



Spitzenverband

Ergebnisniederschrift  
über die  
Sitzung der Fachkonferenz Beiträge  
am 21. März 2018  
in Berlin





Spitzenverband



Inhaltsübersicht

---

	<u>Seite</u>
Top 1    Versicherungsfreiheit von Arbeitnehmern bei Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze; hier: Berücksichtigung von variablen Arbeitsentgeltbestandteilen bei der Ermittlung des regelmäßigen Jahresarbeitsentgelts	5
Top 2    Erstattung von Aufwendungen nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG); hier: Aufwendungen des Arbeitgebers für die betriebliche Altersversorgung des Arbeitnehmers, die in größeren Zeitabständen als monatlich geleistet werden	7
Top 3    Krankenversicherung der Studenten; hier: Zeitpunkt der Anpassung der beitragspflichtigen Einnahmen	11
Top 4    Grundsätzliche Hinweise „Überwachung des Beitrags- und Meldeverfahrens zur Kranken- und Pflegeversicherung für Empfänger von Versorgungsbezügen (Zahlstellen-Beitragsüberwachungsverfahren)“ vom 21. März 2018	13



Ergebnisniederschrift  
Fachkonferenz Beiträge  
21. März 2018



nur zur internen Dokumentation

	<u>Seite</u>
Top 5    Austausch über voraussichtlich anstehende Rechtsentwicklungen auf Grundlage des Koalitionsvertrages zwischen CDU, CSU und SPD vom 7. Februar 2018	17
Top 6    Besprechung der Spitzenorganisationen der Sozialversicherung über Fragen des gemeinsamen Beitragseinzugs am 22. März 2018; hier: GKV-interne Abstimmung der Beratungen	19



Top 1

Versicherungsfreiheit von Arbeitnehmern bei Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze; hier: Berücksichtigung von variablen Arbeitsentgeltbestandteilen bei der Ermittlung des regelmäßigen Jahresarbeitsentgelts

---

Sachverhalt:

Arbeitnehmer sind nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V krankenversicherungsfrei, wenn ihr regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt die Jahresarbeitsentgeltgrenze übersteigt. Zum regelmäßigen Jahresarbeitsentgelt gehören alle Einnahmen, die nach § 14 Abs. 1 SGB IV Arbeitsentgelt im Sinne der Sozialversicherung darstellen, sofern sie mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit mindestens einmal jährlich gezahlt werden. Neben dem laufenden Arbeitsentgelt sind auch regelmäßig gewährte Sonderzuwendungen bzw. Einmalzahlungen bei der Ermittlung des Jahresarbeitsentgelts zu berücksichtigen, wenn sie mit hinreichender Sicherheit mindestens einmal jährlich erwartet werden können. Demnach finden z. B. Urlaubs- und/oder Weihnachtsgelder auch dann entsprechende Berücksichtigung, wenn über ihre Gewährung keine schriftliche Vereinbarung, sondern lediglich eine mündliche Absprache besteht oder die Gewährung auf Gewohnheit oder betrieblicher Übung beruht.

Dem regelmäßigen Jahresarbeitsentgelt nicht zuzurechnen sind Arbeitsentgelte respektive Arbeitsentgeltbestandteile, bei denen ungewiss ist, ob und gegebenenfalls in welcher Höhe sie gewährt werden. Dies ist gemäß den Ausführungen in den Grundsätzlichen Hinweisen des GKV-Spitzenverbandes vom 22. März 2017 unter Ziffer 2.2 der Fall bei variablen Arbeitsentgeltbestandteilen, die individuell-leistungsbezogen oder unternehmenserfolgsbezogen gewährt werden. Nur wenn der Arbeitnehmer einen Anspruch auf einen Mindestbetrag oder garantierten Anteil an individuell-leistungsbezogenen oder unternehmenserfolgsbezogenen Arbeitsentgeltbestandteilen hat, sind diese Entgeltbestandteile insoweit bei der Ermittlung des regelmäßigen Jahresarbeitsentgelts zu berücksichtigen.

Die vorgenannten Ausführungen in den Grundsätzlichen Hinweisen haben in der betrieblichen Praxis zu Nachfragen geführt. Sie sind zurückzuführen auf den Umstand, dass variable Arbeitsentgeltbestandteile – hierzu zählen individuell-leistungsbezogene und unternehmenserfolgsbezogene Provisionen oder Tantiemen – bei der Ermittlung des regelmäßigen Jahresarbeitsentgelts in der Vergangenheit von den Arbeitgebern bislang nicht selten berücksichtigt wurden. Dies gilt insbesondere in den Fällen, in denen die variablen Arbeitsent-

geltbestandteile monatlich zufließen und somit das monatliche Arbeitsentgelt maßgeblich prägen.

Vor diesem Hintergrund sind die allgemein gehaltenen Ausführungen in den Grundsätzlichen Hinweisen zur Berücksichtigung von variablen Arbeitsentgeltbestandteilen bei der Ermittlung des regelmäßigen Jahresarbeitsentgelts zu konkretisieren und um die über den auch weiterhin unverändert bestehenden Grundsatz zur Berücksichtigung der angesprochenen Arbeitsentgeltbestandteile hinaus relevanten Aspekte zu ergänzen.

Ergebnis:

Variable Arbeitsentgeltbestandteile, die individuell-leistungsbezogen oder unternehmenserfolgsbezogen in Form von einmalig gezahltem Arbeitsentgelt gewährt werden, sind angesichts der regelmäßig nicht vorhersehbaren Erfüllung der üblicherweise an sie gestellten Voraussetzungen und mithin der im Vorfeld ungewissen Gewährung von vornherein nicht dem regelmäßigen Jahresarbeitsentgelt zuzuordnen. Bei ihnen handelt es sich um unregelmäßige Arbeitsentgeltbestandteile, die einer prognostischen Betrachtung bzw. einer Schätzung im Wege einer Durchschnittsbetrachtung nicht zugänglich sind. Sofern von einzelnen Arbeitgebern in der Vergangenheit möglicherweise aufgrund vereinzelt divergierender Informationen insoweit hiervon abweichend verfahren wurde, hat es für zurückliegende Zeiträume damit sein Bewenden.

Variable Arbeitsentgeltbestandteile, die individuell-leistungsbezogen gewährt werden, sind allerdings dann dem regelmäßigen Jahresarbeitsentgelt zuzurechnen, wenn sie üblicherweise Bestandteil des monatlich zufließenden laufenden Arbeitsentgelts sind und dieses insoweit mitprägen. Sofern sich das monatlich zufließende Arbeitsentgelt typischerweise aus einem vertraglich fest vereinbarten Fixum sowie einem erfolgsabhängigen und somit variablen Anteil zusammensetzt, wird das monatliche Arbeitsentgelt auch von dem variablen Anteil dergestalt charakterisiert, dass bei dem variablen Arbeitsentgeltbestandteil gleichermaßen von einem regelmäßigen Arbeitsentgelt auszugehen ist; die Höhe des monatlich zufließenden variablen Arbeitsentgeltbestandteils bzw. dessen Relation zum ggf. vertraglich vereinbarten Fixum ist dabei grundsätzlich nicht von Bedeutung. Bei schwankender Höhe des variablen Arbeitsentgeltbestandteils ist der für die Ermittlung des regelmäßigen Jahresarbeitsentgelts maßgebende Betrag im Wege einer Prognose bzw. vorausschauenden Schätzung zu ermitteln (vgl. Ziffer 2.4 der Grundsätzlichen Hinweise).



Top 2

Erstattung von Aufwendungen nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG);  
hier: Aufwendungen des Arbeitgebers für die betriebliche Altersversorgung des Arbeitnehmers, die in größeren Zeitabständen als monatlich geleistet werden

---

Sachverhalt:

Zu den erstattungsfähigen Aufwendungen nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG) gehören das bei Arbeitsunfähigkeit im Rahmen des Entgeltfortzahlungsgesetzes fortgezahlte Arbeitsentgelt (U1-Verfahren) und der nach dem Mutterschutzgesetz gezahlte Arbeitgeberzuschuss zum Mutterschaftsgeld sowie das bei Beschäftigungsverboten fortgezahlte Arbeitsentgelt (U2-Verfahren).

Zum Arbeitsentgelt in diesem Sinne zählen grundsätzlich alle Zuwendungen, die nach ihrer Zweckbestimmung zumindest auch als Gegenleistung für geleistete oder noch zu leistende Arbeit aufzufassen sind. Darunter fallen auch Aufwendungen, die ein Arbeitgeber leistet, um dem Arbeitnehmer oder diesem nahestehende Personen für den Fall der Invalidität, des Alters oder des Todes abzusichern. Zuwendungen des Arbeitgebers an Pensionskassen, Pensionsfonds und Direktversicherungen gehören daher grundsätzlich zu den erstattungsfähigen Aufwendungen nach dem AAG; vgl. Abschnitt 1.6.7 der Grundsätzlichen Hinweise des GKV-Spitzenverbandes zum Ausgleichsverfahren der Arbeitgeberaufwendungen bei Arbeitsunfähigkeit (U1-Verfahren) und für Mutterschaftsleistungen (U2-Verfahren) vom 7. November 2017.

Einmalig gezahltes Arbeitsentgelt gehört hingegen nicht zu den erstattungsfähigen Aufwendungen. Dies ergibt sich zum einen daraus, dass Leistungen, die nicht an die Erbringung der Arbeitsleistung in einem bestimmten Zeitabschnitt gekoppelt sind, sondern hiervon unabhängig aus besonderem Anlass gezahlt werden, bei der Bemessung des fortzuzahlenden Entgelts nach dem Entgeltausfallprinzip ohnehin unberücksichtigt bleiben, und zum anderen aus dem Willen des Gesetzgebers, ein Ungleichgewicht zwischen Beitrag (bei der Umlagebemessung bleiben Einmalzahlungen außen vor) und Leistung zu verhindern (vgl. Gesetzesbegründung zu § 7 AAG in der Bundestags-Drucksache 16/39, Seite 13); entsprechende Aussagen sind auch in Abschnitt 1.6.2 der v. g. Grundsätzlichen Hinweise enthalten.

Der Aufbau von Anwartschaften in der betrieblichen Altersversorgung (bAV) durch Beiträge des Arbeitgebers vollzieht sich in der Praxis in unterschiedlicher Art und Weise. Im Regelfall führen die Unternehmen die laufenden Beiträge an eine Pensionskasse, einen Pensionsfonds und eine Direktversicherung im Rahmen der Entgeltabrechnung monatlich ab. Einige Betriebe leisten ihre Zuwendungen zur bAV jedoch in größeren als monatlichen Zeitabständen (z. B. viertel- oder halbjährlich) oder im Zusammenhang mit einer Einmalzahlung. Vor dem Hintergrund, dass einmalig gezahltes Arbeitsentgelt bzw. Sonderzuwendungen im Sinne des § 23a SGB IV sowie die darauf entfallenden Arbeitgeberbeiträge nicht zu den erstattungsfähigen Aufwendungen gehören, ist hinsichtlich nicht laufend bzw. monatlich gezahlter Arbeitgeberzuwendungen an eine bAV aus der Praxis wiederholt die Frage gestellt worden, ob und ggf. in welchem Umfang eine Erstattung derartiger Aufwendungen in Betracht kommt.

Ergebnis:

Einmalig gezahltes Arbeitsentgelt sowie die darauf entfallenden Arbeitgeberbeiträge gehören nicht zu den erstattungsfähigen Aufwendungen. Gleiches gilt für Aufwendungen des Arbeitgebers für die bAV des Arbeitnehmers in Form (jährlich) einmaliger Beitragszahlungen. Der fehlenden Erstattungsfähigkeit von Einmalzahlungen tragen die Vorschriften zur Finanzierung des AAG-Verfahrens insoweit Rechnung, als dass einmalig gezahltes Arbeitsentgelt nach § 7 Abs. 2 Satz 2 AAG nicht zur Bemessung der Umlagen herangezogen wird. Insofern besteht kein Widerspruch zwischen den Aussagen in den v. g. Grundsätzlichen Hinweisen zur fehlenden Erstattungsfähigkeit von einmalig gezahltem Arbeitsentgelt einerseits und zur fehlenden Erstattungsfähigkeit von einmalig gezahlten Aufwendungen des Arbeitgebers an die bAV des Arbeitnehmers andererseits.

Beispiel 1
Ein Arbeitnehmer ist vom 15.11. bis zum 30.11. arbeitsunfähig erkrankt. Der Arbeitgeber zahlt für diese Zeit das Arbeitsentgelt fort.
Während der Zeit der Arbeitsunfähigkeit zahlt der Arbeitgeber anlässlich des Jahresendes für den Arbeitnehmer einen Beitrag an eine Pensionskasse.
Der Arbeitgeber beantragt im U1-Verfahren die Erstattung des fortgezahlten Arbeitsentgelts. Dabei berücksichtigt er auch den an die Pensionskasse abgeführten Beitrag.
Die Krankenkasse erstattet dem Arbeitgeber das fortgezahlte laufende Arbeitsentgelt. Der Arbeitgeberbeitrag an die Pensionskasse wird hingegen nicht erstattet, da es sich um einmalig gezahltes Arbeitsentgelt handelt.





Eine nicht zur Erstattung führende Einmalzahlung liegt grundsätzlich auch vor, wenn die Beiträge zur bAV in größeren als monatlichen Abständen gezahlt werden (z. B. bei einer viertel- oder halbjährlichen Abrechnung). Eine Umrechnung des Gesamtbeitrags in anteilige Monatswerte ändert am Charakter der Einmalzahlung nichts und führt daher auch nicht zu einer Berücksichtigung im Erstattungsverfahren.

In größeren Zeitabständen als monatlich abgerechnete Zuwendungen des Arbeitgebers zur bAV sind jedoch dann in das Erstattungsverfahren nach dem AAG einzubeziehen, wenn sie für die Arbeit in einzelnen Entgeltabrechnungszeiträumen geleistet werden und damit laufendes Arbeitsentgelt darstellen. In diesen Fällen wird der Charakter des laufenden Arbeitsentgelts durch zusammengefasste und in der Folge in größeren als monatlichen Zeitabständen geleistete Aufwendungen zur bAV nicht verändert.

Zuwendungen, die dem laufenden Arbeitsentgelt zuzurechnen sind und vom Arbeitgeber zeitversetzt und zusammen mit denen für vorangegangene Entgeltabrechnungszeiträume an die jeweilige Versorgungseinrichtung geleistet werden, sind im Rahmen des Erstattungsverfahrens anteilig zu berücksichtigen, d. h. in der Höhe, in der sie für den Erstattungszeitraum angefallen sind; kumulierte Beitragszahlungen zur bAV sind mithin entsprechend aufzuteilen.

Beispiel 2
Ein Arbeitnehmer ist vom 3.3. bis zum 20.3. arbeitsunfähig erkrankt. Der Arbeitgeber zahlt für diese Zeit das Arbeitsentgelt fort.
Der Arbeitgeber beantragt im U1-Verfahren die Erstattung des fortgezahlten Arbeitsentgelts. Dabei berücksichtigt er auch die von ihm am 15.3. für die Monate Januar bis März zusammen abgeführten Beiträge an die Pensionskasse in Höhe von insgesamt 300,00 EUR (monatlich 100,00 EUR).
Die Krankenkasse erstattet dem Arbeitgeber das vom 3.3. bis zum 20.3. fortgezahlte Arbeitsentgelt und die von ihm für diese Zeit an die Pensionskasse gezahlten Beiträge. Entsprechend der vom Arbeitgeber gewählten Berechnungsweise für die Entgeltfortzahlung ergibt sich für die Beiträge an die Pensionskasse folgender Erstattungsbetrag:  $100,00 \text{ EUR} / 30 \text{ Tage} \times 18 \text{ Tage} = 60,00 \text{ EUR}$



Ergebnisniederschrift  
Fachkonferenz Beiträge  
21. März 2018



Top 3

Krankenversicherung der Studenten;

hier: Zeitpunkt der Anpassung der beitragspflichtigen Einnahmen

---

Sachverhalt:

Nach § 236 Abs. 1 Satz 1 SGB V gilt für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 9 und 10 SGB V versicherungspflichtigen Studenten, Praktikanten und Auszubildende des Zweiten Bildungsweges als beitragspflichtige Einnahme 1/30 des Betrages, der als monatlicher Bedarf nach § 13 Abs. 1 Nr. 2 und Abs. 2 BAföG für Studenten festgesetzt ist, die nicht bei ihren Eltern wohnen. Änderungen des Bedarfsbetrags sind nach § 236 Abs. 1 Satz 2 SGB V vom Beginn des auf die Änderung folgenden Semesters an zu berücksichtigen.

In den Fällen, in denen keinem Studium nachgegangen wird respektive ein tatsächlicher Semesterbezug nicht hergestellt werden kann, ist hinsichtlich des Zeitpunktes, zu dem sich die Beitragshöhe in Folge eines veränderten BAföG-Bedarfsbetrages ändert, ein fiktiver Semesterbeginn festzulegen, und zwar in entsprechender Anwendung der Regelungen für Studenten an Hochschulen jeweils der 1. April und 1. Oktober eines Jahres; eine entsprechende Regelung sehen die Grundsätzlichen Hinweise des GKV-Spitzenverbandes zur Kranken- und Pflegeversicherung der Studenten, Praktikanten ohne Arbeitsentgelt, der zur Berufsausbildung Beschäftigten ohne Arbeitsentgelt und der Auszubildenden des Zweiten Bildungsweges vom 6. Dezember 2017 in Abschnitt 7.2.1 für den Personenkreis der Praktikanten ohne Arbeitsentgelt, der zur Berufsausbildung Beschäftigten ohne Arbeitsentgelt sowie der Auszubildenden des Zweiten Bildungsweges vor. Gleiches gilt für freiwillige Mitglieder, die Schüler einer Fachschule oder Berufsfachschule sind oder regelmäßig ihre Arbeitsleistung im Umherziehen anbieten (Wandergesellen) und die nach § 240 Abs. 4 Satz 7 SGB V beitragsrechtlich den krankenversicherten Studenten, Praktikanten und Auszubildenden des Zweiten Bildungsweges gleichgestellt sind (vgl. Top 3 der Ergebnisniederschrift der Fachkonferenz Beiträge vom 8. Februar 2011). Für Hochschulen, die keine Semestereinteilung haben, sieht für den Bereich des Meldeverfahrens die Verordnung über Inhalt, Form und Frist der Meldungen sowie das Meldeverfahren für die Krankenversicherung der Studenten (Studentenkrankenversicherungs-Meldeverordnung - SKV-MV) als Semester ausdrücklich die Zeiten vom 1. April bis 30. September und vom 1. Oktober bis 31. März vor (§ 4 Abs. 2 SKV-MV).

In der Praxis wird wiederholt, zuletzt auch im Zusammenhang mit den Diskussionen zur Einführung eines maschinellen Meldeverfahrens für die studentische Krankenversicherung und der dabei festzulegenden Meldeinhalte, die Frage aufgeworfen, in welcher Weise der Zeitpunkt der Beitragsanpassung entsprechend § 236 Abs. 1 Satz 2 SGB V in den Fällen zu bestimmen ist, in denen die Organisation bzw. Struktur eines jeweiligen Studiengangs von der regelmäßig anzutreffenden Einteilung in Semester abweicht. Angesprochen ist hierbei die Einteilung eines Studienjahres in Trimester (wenngleich der Begriff „Trimester“ nicht eindeutig definiert ist) und das Studium an Fernuniversitäten. Unter dem Begriff „Trimester“ wird regelmäßig die Einteilung des Studienjahres in drei Abschnitte verstanden.

Ergebnis:

Nach Auffassung der Fachkonferenzteilnehmer sind die nach § 5 Abs. 1 Nr. 9 und 10 SGB V versicherungspflichtigen Studenten, Praktikanten und Auszubildenden des Zweiten Bildungsweges hinsichtlich der beitragsrechtlichen Rahmenbedingungen einheitlich zu beurteilen; dies schließt den Wirkungszeitpunkt für eine Änderung der beitragspflichtigen Einnahmen in Folge eines veränderten BAföG-Bedarfsbetrages ein. Ein in Abhängigkeit von Organisation und Struktur eines Studiengangs anzuwendender Wirkungszeitpunkt ist auszuschließen.

Dies bedeutet, dass für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 9 und 10 SGB V versicherungspflichtigen Studenten, Praktikanten und Auszubildenden des Zweiten Bildungsweges bei der Anwendung des § 236 Abs. 1 Satz 2 SGB V als Semesterbeginn stets der 1. April und 1. Oktober eines Jahres gelten; dies gilt auch dann, wenn die Einteilung eines Studienjahres von der regelmäßig anzutreffenden Einteilung eines Studienjahres in Semester abweicht. Bei Fachhochschulen sind hingegen der 1. März und 1. September als Semesterbeginn im vorgenannten Sinne anzusehen.

Im Übrigen ist die Festlegung des Semesterbeginns auf den 1. April/1. Oktober bzw. 1. März/1. September eines Jahres gleichermaßen bei der in § 254 Satz 1 SGB V vorgesehenen Vorauszahlung der Beiträge für ein Semester zu berücksichtigen.

Top 4

Grundsätzliche Hinweise „Überwachung des Beitrags- und Meldeverfahrens zur Kranken- und Pflegeversicherung für Empfänger von Versorgungsbezügen (Zahlstellen-Beitragsüberwachungsverfahren)“ vom 21. März 2018

---

Sachverhalt:

Die Grundsätzlichen Hinweise zum Zahlstellen-Beitragsüberwachungsverfahren bilden die fachliche Grundlage für die Überwachung der Beitragszahlung sowie des damit verbundenen Meldeverfahrens durch die Krankenkassen nach § 256 Abs. 3 SGB V sowie § 60 Abs. 1 Satz 2 SGB XI und regeln die Aufteilung des Prüfkontingents auf die einzelnen Krankenkassenarten.

Die Grundsätzlichen Hinweise in der Fassung vom 3. Dezember 2014 waren aus verschiedenen Gründen zu überarbeiten. So wurde bereits in der Fachkonferenz Beiträge am 19. November 2013 beschlossen, in der Zahlstellendatei eine Kennzeichnung für sog. „Dienstleister-Prüfungen“ einer Krankenkasse für mehrere Zahlstellen mit dem Einverständnis der anderen zuständigen Krankenkassen einzuführen (Top 5 der Niederschrift). In der Fachkonferenz Beiträge am 13. Juni 2017 wurden die zukünftigen Inhalte der Zahlstellendatei modifiziert (Top 5 der Niederschrift) sowie eine Neuverteilung des Prüfkontingents auf die Krankenkassenarten nach den aktuellen Marktanteilen zum 1. Januar 2018 vorgenommen (Top 6 der Niederschrift). Im Zusammenhang mit der Schaffung einer ausdrücklichen gesetzlichen Grundlage für die Beantragung einer Zahlstellenummer und die Zahlstellendatei zum 1. Januar 2017 (§ 202 Abs. 3 Satz 2 SGB V) ist die Zuständigkeit für die Vergabe der Zahlstellenummer und die Führung der Zahlstellendatei auf den GKV-Spitzenverband übergegangen, der die ITSG GmbH mit der operativen Umsetzung dieser Aufgabe beauftragt hat. Seit dem 1. Januar 2018 erfolgt die Beantragung einer Zahlstellenummer durch die Zahlstelle ausschließlich in einem elektronischen Verfahren. Außerdem hat sich gezeigt, dass eine größere Transparenz der Zuständigkeiten und Prüfkaktivitäten der Krankenkassen im Rahmen der Beitragsüberwachung anhand der in der Zahlstellendatei hinterlegten Daten notwendig erscheint. Zudem hat sich in den letzten Jahren das Erfordernis für weitere Festlegungen oder Klarstellungen sowohl zu den Prüfinhalten als auch zu dem Verfahrensablauf ergeben.

Unter Berücksichtigung dieses Änderungsbedarfs sind die Grundsätzlichen Hinweise überarbeitet worden. Der Vordruck „Mitteilung zur Aktualisierung der Zahlstellendatei“ ist grundsätzlich neu gestaltet und durch Ausfüllhinweise ergänzt worden.

Zusätzlich stellt sich die Frage, ob die Transparenz der Beitragsüberwachung durch die Krankenkassen dadurch verbessert werden kann, dass in der Zahlstellendatei zusätzlich zur Krankenkassenart und der die letzte Prüfung durchgeführten Krankenkasse die aktuell bzw. für die nächste Prüfung zuständige Krankenkasse hinterlegt wird. Auf diese Weise könnte auch die Übernahme des Prüfkontingents bei Fusionen von Krankenkassen problemlos abgebildet werden.

Ergebnis:

Die Besprechungsteilnehmer verabschieden die beigefügten Grundsätzlichen Hinweise „Überwachung des Beitrags- und Meldeverfahrens zur Kranken- und Pflegeversicherung für Empfänger von Versorgungsbezügen (Zahlstellen-Beitragsüberwachungsverfahren)“ vom 21. März 2018.

In der Zahlstellendatei wird zum nächstmöglichen Zeitpunkt ein weiteres Feld geschaffen, in dem zusätzlich zu der bisher angegebenen Krankenkasse, die die letzte Prüfung durchgeführt hat, auch die aktuell zuständige bzw. für die nächste Prüfung zuständige Krankenkasse mit ihrer Betriebsnummer erfasst wird.

Außerdem entscheiden sich die Teilnehmer dafür, dass die „Mitteilung zur Aktualisierung der Zahlstellendatei“ (Anlage 2 der Grundsätzlichen Hinweise) an die ITSG GmbH zum nächstmöglichen Zeitpunkt in ein elektronisches Verfahren überführt wird.

Um die Transparenz der Zahlstellendatei weiter zu verbessern, werden die Krankenkassen die noch fehlenden Angaben zur letzten Prüfung bis 31. Dezember 2019 an die ITSG GmbH übermitteln. Zur Form und zum Verfahren der Übermittlung folgen nach Abstimmung mit der ITSG GmbH noch weitere Hinweise.

Ergebnisniederschrift  
Fachkonferenz Beiträge  
21. März 2018



Zur Klarstellung wird darauf hingewiesen, dass Krankenkassen in ihrer Funktion als Zahlstelle von Versorgungsbezügen nicht von einer anderen Krankenkasse geprüft werden.

Anlage



Ergebnisniederschrift  
Fachkonferenz Beiträge  
21. März 2018





Grundsätzliche Hinweise  
Überwachung des Beitrags- und  
Meldeverfahrens zur Kranken- und  
Pflegeversicherung für Empfänger von  
Versorgungsbezügen (Zahlstellen-  
Beitragsüberwachungsverfahren)  
vom 21. März 2018



## Einleitung

Diese vom GKV-Spitzenverbandes erstmals am 3. Dezember 2014 herausgegebenen Grundsätzlichen Hinweise stellen im Sinne einer Handlungsempfehlung für die Krankenkassen die fachliche und organisatorische Grundlage für die Überwachung der Beitragszahlung durch die Zahlstellen von Versorgungsbezügen nach § 256 Abs. 3 SGB V dar.

Aufgrund einer in der Fachkonferenz Beiträge am 13. Juni 2017 beschlossenen geänderten Verteilung der Prüfkongente für die einzelnen Krankenkassenarten ab 1. Januar 2018 sowie der rechtlichen und administrativen Grundlagen für die Führung der Zahlstellendatei ab 1. Januar 2017 sind die Grundsätzlichen Hinweise zum 1. Januar 2018 aktualisiert worden.

## Inhaltsverzeichnis

1	Allgemeines.....	4
1.1	Rechtsgrundlagen .....	4
1.2	Prüfrahmen .....	4
1.3	Auskunfts- und Vorlagepflicht der Zahlstellen .....	4
2	Prüfrecht .....	5
3	Zuständige Krankenkasse .....	5
3.1	Allgemeines .....	5
3.2	Besondere Zuständigkeitsregelung.....	5
3.3	Allgemeine Zuständigkeitsregelung.....	6
3.3.1	Aufteilung der Prüfkontingente nach Marktanteilen.....	6
3.3.2	Bestimmung des Prüfkontingents nach den Endziffern der Zahlstellennummern.....	6
3.3.3	Prüfkontingente .....	6
3.3.4	Gemeinsame Beitragsüberwachung .....	7
3.3.5	Prüfung für mehrere Zahlstellen bei einem Dienstleister.....	7
4	Prüfumfang und Beitragsüberwachungsbericht .....	8
5	Austausch der Beitragsüberwachungsberichte .....	9
6	Zahlstellendatei .....	10
7	Prüfrhythmus.....	11
8	Bestandsabgleich.....	12
9	Anwendung .....	12

Anlage 1: Beitragsüberwachungsbericht

Anlage 2a: Mitteilung zur Aktualisierung der Zahlstellendatei (auch handschriftlich ausfüllbar)

Anlage 2b: Mitteilung zur Aktualisierung der Zahlstellendatei (am Bildschirm ausfüllbar)

Anlage 3: Ausfüllhinweise für die Mitteilung zur Aktualisierung der Zahlstellendatei

## 1 Allgemeines

### 1.1 Rechtsgrundlagen

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. Dies schließt die Zusatzbeiträge nach § 242 SGB V ein. Sind für eine Zahlstelle von Versorgungsbezügen (nachfolgend: Zahlstelle) mehrere Krankenkassen zuständig, so haben sie zu vereinbaren, dass eine dieser Krankenkassen die Überwachung für alle beteiligten Krankenkassen übernimmt.

Mit dem Verfahren der Beitragsnachweisung und -zahlung ist untrennbar das Zahlstellen-Meldeverfahren nach § 202 SGB V verknüpft. Das Verfahren der Beitragsüberwachung umfasst daher ebenso die von den Zahlstellen gegenüber den Krankenkassen abgegebenen bzw. abzugebenden Meldungen.

### 1.2 Prüfrahmen

Im Rahmen der Überwachung des Beitragsverfahrens sind die Zahlstellen verpflichtet, den Krankenkassen die Geschäftsbücher, Listen oder andere Unterlagen vorzulegen, aus denen die für die Beitragserhebung zur Kranken- und Pflegeversicherung und Überwachung der erforderlichen Meldungen 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.

Befindet sich die Abrechnungsstelle der Zahlstelle im Ausland, hat die Zahlstelle sicherzustellen, dass die für die Prüfung relevanten Daten und Unterlagen zum Prüfungstermin in den Räumen der Zahlstelle zur Einsicht vorliegen.

### 1.3 Auskunft- und Vorlagepflicht der Zahlstellen

Die Rechtsgrundlage für die Auskunft- 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.

## 2 Prüfrecht

Ein Prüfrecht besteht für Personen, die von der jeweiligen Zahlstelle rentenvergleichbare Einnahmen (Versorgungsbezüge) erhalten und in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind.

Darüber hinaus ist die Krankenkasse berechtigt, zu prüfen, ob Personen von der Zahlstelle korrekt als nicht gesetzlich krankenversichert geführt werden und damit zu Recht keine Meldungen an eine Krankenkasse übermittelt und keine Beiträge abgeführt werden. Die Namen dieser Personen müssen auf Anforderung der prüfenden Krankenkasse von der Zahlstelle aus dem Bestand der Versorgungsbezieher selektiert und in einer Liste bereitgestellt werden können. Wird eine solche Person von der Zahlstelle zu Unrecht als nicht gesetzlich krankenversichert geführt, ist sie in vollem Umfang von dem Prüfrecht erfasst.

Das Prüfrecht erstreckt sich auf alle Zahlstellen,

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

## 3 Zuständige Krankenkasse

### 3.1 Allgemeines

Die Prüfung der Zahlstellen von Versorgungsbezügen ist eine gemeinsame Aufgabe aller Krankenkassen. Da für eine Zahlstelle im Regelfall mehrere Krankenkassen zuständig sind, wird die Beitragsüberwachung so konzipiert, dass nur eine Krankenkasse stellvertretend für alle beteiligten Krankenkassen die Beitragsüberwachung durchführt (Stellvertreterprüfung). Hierzu wird die nachfolgende Verfahrensregelung festgelegt.

### 3.2 Besondere Zuständigkeitsregelung

Die Beitragsüberwachung führen durch

- bei Zahlstellen, die zum Krankenkassenbereich von Betriebskrankenkassen (Satzungsbetriebe) gehören, die Betriebskrankenkassen,

- bei den Trägern der landwirtschaftlichen Sozialversicherung, die landwirtschaftliche Krankenkasse,
- bei knappschaftlichen und seemännischen Versorgungseinrichtungen, die Knappschaft.

### 3.3 Allgemeine Zuständigkeitsregelung

#### 3.3.1 Aufteilung der Prüfkongente nach Marktanteilen

Die Aufteilung der Zuständigkeit für die Prüfung der Zahlstellen richtet sich grundsätzlich nach dem Marktanteil der in der Krankenversicherung der Rentner (KVdR) pflichtversicherten Rentner zuzüglich zehn Prozent der in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Mitglieder der einzelnen Krankenkassenarten. Dazu gehören auch freiwillige Mitglieder, da das Zahlstellen-Bitragsüberwachungsverfahren 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 III 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 den knappschaftlichen und seemännischen Versorgungseinrichtungen angehören (Abschnitt III Nr. 1), die Differenz zwischen „knappschaftlichen und seemännischen Versorgungseinrichtungen“ und Marktanteil über alle Zahlstellen hinweg als zusätzliches Kontingent zu prüfen, unabhängig davon, ob Knappschafts-Mitglieder in diesen Zahlstellen von Versorgungsbezügen vorhanden sind.

#### 3.3.2 Bestimmung des Prüfkongents nach den Endziffern der Zahlstellennummern

Das auf jede Krankenkassenart entfallende Prüfkongent 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.

#### 3.3.3 Prüfkongente

Entsprechend den Ausführungen in Abschnitt III Nr. 2.1 und III Nr. 2.2 und unter Berücksichtigung der Marktanteile am 31. März 2017 laut GKV-Statistik KM1 ergibt sich ab 1. Januar 2018 folgende Verteilung:

Grundsätzliche Hinweise des GKV-Spitzenverbandes  
Überwachung des Beitrags- und Meldeverfahrens zur Kranken- und Pflegeversicherung  
für Empfänger von Versorgungsbezügen (Zahlstellen-Beitragsüberwachungsverfahren)  
vom 21. März 2018

---

Zahlstellenummer-Endziffern	zuständige Krankenkassenart
00 - 40	Ersatzkassen
41 - 46	IKK
47 - 55	BKK
56 - 59	Knappschaft
60 - 99	AOK

Diese Verteilung gilt für die Prüfungen, die ab 1. Januar 2018 begonnen werden. Alle vier Jahre, das heißt als Nächstes zum 1. Januar 2022, findet eine Überprüfung der Prüfkontingente und ggf. eine Neuverteilung statt. Dabei ist für die Zwecke der Prüfplanung bei den Krankenkassen eine ausreichende Vorlaufzeit zu beachten.

Bei kassenartenübergreifenden Fusionen von Krankenkassen übernimmt die aus der Fusion hervorgehende (neue) Krankenkasse das Prüfkontingent der alten Krankenkasse, was in der Zahlstellendatei zu dokumentieren ist.

#### 3.3.4 Gemeinsame Beitragsüberwachung

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

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

#### 3.3.5 Prüfung für mehrere Zahlstellen bei einem Dienstleister

Sofern ein externer Dienstleister von mehreren Zahlstellen für die Durchführung des Beitrags- und Meldeverfahrens beauftragt ist, können die für diese Zahlstellen zuständigen Krankenkassen vereinbaren, dass nur eine von ihnen die Prüfung für diese Zahlstellen bei dem Dienstleister durchführt (Dienstleister-Prüfung).

Die Übernahme einer Dienstleister-Prüfung durch eine Krankenkasse wirkt sich bis auf weiteres nicht auf die nach Abschnitt III 2.3 vorgenommene Aufteilung des Prüfkontingents auf die Krankenkassenarten aus.

Das Gleiche gilt für die Prüfung, die eine Krankenkasse in Abstimmung mit den anderen originär zuständigen Krankenkassen aus Vereinfachungsgründen für mehrere Zahlstellen durchführt.

## 4 Prüfumfang und Beitragsüberwachungsbericht

Die Prüfung erstreckt sich insbesondere auf die

- Ermittlung, ob Personen von der Zahlstelle korrekt als nicht gesetzlich krankenversichert geführt werden und damit zu Recht keine Meldungen an eine Krankenkasse übermittelt und keine Beiträge abgeführt werden,
- Ermittlung der zuständigen Krankenkasse/Pflegekasse,
- Feststellung der Höhe der Versorgungsbezüge im Sinne des § 229 SGB V und der hierauf entfallenden Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung,
- ordnungsgemäße Einbehaltung und Abführung der Beiträge einschließlich Antragstellung nach § 256 Abs. 4 SGB V,
- ordnungsgemäße Übermittlung der erforderlichen Meldungen über Beginn bzw. Auszahlung (Kapitalzahlung/-abfindung), Höhe, Veränderungen und das Ende der Versorgungsbezüge einschließlich der Bearbeitung von Fehlerrückmeldungen der Krankenkassen sowie
- gegebenenfalls die Feststellung, ob die Zahlstelle noch existiert bzw. insolvent ist (mit der Folge einer Übermittlung des entsprechenden Kennzeichens an die ITSG, vgl. Abschnitt 6).

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 nach 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. Für die die einzelnen zuständigen Krankenkassen betreffenden – insbesondere einzelfallbezogenen – Feststellungen sind jeweils separate Anlagen zum Prüfbericht zu verwenden, die gegebenenfalls von den beteiligten Krankenkassenorganisationen an die jeweilige Krankenkasse weiterzuleiten sind. Versichertenbezogene Daten dürfen bei den Krankenkassenorganisationen in diesem Zusammenhang nicht erfasst und gespeichert werden.



## 5 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,
- jeweilige BKK, wenn diese in der Zahlstelle mit beitragspflichtigen Versorgungsempfängern vertreten ist,
- IKK e. V. in Berlin, wenn Innungskrankenkassen in der Zahlstelle mit beitragspflichtigen Versorgungsempfängern vertreten sind,
- Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau in Kassel, wenn die landwirtschaftliche Krankenkasse in der Zahlstelle mit beitragspflichtigen Versorgungsempfängern vertreten ist,
- Knappschaft in Bochum, wenn Mitglieder der Knappschaft als beitragspflichtige Versorgungsempfänger in der betreffenden Zahlstelle geführt werden und
- 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, BKK oder die Knappschaft bereits direkt benachrichtigt worden ist – den vorstehend genannten Weiterleitungsstellen Name und Anschrift der beteiligten Krankenkassen bekannt gegeben werden. Im Prüfbericht sind deshalb die beteiligten Krankenkassen aufzuführen. Anstelle der Auflistung kann dem Beitragsüberwachungsbericht auch ein Ausdruck der Zahlstellen beigelegt werden, aus dem die beteiligten Krankenkassen ersichtlich sind.

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

Sofern im Rahmen der Prüfung festgestellt wird, dass bei der Zahlung von Versorgungsbezügen Meldungen unterblieben oder nicht korrekt übermittelt worden sind, die Einbehaltung von Beiträgen durch die Zahlstelle unterblieben ist und Beiträge entsprechend von der Zahlstelle nachzahlen sind, wird der Sachverhalt von der prüfenden Krankenkasse gegenüber der Zahlstelle im Zusammenhang mit den Prüffeststellungen dargelegt. Die Zahlstelle wird von der prüfenden

Krankenkasse aufgefordert, die Beitragsnachweise zu korrigieren, die Beitragszahlung, soweit dies im Rahmen der laufenden Zahlung von Versorgungsbezügen möglich ist, nachzuholen und ggf. die Meldung(en) nachträglich zu erstellen bzw. zu korrigieren. Sofern die Zahlstelle dem nicht bereits während der Prüfung nachkommt, obliegt die entsprechende Überwachung und ggf. die Feststellung der Beitragsnachforderung mittels Bescheid der im Einzelfall zuständigen Krankenkasse (vgl. Grundsätzliche Hinweise zu den versicherungs-, beitrags- und melderechtlichen Regelungen für Versorgungsbezüge, Arbeitseinkommen und gesetzliche Renten aus dem Ausland bei Versicherungspflichtigen vom 29. September 2016, A II 4.2.3).

Wer als für die Zahlstelle Verantwortlicher vorsätzlich oder leichtfertig entgegen § 202 Abs. 1 Satz 1 SGB V eine Meldung nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig erstattet, handelt im Übrigen ordnungswidrig (§ 307 Abs. 2 Nr. 1 Buchstabe c SGB V).

## 6 Zahlstellendatei

Im Zusammenhang mit der Vergabe einer Zahlstellenummer ist nach § 202 Abs. 3 SGB V eine elektronische Datei („Zahlstellendatei“) beim GKV-Spitzenverband vorzuhalten. 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 ab 1. Januar 2018 elektronisch über ein systemgeprüftes Entgeltabrechnungs- bzw. Zahlstellenprogramm oder über eine maschinelle Ausfüllhilfe bei der ITSG beantragt werden.

Neben den für die Vergabe der Zahlstellenummer relevanten Stamm- und Kontaktdaten der Zahlstelle werden in der Zahlstellendatei die folgenden für die Durchführung der Beitragsüberwachung notwendigen Angaben vorgehalten:

- der Status der Zahlstelle (Kennzeichen)
- die für die Prüfung zuständige Krankenkassenorganisation auf Bundesebene (Betriebsnummer),
- die für die nächste Prüfung zuständige Krankenkasse (Betriebsnummer),
- die Krankenkasse im Rahmen der besonderen Zuständigkeit nach Abschnitt 3.2 (Betriebsnummer),
- die Zuständigkeit der Krankenkasse im Rahmen der Dienstleister-Prüfung (Kennzeichen ja/nein),
- die Krankenkasse, die die letzte Prüfung durchgeführt hat (Betriebsnummer),
- die Stelle, bei der die Prüfung durchgeführt worden ist (Zahlstellenummer, alternativ: Betriebsnummer),

- das Ende des zuletzt geprüften Zeitraums (Datum),
- ob die letzte Prüfungen zu Beanstandungen (im Beitrags- und/oder Meldeverfahren) geführt hat (Kennzeichen),
- Größenklasse der Zahlstelle (Kennzeichen),
- Rechtsnachfolger der Zahlstelle (Zahlstellenummer) und
- welches Beitragsverfahren im Hinblick auf § 256 Abs. 4 SGB V Anwendung findet (Kennzeichen).

Das Ergebnis der Prüfung übermittelt die prüfende Krankenkasse der ITSG unabhängig vom Ausgang der Prüfung mit dem als Anlagen 2a und 2b beigefügten Formular (handschriftlich oder am Bildschirm ausfüllbar). Mit dem Vordruck kann die prüfende Krankenkasse im Zusammenhang mit der Prüfung oder eine andere Krankenkasse im Zusammenhang mit dem laufenden Beitragseinzug ebenso Änderungen der Stammdaten der Zahlstelle der ITSG mitteilen, die eine entsprechende Aktualisierung der Zahlstellendatei vornimmt.

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

## 7 Prüfrhythmus

Die Prüfungen sind unter Berücksichtigung der Verjährung von Beitragsansprüchen nach § 25 Abs. 1 Satz 1 SGB IV mindestens alle vier Jahre durchzuführen. Der Prüfzeitraum umfasst in der Regel die der Prüfung vorangehenden vier Kalenderjahre. Der Prüfzeitraum setzt jedoch frühestens auf dem Ende der - ggf. durch eine andere Krankenkasse durchgeführten - vorangegangenen Prüfung auf.

In begründeten Fällen können Prüfungen auch in kürzeren Zeitabständen durchgeführt werden. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn es bei einer oder mehreren Krankenkassen im Zusammenhang mit dem laufenden Beitrags- und Meldeverfahren häufig zu Beanstandungen gegenüber der Zahlstelle kommt oder ein erhöhter Beratungsbedarf der Zahlstelle auszumachen ist.

Das laufende Kalenderjahr ist bei der Prüfung dennoch nicht grundsätzlich außer Acht zu lassen. Sind gesetzliche Neuregelungen in Kraft getreten oder ergeben sich Feststellungen, die in das laufende Jahr hineinreichen, ist die prüfende Krankenkasse oder die im Einzelfall zuständige Krankenkasse gehalten, diesen Feststellungen auch über den Prüfzeitraum hinaus nachzugehen. Beitragsnachforderungen sind nicht auf den Prüfzeitraum beschränkt. Entscheidend für die Bei-

tragsnachforderungen ist ausschließlich die Tatsache, dass die Beitragsforderungen noch nicht verjährt sind.

## 8 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.

## 9 Anwendung

Diese Grundsätzlichen Hinweise gelten vom 1. Januar 2018 an und ersetzen die Grundsätzlichen Hinweise vom 3. Dezember 2014.

Anlagen

Briefkopf der  
prüfenden KrankenkasseEmpfänger:  
AOK ...  
vdek  
BKK ...  
IKK e. V.  
Knappschaft  
SVLFG**Beitragsüberwachungsbericht**

Name und Anschrift der Zahlstelle

Zahlstellen-Nr.:

Ansprechpartner/in bei der Zahlstelle:

**1. Allgemeines zur Prüfung**

Name des Prüfers:

Telefon-Nr.:

E-Mail-Adresse:

geprüfter Zeitraum:            bis            , letzte Prüfung am

Anzahl der von der Zahlstelle insgesamt abgerechneten Versorgungsempfänger:

davon geprüfte Empfänger von Versorgungsbezügen:

2.	Meldeverfahren	ja	nein
2.1	Die Zahlstelle ermittelt korrekt die zuständigen Krankenkassen aller Versorgungsempfänger.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2	Die Meldungen der Zahlstellen werden ordnungsgemäß erstattet hinsichtlich <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beginn des Versorgungsbezuges</li> <li>• Höhe des Versorgungsbezuges (vgl. auch 3.10)</li> <li>• Veränderung des Versorgungsbezuges</li> <li>• Ende des Versorgungsbezuges</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3	Die Zahlstelle überwacht die Rücklaufmeldungen der Krankenkassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.4	Die Meldungen der Krankenkassen werden korrekt bearbeitet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.5	Die Meldungen werden 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 ist von der Beitragsabführungspflicht freigestellt (keine Angaben unter 3.2 bis 5. erforderlich).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2	Die Zahlstelle gewährt einmalig gezahlte Versorgungsbezüge Monat(e) der Sonderzahlung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3	Die Beitragspflicht der Versorgungsbezüge zur KV und PV inkl. der einmalig gezahlten Versorgungsbezüge wird grundsätzlich richtig beurteilt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.4	Die Versorgungsbezüge werden beitragsrechtlich dem zutreffenden Zeitraum zugeordnet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		ja	nein
3.5	Bei der Beitragsberechnung zur KV und PV werden zutreffend berücksichtigt:		
	• 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"/>
3.6	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"/>
3.7	Die Beiträge werden rückwirkend ab Beginn der Versorgungsbezüge abgeführt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.8	Zuviel einbehaltene Beiträge werden erstattet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.9	Der VBmax wird durch die Zahlstelle beachtet.	<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 betriebliche Teil (Versorgungsbezüge) wird korrekt ermittelt.		
	Folgendes Berechnungsverfahren findet dabei Anwendung:		
	Prämienratierliche Berechnung	<input type="checkbox"/>	
	Zeitratierliche 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"/>
<b>4.</b>	<b>Nachweis der Beiträge</b>		
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"/>
<b>5.</b>	<b>Beitragsverluste/-überzahlungen sind eingetreten bzw. zu erwarten (nähere Bemerkungen s. Ziffer 6).</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 6. Prüfbemerkungen

...

Anlage (u. a. Auflistung der beteiligten Krankenkassen)

ITSG GmbH  
Seeligenstädter Grund 11  
63150 Heusenstamm  
Fax: 06104 60050 353  
E-Mail: zahlstellen@itsg.de

## Mitteilung zur Aktualisierung der Zahlstellendatei

Name der Krankenkasse \_\_\_\_\_

Betriebsnummer der Krankenkasse

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Zahlstellennummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

### I. Aktualisierung der Stammdaten

Name der Zahlstelle \_\_\_\_\_

#### Hausanschrift der Zahlstelle

Straße \_\_\_\_\_

Hausnummer \_\_\_\_\_

Postleitzahl

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ort \_\_\_\_\_

Länderkennzeichen

--	--	--

#### Abweichende Postanschrift

Postfach

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Postleitzahl

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ort \_\_\_\_\_

Länderkennzeichen

--	--	--

#### Kontaktdaten der Zahlstelle

Telefonnummer \_\_\_\_\_

Faxnummer \_\_\_\_\_

E-Mail Adresse \_\_\_\_\_

Abrechnungsstelle im Ausland

## II. Beitragsüberwachung bei der Zahlstelle

Zuständige Krankenkassenorganisation

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Sonderzuständigkeit

Ja       Nein

Krankenkasse im Rahmen der Sonderzuständigkeit

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Dienstleisterprüfung

Ja       Nein

Prüfende Krankenkasse

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Stelle, bei der die Prüfung durchgeführt worden ist

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ende des Prüfzeitraums

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Prüfergebnis

Keine Beanstandung   
Beitrags- und Meldeverfahren   
Beitragsverfahren   
Meldeverfahren

## III. Ergänzende Angaben über die Zahlstelle

Status

Datumsfeld

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Größenklasse

Rechtsnachfolger

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Beitragsverfahren (§ 256 Abs. 4 SGB V)

Datum:

\_\_\_\_\_

Unterschrift:

\_\_\_\_\_



ITSG GmbH  
Seeligenstädter Grund 11  
63150 Heusenstamm  
Fax: 06104 60050 353  
E-Mail: zahlstellen@itsg.de

## Mitteilung zur Aktualisierung der Zahlstellendatei

Name der Krankenkasse

Betriebsnummer der Krankenkasse

Zahlstellennummer

### I. Aktualisierung der Stammdaten

Name der Zahlstelle

#### Hausanschrift der Zahlstelle

Straße

Hausnummer  Postleitzahl

Ort

Länderkennzeichen

#### Abweichende Postanschrift

Postfach

Postleitzahl

Ort

Länderkennzeichen

#### Kontaktdaten der Zahlstelle

Telefonnummer

Faxnummer

E-Mail Adresse

Abrechnungsstelle im Ausland

## II. Beitragsüberwachung bei der Zahlstelle

Zuständige Krankenkassenorganisation

Sonderzuständigkeit

Krankenkasse im Rahmen der Sonderzuständigkeit

Dienstleisterprüfung

Prüfende Krankenkasse

Stelle, bei der die Prüfung durchgeführt worden ist

Ende des Prüfzeitraums

Prüfergebnis

## III. Ergänzende Angaben über die Zahlstelle

Status

Datumsfeld

Größenklasse

Rechtsnachfolger

Beitragsverfahren (§ 256 Abs. 4 SGB V)

Datum:

Name

Ausfüllhinweise für die Mitteilung zur Aktualisierung der Zahlstellendatei

Feld	Inhalt/Erläuterung
Name der Krankenkasse	Hier ist der Name der meldenden Krankenkasse zu erfassen.
Betriebsnummer der Krankenkasse	Angabe der Betriebsnummer der meldenden Krankenkasse
Zahlstellenummer	Angabe der Zahlstellenummer der betroffenen Zahlstelle
Name der Zahlstelle	Angabe (mit Rechtsform), sofern sich der Name der Zahlstelle geändert hat
Hausanschrift der Zahlstelle	Angabe der Anschrift in postalisch richtiger Form.
Abweichende Postanschrift	Angabe der Postanschrift in postalisch richtiger Form, entweder als <ul style="list-style-type: none"> <li>- Postfachadresse oder</li> <li>- Großkundenadresse</li> </ul>
Telefonnummer	Telefonnummer eines Ansprechpartners nach DIN 5008. Die Telefonnummer ist funktionsbezogen durch je ein Leerzeichen zu gliedern Beispiel: 030 3432622-113). Bei Zahlstellen im Ausland ist das Länderkennzeichen mit einem Pluszeichen voranzustellen (Beispiel für Warschau: +48 22 4829943).
Faxnummer	Faxnummer eines Ansprechpartners nach DIN 5008. Die Faxnummer ist funktionsbezogen durch je ein Leerzeichen zu gliedern (vgl. Telefonnummer).
E-Mail Adresse	E-Mail Adresse eines Ansprechpartners
Abrechnungsstelle im Ausland	Kennzeichen für eine exterritoriale Zahlstelle (in Deutschland) oder eine Zahlstelle mit Sitz im Ausland.
Zuständige Krankenkassenorganisation	Betriebsnummer der für die Zahlstellenprüfung zuständigen Krankenkassenorganisation. Die Verteilung richtet sich nach den Endziffern der Zahlstellenummer. <ul style="list-style-type: none"> <li>vdek: 15451439</li> <li>IKK: 18601464</li> <li>BKK: 27550213</li> <li>KBS: 98000006</li> <li>AOK BV: 01083182</li> </ul>

Sonderzuständigkeit	Sonderzuständigkeit für die Zahlstellenprüfung im Bereich der Betriebskrankenkassen, Knappschaft und landwirtschaftlichen Krankenkasse: Ja Nein
Krankenkasse im Rahmen der Sonderzuständigkeit	Betriebsnummer der für die Prüfung zuständigen Krankenkasse
Dienstleisterprüfung	Zuständigkeit im Rahmen einer Dienstleisterprüfung: Ja Nein
Prüfende Krankenkasse	Betriebsnummer der Krankenkasse, die die letzte Prüfung durchgeführt hat
Stelle, bei der die Prüfung durchgeführt worden ist	Zahlstellenummer, alternativ Betriebsnummer, der Zahlstelle oder des Dienstleisters, bei der/dem die Prüfung durchgeführt worden ist
Ende des Prüfzeitraums	Ende des Prüfzeitraums der letzten Zahlstellen-Prüfung in der Form: TTMMJJJJ
Prüfergebnis	Kennzeichnung für die im Rahmen der Zahlstellen-Prüfung festgestellten Beanstandungen: 0 = Keine 1 = Beitrags- und Meldeverfahren 2 = Beitragsverfahren 3 = Meldeverfahren
Status	Kennzeichen über den Status der Zahlstelle 1 = gültiger Satz 3 = ungültiger Satz (wenn keine Meldungen vorliegen) 4 = Beendigung 5 = Insolvenz 6 = Keine Kontaktaufnahme möglich
Datumsfeld	Um welche Art von Datum es sich handelt, ist abhängig vom Status der Zahlstelle. 1 = Beginn Datum 3 = Datum der Feststellung 4 = Ende Datum 5 = Ende Datum 6 = Datum der Feststellung
Größenklasse	Angabe der Größenklassen der Zahlstelle: 1 = 1 - 30 Versorgungsempfänger 2 = 31 - 100 Versorgungsempfänger

	3 = 101 – 1000 Versorgungsempfänger 4 = 1001 – 10000 Versorgungsempfänger 5 = mehr als 10000 Versorgungsempfänger
Rechtsnachfolger	Bei Statuskennzeichen 3, 4 oder 5: Angabe der Zahlstellennummer des Rechtsnachfolgers der Zahlstelle.
Beitragsverfahren (§ 256 Abs. 4 SGB V)	Art des Beitragsverfahrens 2 = Zahlstellenverfahren 3 = Einzelkontenführung (sofern im Fall des § 256 Abs. 4 SGB V dem Antrag auf Befreiung vom Zahlstellenverfahren entsprochen worden ist)

Ergebnisniederschrift  
Fachkonferenz Beiträge  
21. März 2018  
- nur interne Dokumentation -



Top 5

Austausch über voraussichtlich anstehende Rechtsentwicklungen auf Grundlage des Koalitionsvertrages zwischen CDU, CSU und SPD vom 7. Februar 2018

---

Sachverhalt:

Der vorliegende Koalitionsvertrag vom 7. Februar 2018 der die Bundesregierung tragenden Parteien von CDU, CSU und SPD sieht u. a. eine Reihe von Regelungsabsichten für die neue Legislaturperiode vor, bei deren Umsetzung sich Auswirkungen auf das Mitgliedschafts- und Beitragsrecht der Sozialversicherung im Allgemeinen sowie der GKV im Besonderen ergeben werden. So sollen neben weiteren Regelungen insbesondere die Zusatzbeiträge zur GKV künftig paritätisch finanziert und die Mindestbeitragsbemessungsgrundlagen für freiwillig in der GKV versicherte Selbstständige neu geordnet werden.

Ergebnis:

Der GKV-Spitzenverband informiert anhand einer Folienpräsentation (vgl. Anlage) über die sich abzeichnenden Regelungsabsichten der neuen Bundesregierung auf Grundlage des Koalitionsvertrags vom 7. Februar 2018. Die Besprechungsteilnehmer erörtern die daraus erwachsenden Handlungsnotwendigkeiten und voraussichtlichen Umsetzungserfordernisse.

Anlage



Ergebnisniederschrift  
Fachkonferenz Beiträge  
21. März 2018  
- nur interne Dokumentation -



# Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD

vom 7. Februar 2018

Auswirkungen auf das Mitgliedschafts- und  
Beitragsrecht

Fachkonferenz Beiträge  
21. März 2018





# Regelungsabsichten



1. Paritätische Finanzierung der GKV

2. Entlastung Geringverdiener

3. Absenkung RV - Beiträge für Zeitungszusteller in Minijobs

4. Senkung Beitragssatz Arbeitslosenversicherung

5. Statusfeststellungsverfahren

6. Kostendeckender Beitrag für Bezieher von ALG II

7. Beiträge für freiwillig versicherte Selbstständige

8. Zugang zur GKV für Soldaten nach Ende der Dienstzeit

# Regelungsabsichten



1. Paritätische Finanzierung der GKV

2. ...

3. ...

4. ...

5. ...

6. ...

7. ...

8. ...



# Regelungsabsichten



## Paritätische Finanzierung der GKV

Koalitionsvertrag im Wortlaut (4776 – 4779, Seite 102):

„Wir werden die Parität bei den Beiträgen zur Gesetzlichen Krankenversicherung wiederherstellen. Ab 1. Januar 2019 werden die Beiträge zur Krankenversicherung wieder in gleichem Maße von Arbeitgebern und Beschäftigten geleistet. Der bisherige Zusatzbeitrag wird paritätisch finanziert.“

## Inhalte und Umsetzung:

- § Paritätische Finanzierung des Zusatzbeitrages
- § Orientierung voraussichtlich am kassenindividuellen Zusatzbeitragssatz
- § Forderung der BDA - Orientierung am durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz
- § vorgezogenes Gesetzgebungsverfahren im Hinblick auf Umsetzung zum 1.1.2019 gegenwärtig wahrscheinlich

# Regelungsabsichten



1. ...

2. Entlastung Geringverdiener

3. ...

4. ...

5. ...

6. ...

7. ...

8. ...



# Regelungsabsichten



## Entlastung Geringverdiener

Koalitionsvertrag im Wortlaut (2448 – 2450, Seite 54):

„Geringverdienerinnen und Geringverdiener werden wir bei Sozialbeiträgen entlasten (Ausweitung Midi-Jobs). Dabei wird sichergestellt, dass die geringeren Rentenversicherungsbeiträge nicht zu geringeren Rentenleistungen im Alter führen.“

## Inhalte und Umsetzung:

- § Ausweitung der Gleitzone
- § Anhebung der oberen Gleitzonebegrenzung auf voraussichtlich 1.300 €
- § Sicherstellung voller Rentenansprüche ggf. über Bundeshaushalt
- § Fortführung bzw. Ausgestaltung der Optionsregelung in der RV offen

# Regelungsabsichten



1. ...

2. ...

3. Absenkung RV - Beiträge für Zeitungszusteller in Minijobs

4. ...

5. ...

6. ...

7. ...

8. ...



# Regelungsabsichten

## Absenkung der RV-Beiträge für Zeitungszusteller in Minijobs

Koalitionsvertrag im Wortlaut (4325 – 4329, Seite 94):

„Zur Sicherung der bundesweiten Versorgung mit Pressezeugnissen [...] wird bei Minijobs von Zeitungszustellerinnen und Zeitungszustellern der Beitrag zur Rentenversicherung, den die Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber zu tragen haben, befristet für die Dauer von fünf Jahren bis zum 31. Dezember 2022, von 15 auf 5 Prozent abgesenkt.“

## Inhalte und Umsetzung:

- § Absenkung Beitrag zu Rentenversicherung bei Minijobs von 15 % auf 5 %
- § begrenzt auf Personenkreis der „Zeitungszusteller“
- § Befristung bis 31.12. 2022
- § korreliert mit Wegfall der befristeten Ausnahmevorschriften zum Mindestlohn
- § rückwirkendes Inkrafttreten ggf. zum 1.1.2018 offen

# Regelungsabsichten



1. ...

2. ...

3. ...

4. Senkung Beitragssatz Arbeitslosenversicherung

5. ...

6. ...

7. ...

8. ...



# Regelungsabsichten



## Senkung Beitragssatz Arbeitslosenversicherung

Koalitionsvertrag im Wortlaut (2452 – 2453, Seite 54):

„Wir werden den Beitragssatz zur Arbeitslosenversicherung um 0,3 Prozentpunkte senken.“

## Inhalte und Umsetzung:

- § Der Beitragssatz soll auf 2,7 v. H. gesenkt werden
- § Umsetzung voraussichtlich zum 1.1.2019, möglicherweise aber auch bereits zum 1.7.2018

# Regelungsabsichten



1. ...

2. ...

3. ...

4. ...

5. Statusfeststellungsverfahren

6. ...

7. ...

8. ...

# Regelungsabsichten



## Statusfeststellungsverfahren

Koalitionsvertrag im Wortlaut (1845 – 1847, Seite 42):

„Das Statusfeststellungsverfahren für Selbstständige wollen wir vereinfachen und zwischen den unterschiedlichen Zweigen der Sozialversicherung widerspruchsfrei ausgestalten.“

## Inhalte und Umsetzung:

- § Nachjustierung des gegenwärtigen Statusfeststellungsverfahrens
- § Diskussion auch auf Grundlage der Feststellungen des Bundesrechnungshofes zum Status quo aus November 2017
- § Aufgabenverlagerung versus Stärkung des Einzugsstellenverfahrens
- § Forderung GKV: Ausweitung leistungsrechtliche Bindung der BA (§ 336 SGB III)

# Regelungsabsichten



1. ...

2. ...

3. ...

4. ...

5. ...

6. Kostendeckender Beitrag für Bezieher von ALG II

7. ...

8. ...

# Regelungsabsichten



## Kostendeckender Beitrag für Bezieher von ALG II

Koalitionsvertrag im Wortlaut (4781 – 4782, Seite 102):

„Wir wollen die schrittweise Einführung von kostendeckenden Beiträgen zur Gesetzlichen Krankenversicherung für die Bezieher von ALG II aus Steuermitteln finanzieren.“

## Inhalte und Umsetzung:

- § Bemessungsgrundlage nach § 232a SGB V wird angehoben
- § gegenwärtige Unterfinanzierung: rund 9,6 Mrd. Euro jährlich
- § denkbare Mehreinnahme GKV im ersten Schritt: 1 Mrd. Euro
- § Beginn der schrittweisen Erhöhung ist gegenwärtig noch offen

# Regelungsabsichten

1. ...

2. ...

3. ...

4. ...

5. ...

6. ...

7. Beiträge für freiwillig versicherte Selbstständige

8. ...



# Regelungsabsichten

## Beiträge für freiwillig versicherte Selbstständige

Koalitionsvertrag im Wortlaut (4784 – 4786, Seite 103):

„Um kleine Selbständige zu entlasten, werden wir die Bemessungsgrundlage für die Mindestkrankenversicherungsbeiträge von heute 2.283,75 Euro auf 1.150,00 Euro nahezu halbieren.“

## Inhalte und Umsetzung:

- § Absenkung der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage für Selbstständige auf voraussichtlich 80. Teil der mtl. Bezugsgröße
- § Wegfall der bisherigen Mindestbemessungsgrundlagen in Höhe des 40. bzw. 60. Teils der mtl. Bezugsgröße
- § Härtefallprüfung nach § 240 (4) Satz 3 SGB V entfällt
- § Prüfung „Hauptberuflichkeit“ würde unverändert erforderlich bleiben

# Regelungsabsichten



1. ...

2. ...

3. ...

4. ...

5. ...

6. ...

7. ...

8. Zugang zur GKV für Soldaten nach Ende der Dienstzeit



# Regelungsabsichten



## Zugang zur GKV für Soldaten nach Ende der Dienstzeit

Koalitionsvertrag im Wortlaut (7505 – 7513, Seite 159):

„Wo dies gesetzgeberisches Handeln erfordert, werden wir noch in diesem Jahr [...] vorlegen, [...] eine bessere soziale Absicherung von Bundeswehrangehörigen, insbesondere auch beim Zugang zur Gesetzlichen Krankenversicherung nach Ende der Dienstzeit von Soldatinnen und Soldaten auf Zeit zu erreichen und dadurch Versorgungslücken zu schließen und die Berufsförderung zu stärken.“

### Inhalte und Umsetzung:

- § generelles Beitrittsrecht für Soldaten nach Ende ihrer Dienstzeit – unabhängig von vorangegangener Systemzugehörigkeit
- § Umsetzungszeitpunkt noch offen

Ergebnisniederschrift  
Fachkonferenz Beiträge  
21. März 2018  
- nur interne Dokumentation -



Top 6

Besprechung der Spitzenorganisationen der Sozialversicherung über Fragen des gemeinsamen Beitragseinzugs am 22. März 2018;  
hier: GKV-interne Abstimmung der Beratungen

---

Sachverhalt:

Die nächste Besprechung der Spitzenorganisationen der Sozialversicherung über Fragen des gemeinsamen Beitragseinzugs findet am 22. März 2018 statt. Mit dem Ziel einer gleichgerichteten Vertretung der GKV-Interessen hat sich die Fachkonferenz Beiträge darauf verständigt, die vorgesehenen Tagesordnungspunkte vorab einer GKV-internen Abstimmung zuzuführen.

Ergebnis:

Die Fachkonferenzteilnehmer erörtern die für die nächste Besprechung der Spitzenorganisationen der Sozialversicherung über Fragen des gemeinsamen Beitragseinzugs am 22. März 2018 vorgesehenen Tagesordnungspunkte und stimmen sich über die aus GKV-Sicht anzustrebenden Ergebnisse ab.



Ergebnisniederschrift  
Fachkonferenz Beiträge  
21. März 2018  
- nur interne Dokumentation -



Ergebnisniederschrift  
Fachkonferenz Beiträge  
21. März 2018



Teilnehmerliste

---

<u>Name</u>	<u>Kassenart, Organisation</u>
Herr Kern	AOK
Frau Pusch	AOK
Herr Wurbs	AOK
Herr Müller	BKK
Herr Weißenborn	BKK
Frau Zillner	BKK
Herr Borsing	EK
Herr Pisu	EK
Herr Sieben	EK
Herr Holzki	IKK
Frau Wulff	IKK
Frau Heitland	Knappschaft
Herr Majchrzak	Knappschaft
Herr Methler	Knappschaft
Herr Knatz	SVLFG
Herr Eckhardt	GKV-SV
Herr Heller	GKV-SV
Herr Janas	GKV-SV
Frau Riesen	GKV-SV
Herr Thiemann	GKV-SV