Knappschaft hat zusätzlich zu den Zahlstellen, die der knappschaftlichen und seemännischen Versorgungseinrichtung angehören (Abschnitt II Nr. 1), die Differenz zwischen „knappschaftlichen und seemännischen Versorgungseinrichtungen“ und Marktanteil über alle



Grundsätzliche Hinweise zur Überwachung des Melde- und Beitragsverfahrens zur Kranken- und Pflegeversicherung für Empfänger von Versorgungsbezügen (Zahlstellen-Beitragsüberwachungsverfahren)

Seite 5 von 8

Zahlstellen hinweg als zusätzliches Kontingent zu prüfen, unabhängig davon, ob Knappschafts-Mitglieder in diesen Zahlstellen von Versorgungsbezügen vorhanden sind.

Für die Verteilung gilt der am 1. April 2009 vorhandene Marktanteil ab 1. Januar 2010. Die Neuregelung gilt vorerst für die nächsten vier Jahre. Dabei ist der Marktanteil jährlich auf Veränderungen zu beobachten, um bei gravierenden Verschiebungen entsprechend zu reagieren.

2.2 Bestimmung des Prüfkontingents nach den Endziffern der Zahlstellennummern

Das hiernach auf jede Krankenkassenart entfallende Prüfkontingent wird nach den beiden letzten Ziffern der Zahlstellennummern auf die jeweiligen Krankenkassenarten aufgeteilt. Zahlstellen, für die die besondere Zuständigkeitsregelung nach Abschnitt III Nr. 1 gilt, sind hierbei nicht zu berücksichtigen.

2.3 Prüfkontingent

Entsprechend den Ausführungen in Abschnitt III Nr. 2.1 und III Nr. 2.2 ergibt sich folgende Verteilung:

Zahlstellenummer-Endziffern	zuständige Krankenkassenart
00 - 33	Ersatzkassen
34 - 39	IKK
40 - 54	BKK
55 - 58	Knappschaft
59 - 99	AOK

2.4 Gemeinsame Beitragsüberwachung

Bei großen Zahlstellen (Größenklasse 4 der Zahlstellendatei), insbesondere überregionale Versorgungskassen, ist ggf. eine gemeinsame Zahlstellenprüfung aller beteiligten Krankenkassen angezeigt.

Die für die Prüfung grundsätzlich zuständige Krankenkasse setzt sich mit den anderen örtlichen Krankenkassen in Verbindung.

IV. Prüfumfang und Beitragsüberwachungsbericht

Die Prüfung erstreckt sich auf die Ermittlung der zuständigen Krankenkasse/Pflegekasse, die Feststellung der Höhe der Versorgungsbezüge im Sinne des § 229 SGB V und der hierauf entfallenden Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung, auf deren ordnungsgemäße Einbehaltung und Abführung sowie auf die Abgabe der erforderlichen Meldungen über Beginn,



Höhe, Veränderungen und das Ende der Versorgungsbezüge. Die Prüfung kann auf Stichproben beschränkt werden. Es ist ebenfalls zulässig, die Prüfung auf eine Systemprüfung zu beschränken. Dies gilt nicht, soweit Versorgungsleistungen betroffen sind, die in einen betrieblichen und einen privaten Teil aufzuteilen sind (vgl. Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 28. September 2010 – 1 BvR 1660/08 –, USK 2010-112, und Urteile des Bundessozialgerichts vom 30. März 2011 – B 12 KR 16/10 R –, USK 2011-24, und – B 12 KR 24/09 R –, USK 2011-23).

Über die Prüfung ist ein Beitragsüberwachungsbericht (Muster siehe Anlage 1) zu erstellen, aus dem sich die zu prüfenden Sachverhalte ergeben. Sind einzelne Sachverhalte des Beitragsüberwachungsberichtes aus den von der jeweiligen Krankenkasse geprüften Fällen nicht zu beurteilen, so sind die Prüffeststellungen vom Grundsatz her zu treffen. Entsprechendes gilt auch für eine Systemprüfung.

V. Austausch der Beitragsüberwachungsberichte

Die prüfende Krankenkasse leitet je eine Mehrausfertigung des zu erstellenden Beitragsüberwachungsberichts nur dann an die nachfolgend angeführten Stellen weiter, wenn im Beitragsüberwachungsbericht die Frage 5 mit „ja“ beantwortet wurde oder die Prüfung sonstige erhebliche Beanstandungen ergeben hat:

- örtlich zuständige AOK, wenn diese in der Zahlstelle mit beitragspflichtigen Versorgungsempfängern vertreten ist
- BKK Bundesverband in Essen, wenn Betriebskrankenkassen in der Zahlstelle mit beitragspflichtigen Versorgungsempfängern vertreten sind
- IKK e. V. in Berlin, wenn Innungskrankenkassen in der Zahlstelle mit beitragspflichtigen Versorgungsempfängern vertreten sind
- Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung in Kassel, wenn landwirtschaftliche Krankenkassen in der Zahlstelle mit beitragspflichtigen Versorgungsempfängern vertreten sind
- Knappschaft in Bochum, wenn Mitglieder der Knappschaft als beitragspflichtige Versorgungsempfänger in der betreffenden Zahlstelle geführt werden und
- an den Verband der Ersatzkassen e. V. in Berlin, wenn Ersatzkassen in der Zahlstelle mit beitragspflichtigen Versorgungsempfängern vertreten sind.

Ergänzend wird auf die Ausführungen unter Abschnitt VI. verwiesen.

Eine gezielte Information der beteiligten Krankenkassen ist nur gewährleistet, wenn – soweit nicht eine AOK oder die Knappschaft bereits direkt benachrichtigt worden ist – den vorstehend genannten Weiterleitungsstellen Name und Anschrift der beteiligten Krankenkassen bekannt gegeben werden. Im Prüferbericht sind deshalb die beteiligten Krankenkassen aufzuführen. Anstelle der Auflistung kann dem Beitragsüberwachungsbericht auch ein Ausdruck der Zahlstellen beigefügt werden, aus dem die beteiligten Krankenkassen ersichtlich sind.



Grundsätzliche Hinweise zur Überwachung des Melde- und Beitragsverfahrens zur Kranken- und Pflegeversicherung für Empfänger von Versorgungsbezügen (Zahlstellen-Beitragsüberwachungsverfahren)

Seite 7 von 8

Werden im Prüfbericht erhebliche Mängel aufgezeigt, so sind weitere Prüfungen durch die anderen beteiligten Krankenkassen angezeigt.

VI. Pflege der Zahlstellendatei

Das Ergebnis einer Zahlstellenprüfung ist an die Zahlstellendatei zu melden, die beim AOK-Bundesverband geführt wird. Das Prüfergebnis wird dem AOK-Bundesverband anhand des hierfür vorgesehenen Abschnittes im Vordruck zur Beantragung einer Zahlstellen-Nummer bzw. zur Änderung der Zahlstellen-Daten (Muster siehe Anlage 2) mitgeteilt.

Das Prüfergebnis ist unabhängig vom Ausgang der Prüfung mitzuteilen.

Eine zusätzliche Mitteilung über das Prüfergebnis hat an die im Abschnitt V genannten Stellen zu erfolgen. Änderungen in den Adress- oder Grunddaten der Zahlstelle gelten hierbei allerdings nicht als Beanstandung.

VII. Prüfrhythmus

Grundsätzlich sollte eine Zahlstelle im Rahmen der Verjährungsvorschriften nach § 25 SGB IV nur alle vier Jahre geprüft werden. In begründeten Fällen können Prüfungen auch in kürzeren Zeitabständen oder von mehreren beteiligten Krankenkassen durchgeführt werden.

VIII. Bestandsabgleich

Neben der Beitragsüberwachung im engeren Sinne kann in regelmäßigen Zeitabständen ein Bestandsabgleich von jeder beteiligten Krankenkasse in eigener Zuständigkeit durchgeführt werden. Zu diesem Zweck übermittelt die Zahlstelle der Krankenkasse einmal jährlich - nach Absprache oder auf Anforderung der Krankenkasse - Bestandsmeldungen.

Anlässlich eines Bestandsabgleichs aufgetretene Unstimmigkeiten sind von den beteiligten Krankenkassen unmittelbar mit der betreffenden Zahlstelle zu bereinigen.

IX. Anwendung

Diese grundsätzlichen Hinweise gelten vom 1. Januar 2012 an und ersetzen die Verfahrensregelung vom 22. April 2009.

Anlagen



Grundsätzliche Hinweise zur Überwachung des Melde- und Beitragsverfahrens zur Kranken- und Pflegeversicherung für Empfänger von Versorgungsbezügen (Zahlstellen-Beitragsüberwachungsverfahren)

Seite 8 von 8



Absender:

Empfänger:

- AOK
 BKK BV, Essen
 IKK e.V., Berlin
 vdek, Berlin
 LSV-SpV, Kassel
 Knappschaft, Bochum

Beitragsüberwachungsbericht

Name und Anschrift der Zahlstelle

Zahlstellen-Nr.
(kassenintern)(kassenüber-
greifend)

Ansprechpartner/in bei der Zahlstelle:

1. Allgemeines

Name des Prüfers:

Telefon-Nr.

geprüfter Zeitraum von bis , letzte Prüfung am

Anzahl der von der Zahlstelle insgesamt abgerechneten Versorgungsempfänger:

davon bei der prüfenden Krankenkasse:

davon geprüfte Empfänger von Versorgungsbezügen:

2.	Meldeverfahren	ja	nein
2.1	Die Zahlstelle ermittelt die zuständigen Krankenkassen/Pflegekassen aller Versorgungsempfänger.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2	Die Meldungen der Zahlstellen werden ordnungsgemäß erstattet hinsichtlich <ul style="list-style-type: none"> • Beginn des Versorgungsbezuges • Höhe des Versorgungsbezuges (vgl. auch 3.10) • Veränderung des Versorgungsbezuges • Ende des Versorgungsbezuges • zuviel einbehaltener Beiträge • nicht einbehaltener Beiträge 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3	Die Zahlstelle überwacht den Rücklauf ausstehender Bescheide der Krankenkasse/Pflegekasse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.4	Die Meldungen werden ab 1. Januar 2011 konsequent durch Datenübertragung aus systemgeprüften Programmen oder mittels maschineller Ausfüllhilfen erstattet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Berechnung der Beiträge		
3.1	Die Zahlstelle gewährt einmalig gezahlte Versorgungsbezüge Monat(e) der Sonderzahlung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2	Die Beitragspflicht der Versorgungsbezüge zur KV und PV inkl. der einmalig gezahlten Versorgungsbezüge wird grundsätzlich richtig beurteilt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3	Die Versorgungsbezüge werden beitragsrechtlich dem zutreffenden Zeitraum zugeordnet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	ja	nein
3.4 Bei der Beitragsberechnung zur KV und PV werden zutreffend berücksichtigt die		
• Bruttozahlbeträge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Beitragssätze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Beitragsbemessungsgrenzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Beitragszeit bei Teilzahlungsmonaten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Rundungsvorschriften	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.5 Die besonderen Vorschriften werden beachtet bei		
• Personen, deren Versorgungsbezug ein Zwanzigstel der monatlichen Bezugsgröße nicht übersteigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Mehrfachbeziehern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Personen, die als Beihilfe-/Heilfürsorgeberechtigte in der Pflegeversicherung nur den halben Beitragssatz zu entrichten haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.6 Die Beiträge werden rückwirkend ab Beginn der Versorgungsbezüge abgeführt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.7 Zuviel einbehaltene Beiträge werden erstattet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.8 Der VBmax wird durch die Zahlstelle beachtet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.9 Der VBmax wurde bis 31. Dezember 2011 durch die Zahlstelle angepasst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.10 Es werden Versorgungsleistungen gewährt, die in einen betrieblichen und einen privaten Teil aufzuteilen sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der betrieblicher Teil (Versorgungsbezüge) wird korrekt ermittelt.		
Folgendes Berechnungsverfahren findet dabei Anwendung:		
Prämienratierliche Berechnung	<input type="checkbox"/>	
Zeiträtierliche Berechnung	<input type="checkbox"/>	
Ermittlung einer „fiktiven beitragsfreien Leistung“	<input type="checkbox"/>	
Riester-Wertstandsverfahren	<input type="checkbox"/>	
In den Prüfunterlagen befinden sich qualifizierte Nachweise, aus der die Berechnungsmethode hervorgeht und die Berechnung nachvollzogen werden kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Nachweis der Beiträge		
4.1 Die Beiträge zur KV und PV werden listenmäßig zusammengeführt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2 Es ist sichergestellt, dass alle Beiträge für die Abrechnung mit der Krankenkasse erfasst werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.3 Die Endbeträge der Listen (4.1) stimmen mit den Eintragungen in den Beitragsnachweisen überein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Beitragsverluste/-überzahlungen sind eingetreten bzw. zu erwarten (nähere Bemerkungen s. Ziffer 6).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Prüfbemerkungen		

Anlage (Auflistung der beteiligten Krankenkassen)

