



Spitzenverband

**Ergebnisniederschrift**  
**über die**  
**Sitzung der Fachkonferenz Beiträge**  
**am 20. November 2018**  
**in Berlin**





Spitzenverband



## Inhaltsübersicht

---

	<u>Seite</u>
Top 1 Beitragsfestsetzung im Anwendungsbereich des § 240 SGB V bei Verletzung der Mitwirkungspflichten durch das Mitglied; hier: Korrektur der Beitragsfestsetzung beim Vorliegen hinreichender Anhaltspunkte im Sinne des § 240 Abs. 1 Satz 4 SGB V	5
Top 2 Katalog von Einnahmen und deren beitragsrechtliche Bewertung nach § 240 SGB V; hier: Anpassung an die rechtliche Entwicklung	13
Top 3 Teilbarkeit von Versorgungsleistungen der von § 18 Betriebsrentengesetz (BetrAVG) erfassten Zusatzversorgungseinrichtungen	21
Top 4 Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 7 SGB V für Beschädigte, die nach § 26 BVG Leistungen im Eingangsverfahren oder im Berufsbildungsbereich von Werkstätten für behinderte Menschen erhalten	25
Top 5 Bestandsbereinigung nach § 323 SGB V; hier: Auswirkungen auf das Krankenkassenwahlrecht	29
Top 6 Bestandsbereinigung nach § 323 SGB V; hier: Auswirkungen auf die Überprüfung der Voraussetzungen der Familienversicherung	33
Top 7 Weiterentwicklung des maschinellen Meldeverfahrens zwischen den Krankenkassen bei Durchführung der Familienversicherung	37

**Ergebnisniederschrift  
Fachkonferenz Beiträge  
20. November 2018**



**Top 1**

**Beitragsfestsetzung im Anwendungsbereich des § 240 SGB V bei Verletzung der Mitwirkungspflichten durch das Mitglied;**

**hier: Korrektur der Beitragsfestsetzung beim Vorliegen hinreichender Anhaltspunkte  
im Sinne des § 240 Abs. 1 Satz 4 SGB V**

---

**Sachverhalt:**

Für Sachverhalte der Verletzung der Mitwirkungspflichten durch das Mitglied im Rahmen der Ermittlung von beitragspflichtigen Einnahmen im Anwendungsbereich des § 240 SGB V, die eine individuelle Beitragseinstufung unmöglich macht, ist ein bestimmtes Verfahren vorgesehen. Verweigert das Mitglied die Auskunft (kein Rücklauf des Einkommensfragebogens) oder die Vorlage entsprechender Unterlagen und Nachweise (Angaben im Einkommensfragebogen werden nicht belegt, obwohl solche Belege nach objektiver Betrachtung vorliegen müssten), gilt für das Mitglied gemäß § 240 Abs. 1 Satz 2 zweiter Halbsatz SGB V ein Betrag in Höhe der Beitragsbemessungsgrenze als beitragspflichtige Einnahme (daraus resultiert ein sog. „Höchstbeitrag“). Weist das Mitglied niedrigere tatsächliche beitragspflichtige Einnahmen später nach, kann der Höchstbeitrag nach dem geltenden Recht grundsätzlich nicht für die Vergangenheit reduziert werden, wenn ein entsprechender Beitragsbescheid der Krankenkasse eine endgültige Beitragsfestsetzung vorsieht. Abweichend hiervon versehen die Krankenkassen – auf Grundlage einer entsprechenden Regelung in § 6 Abs. 5 der Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler des GKV-Spitzenverbandes – in ihrer Verwaltungspraxis regelmäßig Beitragsbescheide mit einer Nebenbestimmung, die eine bis zu drei Monate rückwirkende Anpassung der Beitragsfestsetzung ermöglicht.

Im Rahmen des Gesetzes zur Beitragsentlastung der Versicherten in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versichertenentlastungsgesetz – GKV-VEG) sind zwei Fallkonstellationen vorgesehen, in denen die Krankenkasse die ursprüngliche Beitragsfestsetzung auf Grundlage der Beitragsbemessungsgrenze (sog. „Sanktionsbescheide“) rückwirkend zugunsten des Mitglieds zu korrigieren hat (vgl. Bundesratsdrucksache 522/18 vom 2. November 2018, Seite 2). Zum einen erhalten die Mitglieder gemäß § 240 Abs. 1 Satz 3 SGB V die Möglichkeit, innerhalb einer Frist von zwölf Monaten nach der Festsetzung von Höchstbeiträgen geringere Einkünfte nachzuweisen und eine rückwirkende Reduzierung der Beiträge für die nachgewiesenen Zeiträume zu erreichen. Zum anderen werden die Krankenkassen durch die Neuregelung in § 240 Abs. 1 Satz 4 SGB V verpflichtet, von Amts wegen – also



ohne Nachweisführung durch das Mitglied – die Beitragsfestsetzung auf Grundlage der Beitragsbemessungsgrenze rückwirkend zu korrigieren, wenn aufgrund hinreichender Anhaltspunkte klar ist, dass die beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds die jeweilige Mindestbeitragsbemessungsgrundlage nicht überschreiten. Laut Gesetzesbegründung sollen die Krankenkassen den unbestimmten Rechtsbegriff „hinreichende Anhaltspunkte“ einheitlich auslegen (vgl. Bundesratsdrucksache 375/18 vom 10. August 2018, Seite 22).

Die Neuregelungen treten mit Wirkung ab dem Tag nach der Verkündung des GKV-VEG in Kraft. Über die Auswirkungen der neuen rechtlichen Rahmenbedingungen auf die Praxis der Krankenkassen ist zu beraten.

**Ergebnis:**

Im Sinne einer einheitlichen Rechtsauslegung und -anwendung gilt Folgendes:

**1. Abgrenzung zwischen den Sachverhalten im Sinne der Sätze 3 und 4 des Absatzes 1 des § 240 SGB V**

Die Sachverhalte im Sinne des § 240 Abs. 1 Satz 3 SGB V einerseits und die nach § 240 Abs. 1 Satz 4 SGB V andererseits unterscheiden sich zunächst durch die auslösenden Ereignisse. Nach § 240 Abs. 1 Satz 3 SGB V wird eine rückwirkende Korrektur der Sanktionsbescheide durch die nachgeholt Mitwirkung des Mitglieds im Sinne der Vorlage des Einkommensfragebogens bzw. der notwendigen Nachweise ausgelöst, nach § 240 Abs. 1 Satz 4 SGB V dagegen durch Bekanntwerden der Krankenkasse der hinreichenden Anhaltspunkte über die tatsächliche Einkommenssituation des Mitglieds. Als Anhaltspunkte in diesem Sinne kommen zunächst die Informationen in Frage, die der Krankenkasse durch Meldung Dritter bekannt werden (z. B. Meldungen der Leistungsträger über die Hilfebedürftigkeit nach SGB II). Darüber hinaus können als Anhaltspunkte in diesem Sinne auch die Aktivitäten des Mitglieds angenommen werden, die den Anforderungen an die Nachweisführung nicht entsprechen (z. B. bestimmte Erklärungen des Mitglieds im Rahmen der Vollstreckung ohne Abgabe des Einkommensfragebogens bei der Krankenkasse).

Darüber hinaus unterscheiden sich die beiden zu vergleichenden Optionen durch die Anforderungen an die zeitlichen Abläufe. Die Anwendung des § 240 Abs. 1 Satz 3 SGB V setzt auf der Tatbestandsseite voraus, dass der notwendige Einkommensnachweis innerhalb von zwölf



# Ergebnisniederschrift Fachkonferenz Beiträge 20. November 2018



Monaten, nachdem die Beiträge auf Grundlage der Beitragsbemessungsgrenze festgesetzt wurden, der Krankenkasse vorgelegt wird. Maßgebend für den Beginn der zwölfmonatigen Frist ist die Bekanntgabe des Sanktionsbescheides der Krankenkasse. Als Rechtsfolge tritt die rückwirkende Korrektur der Beitragsfestsetzung für die nachgewiesenen Zeiträume ein.

§ 240 Abs. 1 Satz 3 SGB V ist erstmalig auf die Sachverhalte anzuwenden, in denen die betroffene Person die ursprünglich fehlende Mitwirkung nach Inkrafttreten des Artikels 1 des GKV-VEG nachholt und seit der Bekanntgabe eines entsprechenden Sanktionsbescheides der Krankenkasse noch keine zwölf Monate vergangen sind.

Dagegen sind bei der Anwendung des § 240 Abs. 1 Satz 4 SGB V zeitliche Einschränkungen weder auf der Tatbestands- noch auf der Rechtsfolgenseite formal vorgesehen. Laut Gesetzesbegründung gilt die Regelung „zeitlich unbeschränkt und bezieht sich auf alle vergangenen Zeiträume der Zwangseinstufung“ (vgl. Bundesratsdrucksache 375/18 vom 10. August 2018, Seite 22). Es ist daher ohne Bedeutung, ob der Krankenkasse die hinreichenden Anhaltspunkte vor oder nach dem Ablauf von zwölf Monaten nach der Beitragsfestsetzung bekannt werden. Die daraus resultierende rückwirkende Korrektur der Beitragsbescheide umfasst – ohne Einschränkung – alle Zeiträume in der Vergangenheit, für die die Wirkung der Anhaltspunkte als hinreichend angesehen wird. Dieser Grundsatz ist auch in den Übergangsfällen anzuwenden. Als solche gelten die Sachverhalte, bei denen die hinreichenden Anhaltspunkte der Krankenkasse erst nach dem Inkrafttreten des Artikels 1 des GKV-VEG bekannt geworden sind. Im Übrigen bedarf es aus Anlass des Inkrafttretens der Neuregelung keiner generellen Überprüfung sämtlicher Sachverhalte der Beitragsfestsetzung nach § 240 Abs. 1 Satz 2 zweiter Halbsatz SGB V in der Vergangenheit.

Ein weiterer Unterschied zwischen den beiden Instrumenten der rückwirkenden Beitragskorrektur besteht im Hinblick auf die anzuordnenden Rechtsfolgen. Im Falle des § 240 Abs. 1 Satz 3 SGB V werden anstelle der Beitragsbemessungsgrenze für die nachgewiesenen Zeiträume die tatsächlichen beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds zugrunde gelegt, wobei bei der Unterschreitung der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage im Einzelfall auch diese zur Anwendung kommen kann. Im Unterschied hierzu ordnet § 240 Abs. 1 Satz 4 SGB V auf der Rechtsfolgenseite grundsätzlich eine rückwirkende Korrektur des Sanktionsbescheides auf die jeweils geltende Mindestbeitragsbemessungsgrundlage an; Abweichungen von diesem Grundsatz sind nur ausnahmsweise (vgl. Erläuterungen beim Personenkreis der Sozial-



hilfeempfänger im Abschnitt 3) zulässig. Vor dem Hintergrund der Einführung einer einheitlichen Mindestbeitragsbemessungsgrundlage für alle Gruppen freiwilliger Mitglieder mit Wirkung ab dem 1. Januar 2019 ist die in § 240 Abs. 1 Satz 4 SGB V weiterhin vorgehaltene Differenzierung in der Höhe der maßgeblichen Mindestbeitragsbemessungsgrundlage zwischen hauptberuflich selbstständig Erwerbstätigen einerseits und sonstigen freiwilligen Mitgliedern andererseits nur für rückwirkende Beitragskorrekturen für Zeiträume bis zum 31. Dezember 2018 von Bedeutung. Kommt somit § 240 Abs. 1 Satz 4 SGB V bei einem hauptberuflich selbstständig Erwerbstätigen für Zeiträume vor dem 1. Januar 2019 zum Tragen, sind die zunächst auf der Grundlage der Beitragsbemessungsgrenze festgesetzten Beiträge rückwirkend ausgehend von dem 40. bzw. 60. Teil der Bezugsgröße zu berechnen.

## **2. Wesen des § 240 Abs. 1 Satz 4 SGB V als Sozialklausel**

Die Regelung des § 240 Abs. 1 Satz 4 SGB V ist aus Sicht des Bundesministeriums für Gesundheit als Sozialklausel konzipiert. Sie richtet sich an die Personen, die aufgrund von besonderen Lebensumständen, krankheitsbedingt oder aus anderen Gründen mehrere Angelegenheiten ihres täglichen Lebens, einschließlich der Gesundheitsfürsorge, vernachlässigen und dadurch die Beitragsfestsetzung zum Höchstbeitrag durch die Krankenkasse verursachen. Nach dem Willen des Gesetzgebers sollen die Krankenkassen die Möglichkeit einer flexiblen Handhabung der Beitragskorrekturen in derartigen Fallkonstellationen bekommen. Hiermit sollen die betroffenen Mitglieder entlastet werden und für sie Anreize geschaffen werden, den korrigierten Beitragsforderungen nachzukommen. Außerdem wird die Zielsetzung verfolgt, die „fiktiven“ Beitragsschulden abzubauen.

## **3. Begriff „hinreichende Anhaltspunkte“ dafür, dass die beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds die Mindestbeitragsbemessungsgrundlage nicht überschreiten**

Mit der Verwendung des unbestimmten Rechtsbegriffs „hinreichende Anhaltspunkte“ hat sich der Gesetzgeber bewusst gegen eine abschließende Aufzählung fest umrissener Sachverhalte auf der Tatbestandsseite der Rechtsnorm entschieden. Stattdessen soll die Regelung durch die Verwaltungspraxis der Krankenkassen „mit Leben gefüllt“ werden, wodurch die Rechtsanwendung dieser Regelung einer gewissen Entwicklung unterworfen wird.





Die Anwendung des Begriffs „hinreichende Anhaltspunkte“ erfordert immer eine Einzelfallprüfung sowie eine Wertung und Abwägung der unterschiedlichen Gesichtspunkte; in diese Prüfung ist der gesamte der Krankenkasse bekannte Versicherungsverlauf des Betroffenen einzubeziehen. Dies bedeutet unter anderem, dass die sicheren Erkenntnisse der Krankenkasse über die Einkommensverhältnisse des Mitglieds zu einem bestimmten Zeitpunkt im Wege einer typisierenden Annahme Rückschlüsse auf die Versicherungszeiten ermöglichen können, für die das Mitglied seine Einkommensverhältnisse nicht nachgewiesen und daher die Beitragsfestsetzungen zum Höchstbeitrag verursacht hat. So wird zum Beispiel in der Gesetzesbegründung das Vorliegen von Hilfebedürftigkeit im Sinne der Vorschriften des SGB II oder SGB XII als Anhaltspunkt genannt, der die Annahme rechtfertigt, dass die beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds die Mindestbeitragsbemessungsgrundlage nicht überschreiten. Kenntnis über die Hilfebedürftigkeit im Sinne der SGB II-Vorschriften bekommt die Krankenkasse typischerweise durch die Anmeldung zur Pflichtversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V. Liegen unmittelbar vor dem Beginn der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V Zeiten einer freiwilligen Versicherung mit der Beitragsbemessung auf Grundlage der Beitragsbemessungsgrenze wegen fehlender Mitwirkung des Mitglieds vor, kann dies als Anhaltspunkt dafür gelten, dass der Betroffene versäumt hat, die Hilfebedürftigkeit rechtzeitig zu melden oder sich seine wirtschaftliche Leistungsfähigkeit vor dem Sozialleistungsbezug nicht erheblich von der aktuellen unterscheidet. Diese Annahme gilt umso mehr, wenn die betroffene Person in ihrem Versicherungsverlauf häufig Zeiten des Alg II-Bezuges ausweist.

Eine vergleichbare Sachlage liegt vor, wenn in Fallkonstellationen der geschilderten Art das Mitglied hilfebedürftig im Sinne des SGB XII wird. Hierbei ist jedoch zu beachten, dass für Sozialhilfeempfänger im Anwendungsbereich des § 240 SGB V nicht zwingend die Mindestbeitragsbemessungsgrundlage in Höhe des 90. Teils der Bezugsgröße relevant ist. So gilt für Sozialhilfeempfänger, die in stationären Einrichtungen untergebracht sind, bis zum 31. Dezember 2018 nach § 7 Abs. 10 der Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler als beitragspflichtige Einnahme pauschal das 3,2-fache des Regelsatzes in der Regelbedarfsstufe 3 nach der Anlage zu § 28 SGB XII. Dieser Betrag liegt oberhalb der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage. Bei freiwillig versicherten Sozialhilfeempfängern außerhalb von stationären Einrichtungen werden die beitragspflichtigen Einnahmen bis zum 31. Dezember 2018 jeweils individuell ermittelt; diese können sowohl unterhalb als auch oberhalb der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage liegen. Mit Wirkung ab dem 1. Januar 2019 ist die Ausweitung der



# Ergebnisniederschrift Fachkonferenz Beiträge 20. November 2018



pauschalen Beitragsbemessung auf alle Empfänger von Leistungen nach dem Dritten oder Vierten Kapitel des SGB XII vorgesehen, wobei die relevante Bemessungsgrundlage (in Höhe des 2,67-fachen des Regelsatzes in der Regelbedarfsstufe 1 nach der Anlage zu § 28 SGB XII) ebenfalls die Mindestbeitragsbemessungsgrundlage überschreitet. Dennoch ist die Regelung des § 240 Abs. 1 Satz 4 SGB V auch bei Sozialhilfeempfängern in bestimmten Fallkonstellationen anzuwenden.

Denkbar ist z. B. ein Sachverhalt, in dem ein Mitglied wegen fehlender Mitwirkung auf Grundlage der Beitragsbemessungsgrenze eingestuft wird, die verlangten Beiträge nicht zahlen kann und sich nach Ablauf einer gewissen Zeit beim Sozialamt meldet. Stellt der Sozialhilfeträger ab dem Zeitpunkt der Antragstellung die Hilfebedürftigkeit fest, ist er zur künftigen Anerkennung angemessener Beiträge für eine Kranken- und Pflegeversicherung des Leistungsempfängers als Bedarf nach § 32 SGB XII verpflichtet. Sofern das Mitglied weiterhin im Verhältnis zur Krankenkasse nicht mitwirkt, bekommt die Krankenkasse spätestens durch die Aufnahme einer Direktzahlung der Beiträge durch den Leistungsträger nach § 32a SGB XII (ab 1. Januar 2019 für alle Leistungsempfänger in pauschaler Höhe) Informationen über die aktuelle Einkommenssituation des Mitglieds. Dies kann als Anhaltspunkt im Sinne des § 240 Abs. 1 Satz 4 SGB V dafür gelten, dass der Betroffene versäumt hat, die Hilfebedürftigkeit rechtzeitig zu melden oder sich seine wirtschaftliche Leistungsfähigkeit vor dem Sozialleistungsbezug nicht erheblich von der aktuellen unterscheidet. Die Anwendung des § 240 Abs. 1 Satz 4 SGB V führt zu einer rückwirkenden Korrektur des Sanktionsbescheides ohne nachgeholt Mitwirkung des Mitglieds. Hierbei wird die Beitragsfestsetzung für die Zeit vor dem Sozialhilfebezug auf die Mindestbeitragsbemessungsgrundlage und ab Beginn des Leistungsbezuges auf die für die Sozialhilfeempfänger relevante Bemessungsgrundlage (in Höhe des 2,67-fachen des Regelsatzes in der Regelbedarfsstufe 1) reduziert.

Als weiterer Anhaltspunkt für die Annahme, dass die beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds die Mindestbeitragsbemessungsgrundlage nicht überschreiten, gilt die im Wege einer fruchtlosen Vollstreckung festgestellte Vermögenslosigkeit des Mitgliedes. Allerdings ist davon auszugehen, dass spätestens im Vollstreckungsverfahren das Mitglied regelmäßig ohnehin ausreichend mitwirkt, sodass eine rückwirkende Korrektur der Beitragsfestsetzung nach Maßgabe des § 240 Abs. 1 Satz 3 SGB V möglich wird und die Anwendung des § 240 Abs. 1 Satz 4 SGB V nur ausnahmsweise als „Auffangregelung“ zum Tragen kommt.



**Ergebnisniederschrift  
Fachkonferenz Beiträge  
20. November 2018**



Eine weitere Fallkonstellation, die von der Regelung des § 240 Abs. 1 Satz 4 SGB V umfasst werden kann, betrifft die Beitragsfestsetzung für freiwillig versicherte minderjährige Kinder. Verletzen z. B. Eltern als gesetzliche Vertreter für ihr minderjähriges Kind die Mitwirkungspflichten im Rahmen der Feststellung der tatsächlichen beitragspflichtigen Einnahmen des Kindes, werden die Beiträge für das Kind zunächst nach § 240 Abs. 1 Satz 2 zweiter Halbsatz SGB V auf Grundlage der Beitragsbemessungsgrenze festgesetzt. Gelingt es der Krankenkasse nicht, die gesetzlichen Vertreter des Kindes zur Nachholung der Mitwirkung zu bewegen, hat sie im Rahmen einer Einzelfallprüfung die Möglichkeit, durch die Anwendung des § 240 Abs. 1 Satz 4 SGB V die Beiträge rückwirkend auf die Mindestbeitragsbemessungsgrundlage in Höhe des 90. Teils der Bezugsgröße zu korrigieren.



Ergebnisniederschrift  
Fachkonferenz Beiträge  
20. November 2018



**Top 2**

**Katalog von Einnahmen und deren beitragsrechtliche Bewertung nach § 240 SGB V;  
hier: Anpassung an die rechtliche Entwicklung**

---

**Sachverhalt:**

Nach § 3 Abs. 5 der Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler ist der GKV-Spitzenverband zur Veröffentlichung eines Katalogs der häufigsten Einnahmen einschließlich deren beitragsrechtlicher Bewertung im Rahmen der Feststellung der gesamten wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit des freiwilligen Mitglieds im Sinne des § 240 Abs. 1 Satz 2 SGB V verpflichtet. Der auf dieser Rechtsgrundlage erlassene Katalog unterliegt einer kontinuierlichen Fortentwicklung und Anpassung an die sich verändernden rechtlichen Gegebenheiten.

Der aktuelle Änderungsbedarf resultiert zunächst aus der Notwendigkeit, die Auswirkungen des am 18. Oktober 2018 vom Deutschen Bundestag beschlossenen Gesetzes zur Beitragsentlastung der Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versichertenentlastungsgesetz – GKV-VEG) nachzuvollziehen. Das Gesetz sieht mit Wirkung ab dem 1. Januar 2019 für Personen, die aus dem Dienstverhältnis als Soldat auf Zeit ausscheiden und als Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung beitreten, zwei neue Leistungen vor. Zum einen erhalten Empfänger von Übergangsgebühren von ihrem Dienstherrn künftig einen Zuschuss nach § 11b Abs. 1 SVG zu ihren Beiträgen zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung. Zum anderen wird ein Arbeitgeber nach dem neu eingeführten § 257 Abs. 1 Satz 2 SGB V zur Zahlung eines Zuschusses zum Krankenversicherungsbeitrag verpflichtet, wenn ein ehemaliger Zeitsoldat in der Beschäftigung die Voraussetzungen des § 6 Abs. 3a SGB V erfüllt und der GKV als freiwilliges Mitglied angehört. Der Einnahmenkatalog ist – vorbehaltlich des Inkrafttretens des GKV-VEG – entsprechend anzupassen.

Darüber hinaus wird im Katalog die Bewertung von einigen im Jahr 2018 eingeführten landesspezifischen Leistungen dargestellt. Angesprochen sind das Bayerische Landespflegegeld, das Bayerische Familiengeld und die pauschale Beihilfe für Beamte bzw. Versorgungsempfänger des Landes Hamburg.

Weitere notwendige Anpassungen des Katalogs resultieren aus der zwischenzeitlichen höchstrichterlichen Rechtsprechung.

Einzelheiten ergeben sich aus den nachstehenden Ausführungen:

### **1. Beitragszuschuss nach § 11b SVG**

Ehemalige Soldaten auf Zeit, die nach dem Ausscheiden aus dem Dienstverhältnis der gesetzlichen Krankenversicherung als freiwilliges Mitglied angehören bzw. im Rahmen der Aufang-Versicherungspflicht versichert sind, erhalten künftig während des Bezugs von Übergangsgebührrnissen einen Zuschuss nach § 11b Abs. 1 SVG. Der Zuschuss wird in Höhe der Hälfte der auf Grundlage der Übergangsgebührrnisse zu entrichtenden Beiträge zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung gezahlt. Entsprechendes gilt nach § 11b Abs. 3 SVG auch im Falle des Bezugs von Versorgungskrankengeld nach § 16 BVG.

Die Zuschüsse nach § 11b SVG sind nach der Bewertung des Bundesministeriums der Finanzen steuerfrei nach § 3 Nr. 62 Satz 1 EStG. Damit ist auch die Vergleichbarkeit mit anderen unter den Geltungsbereich des § 3 Nr. 62 Satz 1 EStG zu subsumierenden Zuschüssen wie die Zuschüsse des Arbeitgebers nach § 257 Abs. 1 Satz 1 SGB V gegeben. Da diese wiederum im Anwendungsbereich des § 240 SGB V keine beitragspflichtigen Einnahmen darstellen, ist es sachgerecht, die Zuschüsse nach § 11b SVG im Umfang der Steuerfreiheit nach § 3 Nr. 62 Satz 1 EStG ebenfalls nicht der Beitragspflicht in der freiwilligen Krankenversicherung und in der sozialen Pflegeversicherung zu unterwerfen.

### **2. Beitragszuschuss nach § 257 Abs. 1 Satz 2 SGB V**

Für ehemalige Soldaten auf Zeit, die in der Beschäftigung die Voraussetzungen des § 6 Abs. 3a SGB V erfüllen und der GKV als freiwilliges Mitglied angehören, ist der jeweilige Arbeitgeber nach § 257 Abs. 1 Satz 2 SGB V zur Zahlung eines Zuschusses zum Krankenversicherungsbeitrag verpflichtet. Die Höhe des Zuschusses ergibt sich aus der entsprechenden Anwendung des § 257 Abs. 1 Satz 1 SGB V. Danach ist als Beitragszuschuss zur Krankenversicherung der Betrag zu zahlen, den der Arbeitgeber entsprechend § 249 Abs. 1 oder 2 SGB V bei Versicherungspflicht des Beschäftigten zu tragen hätte. Für die Pflegeversicherung gilt nach § 61 Abs. 1 SGB XI Entsprechendes.

Der Zuschuss nach § 257 Abs. 1 Satz 2 SGB V und der entsprechende Zuschuss zur Pflegeversicherung sind steuerfrei nach § 3 Nr. 62 Satz 1 EStG. Aus der Steuerfreiheit folgt, dass die Zuschüsse insoweit auch nicht dem Arbeitsentgelt in der Sozialversicherung zuzurechnen



sind (§ 1 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SvEV). Im Anwendungsbereich des § 240 SGB V stellen diese Zuschüsse keine beitragspflichtigen Einnahmen dar (zur Begründung vgl. unter Punkt 1).

### **3. Übergangsbeihilfe nach § 12 SVG**

Soldaten auf Zeit mit einer Wehrdienstzeit von mehr als sechs Monaten erhalten zu ihrem Dienstzeitende als einmalige Leistung eine Übergangsbeihilfe nach § 12 SVG. In dem durch das GKV-VEG neu formulierten § 12 Abs. 1 Satz 2 SVG wird klargestellt, dass der Rechtsanspruch auf Übergangsbeihilfe am Tage des Ausscheidens aus dem Dienst, und somit noch in der Dienstzeit, entsteht. Dies hat zur Folge, dass diese Leistung im Rahmen eines an die Dienstzeit anschließenden Versicherungsverhältnisses in der GKV nicht zur Beitragspflicht herangezogen wird.

### **4. Zuschuss nach § 27 Abs. 2 AbgG bzw. nach den entsprechenden Abgeordnetengesetzen der Länder**

Die Mitglieder des Deutschen Bundestages erhalten gemäß § 27 Abs. 1 AbgG einen Zuschuss zu den tatsächlichen Kosten in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen in sinngemäßer Anwendung der für Bundesbeamte geltenden beihilferechtlichen Vorschriften. Alternativ erhalten sie gemäß § 27 Abs. 2 AbgG auf Antrag einen Zuschuss zu ihren gesetzlichen oder privaten Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträgen. Die Höhe des Zuschusses orientiert sich an dem Betrag, der ein Arbeitgeber bei einem vergleichbaren versicherungspflichtigen Arbeitnehmer zu tragen hätte. Außerdem werden vergleichbare Leistungen an die ehemaligen Bundestagsabgeordneten und an deren versorgungsberechtigten Hinterbliebenen gezahlt. Die vorgenannten Zuschüsse nach § 27 Abs. 2 AbgG sind gemäß § 22 Nr. 4 Buchst. a EStG in Verbindung mit § 3 Nr. 62 Satz 1 EStG steuerfrei.

Die entsprechenden Gesetze der Länder über die Rechtsverhältnisse der Landtagsabgeordneten sind unterschiedlich gestaltet. Teilweise sind sie nach dem Vorbild des Abgeordnetengesetzes konzipiert und beinhalten die Zahlung eines Zuschusses zu den Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträgen als Ersatz für die nichtrealisierten Beihilfeansprüche (z. B. nach dem Abgeordnetengesetz des Landes Nordrhein-Westfalen). In anderen Ländern ist die Gewährung eines Zuschusses als Realisierung des unmittelbaren Anspruchs gestaltet (z. B. nach dem Gesetz über die Rechtsverhältnisse der Mitglieder des Abgeordnetenhauses von Berlin). Die Steuerfreiheit solcher Zuschüsse ergibt sich aus § 22 Nr. 4 Buchst. a EStG in Ver-

bindung mit § 3 Nr. 62 Satz 1 EStG unabhängig davon, welche der beiden Gestaltungsoptionen gewählt wurde.

Für die Beurteilung der Beitragszuschüsse an Abgeordnete ist als Bewertungsmaßstab die Vergleichbarkeit mit den Zuschüssen des Arbeitgebers nach § 257 Abs. 1 Satz 1 SGB V zugrunde zu legen. Diese ist aufgrund der einkommensteuerrechtlichen Zuordnung beider Leistungen zu den steuerfreien Einnahmen im Sinne des § 3 Nr. 62 Satz 1 EStG zu bejahen. Da der Zuschuss des Arbeitgebers nach § 257 Abs. 1 Satz 1 SGB V im Anwendungsbereich des § 240 SGB V keine beitragspflichtige Einnahme darstellt, ist es folgerichtig, die Zuschüsse nach § 27 Abs. 2 AbgG oder nach den entsprechenden Abgeordnetengesetzen der Länder im Umfang der Steuerfreiheit nach § 22 Nr. 4 Buchst. a EStG in Verbindung mit § 3 Nr. 62 Satz 1 EStG ebenfalls nicht der Beitragspflicht in der freiwilligen Krankenversicherung und in der sozialen Pflegeversicherung zu unterwerfen.

#### **5. Betreuungsgeld**

Durch das GKV-VEG wird die Formulierung des § 224 Abs. 1 Satz 1 SGB V redaktionell angepasst. Unter Berücksichtigung des Urteils des Bundesverfassungsgerichts zur Nichtigkeit der Bestimmungen über das Betreuungsgeld in den §§ 4a ff. des Gesetzes zum Elterngeld und zur Elternzeit (Urteil vom 21. Juli 2015 – 1 BvF 2/13) wird diese Leistung aus der Vorschrift gestrichen. Diese Rechtsänderung wird im Katalog nachvollzogen.

#### **6. Bayerisches Familiengeld**

Über die beitragsrechtliche Behandlung des Bayerischen Familiengeldes im Anwendungsbereich des § 240 SGB V hat der GKV-Spitzenverband bereits mit dem Rundschreiben 2018/411 vom 31. Juli 2018 berichtet. Die darin enthaltenen Ausführungen werden nun in den Katalog aufgenommen.

#### **7. Bayerisches Landespflegegeld**

Nach dem Bayerischen Landespflegegeldgesetz (BayLPfGG) können Pflegebedürftige in Bayern ab Pflegegrad 2 pro Jahr 1.000 Euro als Landespflegegeld bekommen, erstmalig für das Pflegegeldjahr ab dem 1. Oktober 2017. Zu der Zweckbestimmung der Leistung enthält das Gesetz folgende Hinweise: „Mit dem Landespflegegeld soll das Selbstbestimmungsrecht der pflegebedürftigen Menschen jenseits der Gestaltung ihres Alltags über die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung (Elftes Buch Sozialgesetzbuch – SGB XI), über die Leistungen der



Sozialhilfe (Zwölftes Buch Sozialgesetzbuch – SGB XII) und über die Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende (Zweites Buch Sozialgesetzbuch) hinaus gestärkt werden. Das Landespflegegeld dient damit nicht der Deckung des notwendigen pflegerischen Bedarfs, von Teilhabebedarfen oder der Existenzsicherung. Es soll auf Leistungen zur Deckung des pflegerischen Bedarfs und von Teilhabebedarfen sowie auf existenzsichernde Sozialleistungen nicht angerechnet werden“ (vgl. Art.1).

Die Intention des Gesetzgebers ist also davon geprägt, dass das Landespflegegeld nicht ein zur Befriedigung des allgemeinen Lebensunterhalts zuzuordnendes Einkommen darstellt; die Leistung soll dem Betroffenen ungekürzt für den angestrebten Zweck zur Verfügung stehen. Es kann also davon ausgegangen werden, dass das Bayerische Landespflegegeld die Voraussetzungen des § 3 Abs. 1 Satz 3 dritter Teilsatz der Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler („es sei denn, die Einnahmen werden wegen ihrer Zwecksetzung kraft einer gesetzlichen Regelung bei Bewilligung von einkommensabhängigen Sozialleistungen im gesamten Sozialrecht nicht als Einkommen berücksichtigt“) erfüllt, wenngleich das BayLPfGG im Hinblick auf den Anrechnungsschutz des Pflegegeldes bei Bewilligung von einkommensabhängigen Sozialleistungen nur die Formulierung „soll“ verwendet. Unter Zurückstellung dieser rechtlichen Bedenken wird es für vertretbar erachtet, das Bayerische Landespflegegeld im Anwendungsbereich des § 240 SGB V nicht der Beitragspflicht zu unterwerfen.

#### **8. Pauschale Beihilfe nach § 80 Abs. 11 HmbBG**

Über die beitragsrechtliche Behandlung der pauschalen Beihilfe nach § 80 Abs. 11 HmbBG, die ab dem 1. August 2018 für beihilfeberechtigte Beamte und Versorgungsempfänger des Landes Hamburg eingeführt wurde, hat der GKV–Spitzenverband mit dem Rundschreiben 2018/482 vom 6. September 2018 berichtet. Die darin kommunizierte Bewertung der Leistung wird in den Katalog aufgenommen.

#### **9. Leistungen aus einer gemischt finanzierten Versicherung bei einer Pensionskasse**

Mit Rundschreiben 2018/545 vom 15. Oktober 2018 hat der GKV–Spitzenverband über die Auswirkungen des Beschlusses des Bundesverfassungsgerichts vom 27. Juni 2018 – 1 BvR 100/15 und 1 BvR 249/15 –, USK 2018–27, auf die beitragsrechtliche Bewertung der sogenannten gemischt finanzierten Versorgungsleistungen von Pensionskassen berichtet. Unter anderem wurden auch die Besonderheiten für Personen im Anwendungsbereich des § 240



SGB V erörtert. Die entsprechenden Informationen werden in den Katalog (sowohl bei laufenden Rentenleistungen als auch bei Kapitalleistungen) aufgenommen.

#### **10. Sofortrente aus einer privaten Rentenversicherung**

Das Bundessozialgericht (BSG) hat mit mehreren Urteilen (vgl. BSG, Urteile vom 10. Oktober 2017 – B 12 KR 16/16 R –, USK 2017–84, und – B 12 KR 1/16 R –, USK 2017–83) wiederholt den Grundsatz bestätigt, dass die Renten aus privaten Rentenversicherungsverträgen im Anwendungsbereich des § 240 SGB V in Höhe des Rentenzahlbetrages zur Beitragspflicht herangezogen werden. Darüber hinaus wurde eine besondere Fallkonstellation behandelt, in denen die Sofortrente aus einer Kapitalleistung einer Direktversicherung finanziert wurde und für diese Kapitalleistung aufgrund der Einhundertzwanzigstelregelung des § 229 Abs. 1 Satz 3 SGB V monatliche Zahlungen aus einem nicht regelmäßig wiederkehrenden Versorgungsbezug fingiert wurden. Über die Auswirkungen der vorgenannten BSG-Rechtsprechung wurde in der Niederschrift zu TOP 1 der Fachkonferenz Beiträge des GKV-Spitzenverbandes am 14. Juni 2018 berichtet. Diese Information wird nun auch im Katalog abgebildet.

#### **11. Promotionsstipendium**

Mit Urteil vom 7. Juni 2018 hat das BSG wiederholt über die Beitragspflicht eines Promotionsstipendium bei der Beitragsbemessung im Rahmen einer freiwilligen Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung entschieden (vgl. BSG, Urteil vom 7. Juni 2018 – B 12 KR 1/17 R –, USK 2018–36). Danach ist ein Promotionsstipendium in voller Höhe, einschließlich einer eventuell im Gesamtbetrag enthaltenen Sachkostenpauschale, als beitragspflichtige Einnahme zu berücksichtigen. Das aktuelle Urteil wird als Informationsquelle anstelle eines älteren BSG-Urteils in dem Katalog benannt.

#### **12. Veräußerungsgewinn nach § 16 Abs. 3 EStG**

Nach der Bewertung des BSG zählen die bei Aufgabe eines Gewerbebetriebes erzielten Aufgabegewinne im Sinne des § 16 Abs. 3 EStG, die im Einkommensteuerbescheid als Veräußerungsgewinne ausgewiesen werden, als Arbeitseinkommen zu den beitragspflichtigen Einnahmen im Anwendungsbereich des § 240 SGB V (vgl. BSG-Urteil vom 18.01.2018 – B 12 KR 22/16 R –, USK 2018–1). Das Urteil wird bei der entsprechenden Einnahmeart im Katalog als Informationsquelle angegeben.

**Ergebnisniederschrift  
Fachkonferenz Beiträge  
20. November 2018**



**Ergebnis:**

Die notwendigen Veränderungen werden in der vorliegenden Fassung des Katalogs von Einnahmen und deren beitragsrechtliche Bewertung nach § 240 SGB V nachvollzogen.

**Anlage**



Ergebnisniederschrift  
Fachkonferenz Beiträge  
20. November 2018



**Katalog von Einnahmen und  
deren beitragsrechtliche Bewertung  
nach § 240 SGB V  
vom 20. November 2018**

**GKV-Spitzenverband**  
Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin  
Telefon 030 206288-0  
Fax 030 206288-88  
[www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de)



## **Vorwort**

Der vorliegende Katalog stellt eine alphabetische Auflistung von in der Praxis häufig vorkommenden Einnahmen und deren beitragsrechtliche Bewertung im Hinblick auf den Einkommensbegriff des § 240 Abs. 1 SGB V in Verbindung mit den einheitlichen Grundsätzen des GKV-Spitzenverbandes dar, ohne Anspruch auf Vollständigkeit zu erheben. Er dient für die Zeit ab dem 1. Januar 2009 der einheitlichen Beitragsbemessung bei freiwilligen Mitgliedern und anderen, deren Beitragsbemessung sich ebenfalls nach § 240 SGB V richtet.

Der Katalog befasst sich ausschließlich mit dem Begriff der Einnahmen, welche die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des Mitglieds im Sinne des § 240 Abs. 1 Satz 2 SGB V bzw. § 57 Abs. 4 Satz 1 SGB XI bestimmen. Andere Einkommensbegriffe in der Kranken- und Pflegeversicherung (z. B. Einnahmen zum Lebensunterhalt im Sinne des §§ 55 Abs. 2 und 3, 62 SGB V sowie § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI) werden von diesem Katalog nicht erfasst.

## **Allgemeines**

Für die Beitragsbemessung der freiwilligen Mitglieder ist nach § 240 Abs. 1 Satz 2 SGB V bzw. § 57 Abs. 4 Satz 1 SGB XI die gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des freiwilligen Mitglieds zu berücksichtigen.

Mit der Berücksichtigung der gesamten wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit ist die grundsätzliche Ausrichtung der Beitragsbelastung an der Gesamtheit der Einnahmen gemeint. Welche Einnahmen im Einzelnen hierunter fallen, ist im Gesetz nicht festgelegt. Aus den Gesetzesmaterialien, dem Wortlaut der Vorschrift, ihrer Zweckbestimmung und dem gesetzlichen Zusammenhang kann allerdings entnommen werden, dass der Beitragsbemessung alle Einnahmen und Geldmittel, die das Mitglied zum Lebensunterhalt verbraucht oder verbrauchen könnte, ohne Rücksicht auf die steuerliche Behandlung zugrunde zu legen sind.

Zu den beitragspflichtigen Einnahmen freiwilliger Mitglieder gehören zwingend das Arbeitsentgelt, das Arbeitseinkommen, die Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und Versorgungsbezüge. Diese Bezüge sind bei versicherungspflichtig Beschäftigten der Beitragsbemessung zugrunde zu legen und deshalb nach § 240 Abs. 2 Satz 1 SGB V auch in der freiwilligen Krankenversicherung in Ansatz zu bringen. Den beitragspflichtigen Einnahmen grundsätzlich zuzurech-

nen sind ferner alle wiederkehrenden Bezüge, geldwerten Zuwendungen und sonstigen Einnahmen.

Da wegen der Vielzahl unterschiedlicher Einnahmearten eine abschließende konkrete Aufzählung aller beitragspflichtigen Einnahmen nicht möglich ist, benennen die vom GKV-Spitzenverband beschlossenen „Einheitliche Grundsätze zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und weiterer Mitgliedergruppen sowie zur Zahlung und Fälligkeit der von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge (Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler)“ die einzelnen beitragspflichtigen Einnahmen nicht abschließend, sondern enthalten eine allgemeine, generalklauselartige Regelung, um sämtliche Einnahmen im vorstehenden Sinne beitragsrechtlich zu erfassen. Diese abstrakte Regelung erhält durch den vorliegenden Einnahmenkatalog eine konkrete Ausprägung.

Von dem Grundsatz, dass alle wiederkehrenden Bezüge, geldwerten Zuwendungen und sonstigen Einnahmen zu den beitragspflichtigen Einnahmen freiwilliger Mitglieder zählen, gelten folgende Ausnahmen:

- Die Einnahme unterliegt aufgrund einer gesetzlichen Regelung nicht der Beitragspflicht.
- Die Einnahme unterliegt aufgrund höchstrichterlicher Rechtsprechung nicht der Beitragspflicht.
- Die Einnahme unterliegt aufgrund einer konkretisierenden Regelung in den Beitragsverfahrensgrundsätzen Selbstzahler nicht der Beitragspflicht.
- Eine Einnahme, deren Bewertung auf erhebliche Schwierigkeiten stößt oder der sich im Gesetz keine eindeutigen Bewertungsmaßstäbe entnehmen lassen, unterliegt aufgrund höchstrichterlicher Rechtsprechung nur dann der Beitragspflicht, wenn die Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler eine entsprechende konkretisierende Regelung enthalten.
- Die Einnahme stellt lediglich einen Ersatz für entstandene Aufwendungen dar und besitzt daher keinen Einnahmencharakter mit der Konsequenz, dass sie nicht der Beitragspflicht unterliegt.
- Die Einnahme stellt lediglich eine steuerliche Vergünstigung dar und besitzt daher keinen Einnahmencharakter mit der Konsequenz, dass sie nicht der Beitragspflicht unterliegt.

Katalog von Einnahmen und deren beitragsrechtliche Bewertung nach § 240 SGB V

Seite 4 von 26

Einnahmeart	Rechtsgrundlage	Beitragspflichtig	Regelung durch „Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler“
<b>A</b>			
Abfindung bzw. Entlassungsentschädigung bei Beendigung des Arbeitsverhältnisses – monatlich gezahlt – nicht monatlich gezahlt		ja (BSG-Urteil vom 15.10.2014, – B 12 KR 10/12 R –, USK 2014-114)	§ 4 Nr. 1 § 5 Abs. 2 Satz 1 § 5 Abs. 5
(Kapital-)Abfindung von BVG-Renten an Beschädigte	§§ 72 – 78 BVG	nein (BSG-Urteil vom 24.01.2007 – B 12 KR 28/05 R –, USK 2007-1)	
Abfindung von Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung bei Wiederheirat	§ 107 SGB VI	ja	§§ 4 Nr. 2, 5 Abs. 3 Satz 3
Abfindung von Renten aus der gesetzlichen Unfallversicherung	§§ 75 – 79 SGB VII	ja	§§ 4 Nr. 2, 5 Abs. 3 Satz 3
Abfindung von Renten aus der gesetzlichen Unfallversicherung bei Wiederheirat	§ 80 SGB VII	ja	§§ 4 Nr. 2, 5 Abs. 3 Satz 3
Abfindung von Unterhaltsleistungen, die geschiedene Ehegatten oder Lebenspartner nach gerichtlich aufgehobener Lebenspartnerschaft erhalten	§ 1585 Abs. 2 BGB, § 16 LPartG	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 3 Satz 3
Abfindung von Versorgungsleistungen für Ruhestandsbeamte bei Wiederheirat (Witwenabfindung)	§ 21 BeamtVG	ja	§§ 4 Nr. 2, 5 Abs. 3 Satz 3
Anpassungsgeld im Bergbau	APG-Richtlinien	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
Arbeitseinkommen	§ 15 SGB IV	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 2
Arbeitsentgelt	§ 14 SGB IV i.V.m. SvEV	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1 und Abs. 3



Katalog von Einnahmen und deren beitragsrechtliche Bewertung nach § 240 SGB V

Seite 5 von 26

Einnahmeart	Rechtsgrundlage	Beitragspflichtig	Regelung durch „Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler“
<p>Arbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung (Minijob) – geringfügig entlohnte Beschäftigung</p> <p>– kurzfristige Beschäftigung</p>	<p>§ 14 SGB IV</p>	<p>zur Krankenversicherung: nein (BSG-Urteile vom 16.12.2003 – B 12 KR 20/01 R – und – B 12 KR 25/03 R –, USK 2003–28)</p> <p>zur Pflegeversicherung: ja (BSG-Urteil vom 29.11.2006 – B 12 P 2/06 R – USK 2006–62)</p> <p>zur Kranken- und Pflegeversicherung: ja</p>	<p>§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1 und Abs. 3</p> <p>§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1</p>
<p>Arbeitsentgelt aus nebenberuflicher Tätigkeit (z. B. Ausbilder, Betreuer, Erzieher, Übungsleiter oder vergleichbare Tätigkeiten)</p>	<p>§ 1 Abs. 1 Satz 1 Nr. 16 SvEV i.V.m. § 3 Nr. 26, 26a EStG</p>	<p>ja (als Einnahme, die für den Lebensunterhalt verbraucht werden kann, ungeachtet der steuerlichen Behandlung)</p>	<p>§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1 und Abs. 3</p>
<p>Aufstockungsbeträge bei Altersteilzeit</p>	<p>§ 3 Abs. 1 Nr. 1 Buchst. a AltTZG</p>	<p>ja</p>	<p>§§ 4 Nr. 3, 5 Abs. 2 Satz 1</p>
<p>Aufwandsentschädigung für ehrenamtliche Tätigkeit</p>	<p>§ 1 Abs. 1 Satz 1 Nr. 16 SvEV i.V.m. § 3 Nr. 12 EStG</p>	<p>nein, soweit steuerfrei</p>	

Katalog von Einnahmen und deren beitragsrechtliche Bewertung nach § 240 SGB V

Seite 6 von 26

Einnahmeart	Rechtsgrundlage	Beitragspflichtig	Regelung durch „Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler“
Aufwendungsersatz für Betreuer	§§ 1835, 1835a BGB i.V.m. § 3 Nr. 26b und § 22 Nr. 3 Satz 2 EStG	nein, soweit steuerfrei	
Ausbildungsbeihilfe während der lotsenspezifischen Grundausbildung	§ 9 Abs. 3 SeeLG i.V.m. den Satzungen der Lotsenbrüder- schaften	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
Ausgleich bei (besonderen) Altersgrenzen	§ 48 BeamtVG § 38 SVG	ja	§§ 3 Abs. 1, 7 Abs. 2
Ausgleichsgeld	§§ 9, 10 FELEG	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
Ausgleichsleistungen für Opfer politischer Verfolgung im Beitrittsgebiet	§ 8 BerRehaG	nein (§ 9 Abs. 1 BerRehaG)	§ 3 Abs. 1 Satz 3
Ausgleichsrente an Beschädigte	§ 32 BVG	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
Ausgleichsrente an Hinterbliebene	§§ 41, 43, 47 BVG	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
<b>B</b>			
BAföG (Leistungen nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz) einschließlich des Kranken- und Pflegeversicherungszuschlages nach § 13a BAföG	§§ 11 ff. BAföG	ja, soweit nicht darlehensweise gewährt	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
Bayerisches Familiengeld	BayFamGG	nein (analog § 224 Abs. 1 SGB V, § 56 Abs. 3 SGB XI)	
Bayerisches Landespflegegeld	BayLPFIGG	nein (Art. 1 Satz 3 BayLPFIGG)	§ 3 Abs. 1 Satz 3
Beihilfe zum Versorgungskrankengeld	§ 17 BVG	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
Beihilfe in Krankheits-, Geburts- und Todesfällen	BhV des Bundes und der Länder	nein	

Katalog von Einnahmen und deren beitragsrechtliche Bewertung nach § 240 SGB V

Seite 7 von 26

Einnahmeart	Rechtsgrundlage	Beitragspflichtig	Regelung durch „Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler“
Beiträge für die Vorsorge	§ 33 SGB XII	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1, 7 Abs. 6
Beitragsübernahme des Sozialhilfeträgers bzw. des Trägers der Grundsicherung für Arbeitsuchende	§ 32 SGB XII § 26 SGB II	ja (BSG-Urteil vom 21.12.2011 – B 12 KR 22/09 R –, USK 2011-170)	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1; bei Leistungen nach dem SGB XII: § 7 Abs. 6
Beitragszuschuss der landwirtschaftlichen Alterskasse für freiwillig versicherte Rentenbezieher zur Krankenversicherung	§ 35a ALG	nein	
Beitragszuschuss der Rentenversicherung für freiwillig versicherte Rentenbezieher zur Krankenversicherung	§ 106 SGB VI	nein	
Beitragszuschuss eines Arbeitgebers zur freiwilligen Krankenversicherung und sozialen Pflegeversicherung an beschäftigte ehemalige Soldaten auf Zeit	§ 257 Abs. 1 Satz 2 SGB V § 61 Abs. 1 SGB XI	nein, soweit nach § 3 Nr. 62 Satz 1 EStG steuerfrei	
Beitragszuschuss eines kirchlichen Arbeitgebers zur freiwilligen Krankenversicherung	landesrechtliche Vorschriften	nein, soweit nach § 3 Nr. 11 Satz 4 EStG steuerfrei	
Beitragszuschuss zu den Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträgen an aktive bzw. ehemalige Abgeordnete (und deren Hinterbliebene) des Deutschen Bundestages bzw. der Landesparlamente	§ 27 AbgG landesrechtliche Vorschriften	nein, soweit nach § 22 Nr. 4 Buchst. a i.V.m. § 3 Nr. 62 Satz 1 EStG steuerfrei	
Beitragszuschuss zur Kranken- und Pflegeversicherung bei Bezug von Übergangsgebühren (bzw. Versorgungskrankengeld) nach SVG	§ 11b SVG	nein, soweit nach § 3 Nr. 62 Satz 1 EStG steuerfrei	
Beitragszuschuss zum Beitrag zur Alterssicherung der Landwirte	§ 32 ALG	nein	
Bekleidungs-geld	§ 15 BVG	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1

Katalog von Einnahmen und deren beitragsrechtliche Bewertung nach § 240 SGB V

Seite 8 von 26

Einnahmeart	Rechtsgrundlage	Beitragspflichtig	Regelung durch „Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler“
Berufsausbildungsbeihilfen	§§ 56, 70 SGB III oder landesrechtliche Vorschriften	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
Berufsausbildungsbeihilfen für Behinderte	§ 115 Nr. 2 SGB III	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
Berufsschadensausgleich	§ 30 Abs. 3 BVG	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
Betriebsrente	§ 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1 und Abs. 4
Blindengeld (bzw. vergleichbare Sozialleistung für blinde Menschen)	landesrechtliche Vorschriften	nein (BSG-Urteil vom 21.12.2011 – B 12 KR 22/09 R –, USK 2011-170) <sup>1</sup>	
<b>C</b>			
Conterganrente	§ 13 des Conterganstiftungsgesetzes (ContStifG)	nein (§ 18 Abs. 1 ContStifG)	
<b>D</b>			
Diäten	Abgeordnetengesetz des Bundes oder landesrechtliche Vorschriften	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
Dienstbeschädigungsausgleich	DbAG	nein (§ 2 Abs. 3 DbAG)	§ 3 Abs. 1 Satz 3
Dienstbezüge für Beamte/Beamtenanwärter	BBesG	ja	§§ 3 Abs. 1, 7 Abs. 2
Dienstzulage für Beamte/Beamtenanwärter	BBesG	ja	§§ 3 Abs. 1, 7 Abs. 2

<sup>1</sup> Ab dem 1. Januar 2018

Katalog von Einnahmen und deren beitragsrechtliche Bewertung nach § 240 SGB V

Seite 9 von 26

Einnahmeart	Rechtsgrundlage	Beitragspflichtig	Regelung durch „Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler“
Direktversicherung <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rentenleistung aus Direktversicherung</li> <li>- Kapitaleistung aus Direktversicherung</li> </ul>	§ 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 und Satz 3 SGB V	ja ja	§§ 3 Abs.1, 5 Abs. 2 Satz 1 §§ 3 Abs.1, 5 Abs. 4
Dividenden	§ 174 Abs. 2 Nr. 2 AktG bzw. § 20 EStG	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 4
<b>E</b>			
Ehegattenzuschlag	§ 33a BVG	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
Ehrensold für ehemalige Wahlbeamte	landesrechtliche Vorschriften	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
Ehrensold für Künstler sowie Zuwendungen aus Mitteln der Deutschen Künstlerhilfe, wenn es sich um Bezüge aus öffentlichen Mitteln handelt, die wegen der Bedürftigkeit des Künstlers gezahlt werden		ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
Eingliederungshilfe für behinderte Menschen	§§ 53 - 60 SGB XII	nein (BSG-Urteil vom 21.12.2011 - B 12 KR 22/09 R -, USK 2011- 170)	
Einmalige Bedarfe, Leistungen für <ul style="list-style-type: none"> <li>- Erstausstattungen für die Wohnung</li> <li>- Erstausstattungen für Bekleidung einschließlich bei Schwangerschaft und Geburt</li> <li>- Anschaffung und Reparaturen von orthopädischen Schuhen und dgl.</li> </ul>	§ 31 SGB XII § 24 Abs. 3 SGB II	ja (BSG-Urteil vom 21.12.2011 - B 12 KR 22/09 R -, USK 2011- 170)	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 3 Satz 3; bei Leistungen nach dem SGB XII: § 7 Abs. 6
Einnahmen aus Tätigkeiten als Notarzt im Rettungsdienst		nein, unter den Voraussetzungen des § 23c Abs. 2 SGB IV	

Katalog von Einnahmen und deren beitragsrechtliche Bewertung nach § 240 SGB V

Seite 10 von 26

Einnahmeart	Rechtsgrundlage	Beitragspflichtig	Regelung durch „Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler“
Einstiegsgeld	16b SGB II	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
Elterngeld	§ 1 ff. BEEG	nein (§ 224 Abs. 1 SGB V, § 56 Abs. 3 SGB XI)	
Elternrente	§ 49 BVG	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
Emeritenbezüge (Dienstbezüge, die Professoren nach der Entpflichtung erhalten) - bei Personen i.S. des § 6 Abs. 1 Nr. 2 SGB V		ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1 §§ 3 Abs. 1, 7 Abs. 2
Entlassungsgeld für Soldaten	§ 9 WSG	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 3 Satz 3
Entschädigungen als Ersatz für entgangene oder entgehende Einnahmen mit Ausnahme der Abfindungen bzw. Entlassungsentschädigungen bei Beendigung des Arbeitsverhältnisses	§ 24 Nr. 1 Buchst. a EStG	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 3 Satz 3
Entschädigungen für die Aufgabe oder Nichtausübung einer Tätigkeit mit Ausnahme der Abfindungen bzw. Entlassungsentschädigungen bei Beendigung des Arbeitsverhältnisses	§ 24 Nr. 1 Buchst. b EStG	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 3 Satz 3
Entschädigungsrente für Opfer des Nationalsozialismus	Art. 1 §§ 2, 3 EntschRG	nein (Art. 1 § 4 EntschRG)	§ 3 Abs. 1 Satz 3
Erbschaften		nein	
Ergänzende Hilfe zum Lebensunterhalt	§ 27a BVG	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
Erziehungsbeihilfe	§ 27 BVG	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
<b>F</b>			
Familienzuschlag - kindbezogener Teil	§ 40 BBesG	ja ja (BSG-Urteil vom 04.06.1991 - 12 RK 43/90 -, USK 9166)	§§ 3 Abs. 1, 7 Abs. 2

Katalog von Einnahmen und deren beitragsrechtliche Bewertung nach § 240 SGB V

Seite 11 von 26

Einnahmeart	Rechtsgrundlage	Beitragspflichtig	Regelung durch „Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler“
<b>G</b>			
Gewerbebetrieb, Einkünfte aus –	§ 15 Abs. 1 SGB IV	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 2
Graduierten-Förderungsgesetz, Zuwendung nach –	Landesrecht	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
Gründungszuschuss – Anteil zur sozialen Absicherung (300,00 Euro mtl.)	§§ 93, 94 SGB III, § 49 Abs. 3 Nr. 6 SGB IX	ja  nein (§ 240 Abs. 2 Satz 3 SGB V)	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
Grundrente für Beschädigte	§ 31 BVG	nein (BSG-Urteil vom 24.01.2007 – B 12 KR 28/05 R –, USK 2007-1)	
Grundrente für Hinterbliebene	§§ 40, 43, 46 BVG	ja (BSG-Urteile vom 21.10.1980 – 3 RK 21/80 –, USK 80198 und 09.12.1981 – 12 RK 29/79 –, USK 81300)	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
Grundsicherungsleistung im Alter und bei Erwerbsminderung	§ 42 Nr. 1, 2, 4 SGB XII	ja (BSG-Urteil vom 21.12.2011 – B 12 KR 22/09 R –, USK 2011- 170)	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1, 7 Abs. 6
<b>H</b>			
Haushaltshilfe – Verdienstausfall bei unbezahltem Urlaub	verschiedene Leis- tungsgesetze	nein  ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1

Katalog von Einnahmen und deren beitragsrechtliche Bewertung nach § 240 SGB V

Seite 12 von 26

Einnahmeart	Rechtsgrundlage	Beitragspflichtig	Regelung durch „Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler“
Heizung einschl. zentraler Warmwasserversorgung, Leistungen für –	§ 35 Abs. 4 und 5 SGB XII § 22 SGB II	ja, anteilig durch die Zahl der im Haushalt des Mitgliedes lebenden hilfebedürftigen Angehörigen (BSG-Urteile vom 19.12.2000 – B 12 KR 1/00 –, USK 2000-36 und – B 12 KR 36/00 –, USK 2000-; BSG-Urteil vom 21.12.2011 – B 12 KR 22/09 R –, USK 2011-170)	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1; bei Leistungen nach dem SGB XII: § 7 Abs. 6
Heuer der Seeleute	§ 14 SGB IV i.V.m. SvEV	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1 und Abs. 3
Hilfe in anderen Lebenslagen	§§ 70 – 73 SGB XII	nein (BSG-Urteil vom 21.12.2011 – B 12 KR 22/09 R –, USK 2011-170)	
Hilfen zur Gesundheit	§§ 47 – 52 SGB XII	nein (BSG-Urteil vom 21.12.2011 – B 12 KR 22/09 R –, USK 2011-170)	
Hilfe zur Pflege	§ 61 SGB XII; § 44 SGB VII	nein (BSG-Urteil vom 21.12.2011 – B 12 KR 22/09 R –, USK 2011-170)	
Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten	§§ 67 – 69 SGB XII	nein (BSG-Urteil vom 21.12.2011 – B 12 KR 22/09 R –, USK 2011-170)	
I			
Insolvenzgeld	§ 165 SGB III	ja	§§ 3 Abs. 1, § 5 Abs. 2 Satz 1



Katalog von Einnahmen und deren beitragsrechtliche Bewertung nach § 240 SGB V

Seite 13 von 26

<b>K</b>			
Kapitalabfindungen bzw. Kapitalleistungen von Versorgungsbezügen  z.B. Kapitalabfindung von Versorgungsbezügen für Soldaten	§ 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 bis 5 i.V.m. Satz 3 SGB V §§ 28 – 35 SVG	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 4
Kapitalleistung aus einer befreienden Kapitallebensversicherung		ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 4
Kapitalleistung aus einer gemischt finanzierten Direktversicherung oder Versicherung bei einer Pensionskasse i.S. des BVerfG-Beschlusses vom 28.09.2010 – 1 BvR 1660/08 –, USK 2010–112, bzw. vom 27. Juni 2018 – 1 BvR 100/15 und 1 BvR 249/15 –, USK 2018–27			
- Versorgungsbezugsanteil	§ 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 i.V.m. Satz 3 SGB V	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 4
- Leistungen einer privaten Altersvorsorge		ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 4
Kapitalleistung aus einer privaten Kapitallebensversicherung (ohne befreiende Kapitallebensversicherung), sofern keine Zuordnung zur betrieblichen Altersversorgung vorliegt			
- im Erlebensfall		ja, in Höhe des Kapitalertrags	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 3 Satz 3
- im Todesfall		nein (Vermögensverschiebung)	

Katalog von Einnahmen und deren beitragsrechtliche Bewertung nach § 240 SGB V

Seite 14 von 26

Kapitalleistung aus einer privaten Rentenversicherung (sofern keine Zuordnung zur betrieblichen Altersversorgung vorliegt), darunter insbesondere: <ul style="list-style-type: none"> <li>- aufgeschobene private Rentenversicherung</li> <li>- Rentenversicherung mit Kapitalwahlrecht</li> <li>- Riester-Rentenversicherung</li> <li>- Rürup-Rentenversicherung</li> </ul>		ja (BSG-Urteil vom 27.01.2010 – B 12 RK 28/08 –, USK 2010-15)	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 4
Kapitalleistung aus einer privaten Risikoversicherung, darunter insbesondere: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Berufsunfähigkeitsversicherung</li> <li>- Erwerbsunfähigkeitsversicherung</li> <li>- Risikolebensversicherung</li> <li>- Unfallversicherung ohne garantierte Beitragsrückzahlung</li> </ul>		ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 4
Kapitalvermögen, Einkünfte aus –		ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 4
Kaufkraftausgleich	§ 55 BBesG	ja	§§ 3 Abs. 1, 7 Abs. 2
Kindererziehungsleistung (für Frauen, die vor 1921 bzw. 1927 geboren sind)	§§ 294, 294a SGB VI	nein (§ 299 SGB VI)	§ 3 Abs. 1 Satz 3
Kindererziehungszeitenbetrag	§ 56 SGB VI	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
Kindergeld	§§ 1 ff. BKGG	nein (BSG-Urteil vom 25.11.1981 – 5a/5 RKn 18/79 –, USK 81243)	
Kindertagespflege, Aufwendungen von privater Seite oder aus öffentlichen Kassen für – (Kosten für den Sachaufwand, Abgeltung der Erziehungsleistung und Erstattung bestimmter Vorsorgeaufwendungen)	§ 23 Abs. 2 SGB VIII	ja, soweit Arbeitseinkommen (§ 15 SGB IV)	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 2

Katalog von Einnahmen und deren beitragsrechtliche Bewertung nach § 240 SGB V

Seite 15 von 26

<p>Kindervollzeitpflege, Leistungen zum Unterhalt des Kindes und des Jugendlichen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pauschale Leistungen für den Unterhalt des Kindes (sog. Pflegegelder)</li> <li>- Beträge zur Anerkennung bzw. Abgeltung der Erziehungskosten der Pflegeperson</li> <li>- Erstattung von Vorsorgeaufwendungen</li> </ul>	<p>§ 39 SGB VIII, Vollzeitpflege unter Maßgabe von § 27 i.V.m. § 33 SGB VIII</p>	<p>nein</p> <p>ja</p> <p>ja (BSG-Urteil vom 19.12.2000 – B 12 KR 36/00 R –, USK 2000–39)</p>	<p>§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1</p> <p>§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1</p>
<p>Kinderzuschlag</p>	<p>§ 33b BVG, § 6a BKGG</p>	<p>nein</p>	
<p>Kinderzuschuss der Rentenversicherung</p>	<p>§ 270 SGB VI</p>	<p>nein</p>	
<p>Kost und Wohnung</p>	<p>§§ 2 und 3 SvEV</p>	<p>ja</p>	<p>§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1</p>
<p>Krankengeld</p>	<p>§§ 44 – 45 SGB V</p>	<p>zur Krankenversicherung: nein (§ 224 Abs. 1 SGB V)</p> <p>zur Pflegeversicherung: grds. ja (§ 57 Abs. 2 SGB XI), aber Beitragseinbehalt bereits bei Auszahlung des Krankengeldes</p>	
<p>Krankengeld aus einem Wahltarif</p>	<p>§ 53 Abs. 6 SGB V</p>	<p>zur Krankenversicherung: ja, wenn die Voraussetzungen nach § 8 Abs. 3 der Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler nicht erfüllt sind</p> <p>zur Pflegeversicherung: ja</p>	<p>§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1</p>
<p>Krankentagegeld aus privater Krankenversicherung</p>		<p>ja</p>	<p>§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1</p>

Katalog von Einnahmen und deren beitragsrechtliche Bewertung nach § 240 SGB V

Seite 16 von 26

Kriegsschadenrente	§ 261 ff. LAG	ja, s. aber unter Pflegezulage	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
<b>L</b>			
Land- und Forstwirtschaft, Einkünfte aus -	§ 15 SGB IV	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 2
Landeserziehungsgeld	landesrechtliche Vorschriften	nein (analog § 224 Abs. 1 SGB V i. d. Fassung bis zum 31.07.2013) )	
Leistungen an Infizierte nach dem Gesetz über die Hilfe für durch Anti-D-Immunprophylaxe mit dem Hepatitis-C-Virus infizierte Personen (Anti-D-Hilfegesetz - AntiDHG)	§ 3 Abs. 2 AntiDHG	ja, zur Hälfte (§ 6 Abs. 1 AntiDHG)	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 2
Leistungen nach dem HIV-Hilfegesetz (HIVHG)	§ 16 HIVHG	nein (§ 17 HIVHG)	§ 3 Abs. 1 Satz 3
Leistungen zur Förderung der Existenzgründung aus Mitteln des Europäischen Sozialfonds	ESF-Richtlinien	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
Lotsgeld der See- und Hafenslotsen	§ 15 Abs. 1 SGB IV	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 2
<b>M</b>			
Mehrbedarf für Alleinerziehende	§ 30 Abs. 3 SGB XII § 21 Abs. 3 SGB II	ja (BSG-Urteil vom 21.12.2011 - B 12 KR 22/09 R -, USK 2011-170)	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1; bei Leistungen nach dem SGB XII: § 7 Abs. 6
Mehrbedarf für behinderte Menschen	§ 30 Abs. 4 SGB XII § 21 Abs. 4 SGB II	ja (BSG-Urteil vom 21.12.2011 - B 12 KR 22/09 R -, USK 2011-170)	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1; bei Leistungen nach dem SGB XII: § 7 Abs. 6
Mehrbedarf für dezentrale Warmwasserversorgung	§ 30 Abs. 7 SGB XII § 21 Abs. 7 SGB II	ja (BSG-Urteil vom 21.12.2011 - B 12 KR 22/09 R -, USK 2011-170)	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1; bei Leistungen nach dem SGB XII: § 7 Abs. 6
Mehrbedarf für Gehbehinderte	§ 30 Abs. 1 SGB XII	ja (BSG-Urteil vom 21.12.2011 - B 12 KR 22/09 R -, USK 2011-170)	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1, 7 Abs. 6
Mehrbedarf für kostenaufwendige Ernährung	§ 30 Abs. 5 SGB XII § 21 Abs. 5 SGB II	ja (BSG-Urteil vom 21.12.2011 - B 12 KR 22/09 R -, USK 2011-170)	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1; bei Leistungen nach dem SGB XII: § 7 Abs. 6

Katalog von Einnahmen und deren beitragsrechtliche Bewertung nach § 240 SGB V

Seite 17 von 26

Mehrbedarf für werdende Mütter	§ 30 Abs. 2 SGB XII § 21 Abs. 2 SGB II	ja (BSG-Urteil vom 21.12.2011 – B 12 KR 22/09 R –, USK 2011–170)	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1; bei Leistungen nach dem SGB XII: § 7 Abs. 6
Mehrbedarfsrente (von Haftpflichtversicherungen)	§ 843 BGB	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
Mehrleistungen der gesetzlichen Unfallversicherung	§ 94 SGB VII	nein (§ 94 Abs. 3 SGB VII)	§ 3 Abs. 1 Satz 3
Meister-BAföG, Leistungen zur Deckung des Unterhaltsbedarfs	§ 10 Abs. 2 AFBG	ja, soweit nicht darlehensweise gewährt	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
Mutterschaftsgeld	§ 24i SGB V, § 14 KVLG 1989, § 19 MuSchG	nein (§ 224 Abs. 1 SGB V, § 56 Abs. 3 SGB XI)	
<b>N</b>			
Nutzungsvergütung	§ 24 Nr. 3 EStG	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
<b>P</b>			
Pauschale Beihilfe an Beamte und Versorgungsempfänger des Landes Hamburg	§ 80 Abs. 11 HmbBG	ja, soweit steuerpflichtig	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
Pflegegeld an Pflegebedürftigen	§ 37 SGB XI, § 44 SGB VII, § 26c BVG, § 64 SGB XII bzw. landesrechtliche Vorschriften	nein	
Pflegegeld, das an eine Pflegeperson weitergeleitet wird	§ 13 Abs. 6 SGB XI i.V.m. § 37 XI, § 44 SGB VII, § 26c BVG, § 34 BeamtVG, § 64 SGB XII bzw. landesrechtliche Vorschriften, § 192 VVG	nein bis zur Höhe des Pflegegeldes nach § 37 Abs. 1 SGB XI (§ 240 Abs. 2 Satz 4 SGB V)	

Katalog von Einnahmen und deren beitragsrechtliche Bewertung nach § 240 SGB V

Seite 18 von 26

Pflegezulage	§ 35 BVG, § 269 Abs. 2 i.V.m. § 267 Abs. 1 S. 3-6 LAG	nein	
Privatentnahme aus dem Betriebsvermögen		nein	
Produktionsaufgaberente	§§ 5, 6 FELEG	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
<b>R</b>			
Regelbedarf (Regelsatz) bzw. individueller Bedarf zur Sicherung des Lebensunterhalts	§ 27a Abs. 2 bis 5 SGB XII § 20 SGB II	ja (BSG-Urteil vom 21.12.2011 – B 12 KR 22/09 R –, USK 2011-170)	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1; bei Leistungen nach dem SGB XII: § 7 Abs. 6
Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung	SGB VI, Art. 2 RÜG	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
Renten aus der gesetzlichen Unfallversicherung	SGB VII	ja (BSG-Urteil vom 06.09.2001 – B 12 KR 14/00 R –, USK 2001-35)	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
Renten aus einer befreienden Kapitallebensversicherung		ja (analog zu BSG-Urteile vom 06.09.2001 – B 12 KR 40/00 R – und – B 12 KR 5/01 R –, USK 2001-31)	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
Renten aus einer gemischt finanzierten Direktversicherung oder Versicherung bei einer Pensionskasse i.S. des BVerfG-Beschlusses vom 28.09.2010 – 1 BvR 1660/08 –, USK 2010-112, bzw. vom 27. Juni 2018 – 1 BvR 100/15 und 1 BvR 249/15 –, USK 2018-27	§ 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
- Versorgungsbezugsanteil  - Leistungen einer privaten Altersvorsorge		ja (analog zu BSG-Urteile vom 06.09.2001 – B 12 KR 40/00 R – und – B 12 KR 5/01 R –, USK 2001-31)	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1

Katalog von Einnahmen und deren beitragsrechtliche Bewertung nach § 240 SGB V

Seite 19 von 26

Renten aus einer Höherversicherung	§ 280 SGB VI	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
Renten aus einer privaten Kapitallebensversicherung (ohne befreiende Kapitallebensversicherung), sofern keine Zuordnung zur betrieblichen Altersversorgung vorliegt		ja (analog zu BSG-Urteile vom 06.09.2001 – B 12 KR 40/00 R – und – B 12 KR 5/01 R –, USK 2001–31)	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
(Leib- und Zeit-) Renten aus einer privaten Rentenversicherung (sofern keine Zuordnung zur betrieblichen Altersversorgung vorliegt), darunter insbesondere: <ul style="list-style-type: none"> <li>- aufgeschobene private Rentenversicherung</li> <li>- Rentenversicherung mit Kapitalwahlrecht</li> <li>- Riester-Rentenversicherung</li> <li>- Rürup-Rentenversicherung</li> <li>- Sofortrente</li> </ul>		ja (BSG-Urteil vom 10.10.2017 – B 12 KR 16/16 R–, USK 2017–84))  Als Sonderfall s. unter Sofortrente, finanziert aus einer mit ein Hundertzwanzigstel verbeitragten Kapitaleistung	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
Renten aus einer privaten Risikoversicherung, darunter insbesondere: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Berufsunfähigkeitsversicherung</li> <li>- Erwerbsunfähigkeitsversicherung</li> <li>- Risikolebensversicherung</li> <li>- Unfallversicherung ohne garantierte Beitragsrückzahlung</li> </ul>		ja (BSG-Urteil vom 06.09.2001 – B 12 KR 14/00 R –, USK 2001–35)	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
Renten aus Versorgungs- und Zusatzversorgungskassen		ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
Renten der Alterssicherung der Landwirte	ALG	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1

Katalog von Einnahmen und deren beitragsrechtliche Bewertung nach § 240 SGB V

Seite 20 von 26

Renten nach sozialem Entschädigungsrecht sowie BEG-Renten an Beschädigte	§§ 31–35 BEG, § 4 HHG, § 60 Abs. 1 bis 3 IfSG, § 1 Abs. 1 OEG, § 21 StrRehaG, § 80 SVG, § 3 VwRehaG, § 47 Abs. 1 Satz 1 ZDG	ja, soweit sie den Grundrentenbeitrag nach § 31 Abs. 1 BVG übersteigen (BSG-Urteil vom 24.01.2007 – B 12 KR 28/05 R –, USK 2007-1)	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
Renten nach sozialem Entschädigungsrecht sowie BEG-Renten an Hinterbliebene	§§ 17 –21, 41 BEG, § 5 HHG, § 60 Abs. 4 IfSG, § 1 Abs. 8 OEG, § 22 StrRehaG, § 80 SVG, § 4 VwRehaG, § 47 Abs. 1 Satz 2 ZDG	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
Rentennachzahlung	§ 228 Abs. 2 SGB V	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 6
Renten von ausländischen Rentenversicherungsträgern	§ 228 Abs. 1 Satz 2 SGB V	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1 und Abs. 3
Ruhegehalt	BeamtVG, SVG	ja	§§ 3 Abs. 1, 7 Abs. 2
<b>S</b>			
Sachbezüge	SvEV	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
Sanierungsgewinne	§ 15 SGB IV	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 2
Schadenersatzrente	§ 843 BGB	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
Schadensausgleich	§ 40a BVG	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
Schmerzensgeld	§ 253 Abs. 2 BGB	nein	
Schwerstbeschädigtenzulage	§ 31 Abs. 4 BVG	nein (BSG-Urteil vom 24.01.2007 – B 12 KR 28/05 R – USK 2007-1)	
Schwerverletztetenzulage	§ 57 SGB VII	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
Selbständige Arbeit, Einkünfte aus –	§ 15 Abs. 1 SGB IV	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 2



Katalog von Einnahmen und deren beitragsrechtliche Bewertung nach § 240 SGB V

Seite 21 von 26

Sofortrente aus einer privaten Rentenversicherung, finanziert aus einer mit ein Hundertzwanzigstel verbeitragten Kapitalleistung		ja, in Höhe des Spitzbetrages = der ein Hundertzwanzigstel der verbeitragten Kapitalleistung übersteigende Teil der Sofortrente (BSG-Urteil vom 10.10.2017 - B 12 KR 1/16 R -, USK 2017-83)	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
Sozialgeld	§ 19 Abs. 1 Satz 2 SGB II	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
(Promotions-)Stipendien		ja, ungeachtet eventuell gesondert ausgewiesener Bestandteile (BSG-Urteile vom 18.12.2013 - B 12 KR 8/12 R -, USK 2013-170, und vom 07.06.2018 - B 12 KR 1/17 R -, USK 2018-36)	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
Streikgelder		ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
Studienbeihilfen		ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
<b>U</b>			
Überbrückungsgeld aus der Seemannskasse	Satzung der Seemannskasse	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
Übergangsgebühren für Zeitsoldaten	§§ 11, 11a SVG	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
Übergangsgeld im Zusammenhang mit Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	§ 45 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX	grds. ja (§ 235 Abs. 2 SGB V, § 57 Abs. 4 Satz 4 SGB XI), aber Beitragstragung ausschließlich durch den Rehabilitationsträger	
Übergangsgeld wegen Entlassung aus einem Dienstverhältnis	§ 47 BeamtVG	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
Unfallausgleich	§ 35 BeamtVG	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1

Katalog von Einnahmen und deren beitragsrechtliche Bewertung nach § 240 SGB V

Seite 22 von 26

Unfallruhegehalt	§§ 36, 37 BeamtVG § 27 SVG	ja, soweit es nach Maßgabe des § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Buchst. c und d SGB V zum Versorgungsbezug gehört	§§ 3 Abs. 1, 7 Abs. 2
Unterhalt, den getrennt lebende oder geschiedene Ehegatten erhalten	§§ 1361 Abs. 4, 1585 Abs. 1 BGB	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
Unterhalt, den getrennt lebende Lebenspartner oder Lebenspartner nach gerichtlich aufgehobener Partnerschaft erhalten	§§ 12, 16 LPartG	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
Unterhaltsbeihilfe und Übergangsgeld während einer Maßnahme zur Teilhabe am Arbeitsleben	§ 26a Abs. 3 BVG § 26a Abs. 1 BVG	grds. ja, aber es wird von der Beitragstragung ausschließlich durch den Rehabilitationsträger ausgegangen	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
Unterhaltsbeitrag	BeamtVG, SVG	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
Unterhaltsleistungen, die das Mitglied für ein Kind von einem Dritten (z. B. Sozialhilfeträger, Träger der Jugendhilfe, Elternteil) erhält		nein (BSG-Urteile vom 11.04.1984, – 12 RK 41/82 –, USK 84117 und vom 22.09.1988 – 12 RK 14/86 –, USK 88153)	
Unterhaltsbeitrag für Lotsenanwärter	§ 28 Abs. 1 Nr.9 SeeLG i.V.m. den Satzungen der Lotsenbrüderschaften	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
Unterhaltssicherung, Leistungen zur –	§§ 5 ff. USG	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1

Katalog von Einnahmen und deren beitragsrechtliche Bewertung nach § 240 SGB V

Seite 23 von 26

Unterkunft, Leistungen für –	§ 35 Abs. 1 bis 3 und 5 SGB XII § 22 SGB II	ja, anteilig durch die Zahl der im Haushalt des Mitgliedes lebenden hilfebedürftigen Angehörigen (BSG-Urteile vom 19.12.2000 – B 12 KR 1/00 –, USK 2000-36 und – B 12 KR 36/00 –, USK 2000-39, BSG-Urteil vom 21.12.2011 – B 12 KR 22/09 R –, USK 2011-170)	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1; bei Leistungen nach dem SGB XII: § 7 Abs. 6
<b>V</b>			
Veräußerungsgewinne aus dem (Teil-)Verkauf eines Betriebes, aus dem Verkauf von Anteilen einer Kapitalgesellschaft oder aus der (Teil-)Veräußerung des Vermögens	§§ 14, 16, 17, 18 Abs. 3 EStG	ja (BSG-Urteil vom 18.01.2018 – B 12 KR 22/16 R –, USK 2018-1)	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 2
Veräußerungsgewinne aus privaten Veräußerungsgeschäften (z.B. bei Grundstücken, Wertpapieren und Rechten)	§ 22 Nr. 2 i.V.m. § 23 EStG	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 3 Satz 3
Veräußerungs- bzw. Kaufpreisleibrente (Leibrente, die auf der Übertragung eines Wirtschaftsgutes beruht) aus privaten Veräußerungsgeschäften		ja (BSG-Urteile vom 06.09.2001 – B 12 KR 40/00 R – und – B 12 KR 5/01 R –, USK 2001-31)	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
Verdienstausfallentschädigungen	§ 56 IfSG, § 9 Abs. 2 KatSG	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
Verdienstausfallerstattung bei Haushaltshilfe, Mitaufnahme einer Begleitperson in das Krankenhaus, Dialyse oder Organspende		ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
Verletztengeld	§ 45 Abs. 1 Nr. 2 SGB VII	grds. ja (§ 235 Abs. 2 SGB V, § 57 Abs. 4 Satz 4 SGB XI), aber Beitragstragung ausschließlich durch den Rehabilitationsträger	

Katalog von Einnahmen und deren beitragsrechtliche Bewertung nach § 240 SGB V

Seite 24 von 26

Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus -		ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 2 und 3
Verschollenheitsrente	§ 52 BVG	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
Versorgungsbezüge	§ 229 SGB V	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1 und Abs. 4
Versorgungsbezüge, nachgezahlte -	§ 229 Abs. 2 SGB V	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 6
Versorgungsbezüge im Sinne des § 229 SGB V nach BeamtVG oder SVG	BeamtVG SVG	ja, nach Abzug für Pflegeleistungen nach § 50f BeamtVG oder § 55f SVG	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
Versorgungskrankengeld	§§ 16, 17 BVG	grds. ja (§ 235 Abs. 2 SGB V, § 57 Abs. 4 Satz 4 SGB XI), aber Beitragstragung ausschließlich durch den Rehabilitationsträger	
Versorgungszuschlag für beurlaubte Beamte der Deutschen Telekom AG		ja (BSG-Urteil vom 19.12.2000 - B 12 KR 36/00 R -, USK 2000-39)	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
Vorruhestandsgeld	VRG	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
Vorsorgeunterhalt (Kranken-, Pflege-, Alters- und Erwerbsminderungsvorsorge)	§§ 1361 Abs. 1, 1578 Abs. 2 und 3 BGB	ja (BSG-Urteil vom 19.08.2015 - B 12 KR 11/14 R -)	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
<b>W</b>			
Waisengeld	§ 23 BeamtVG	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1 und Abs. 3 Satz 1
Werksrente	§ 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1 und Abs. 4

Katalog von Einnahmen und deren beitragsrechtliche Bewertung nach § 240 SGB V

Seite 25 von 26

Wertguthaben im Rahmen eines flexiblen Arbeitszeitmodells (Altersteilzeit) für einen nicht abhängig beschäftigten Gesellschafter-Geschäftsführer einer GmbH - während der Arbeitsphase - während der Freistellungsphase		nein ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
Witwengeld	§ 19 BeamtVG	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1 und Abs. 3 Satz 1
Witwen, Waisen-, Witwerbeihilfe	§ 48 BVG	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
Wohngeld	§ 3 des 2. WoGG	nein (BSG-Urteil vom 25.11.1981 – 5a/5 RKn 18/79 –, USK 81243)	
<b>Z</b>			
Zinsen aus Kapitalvermögen		ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 4
Zuschüsse während der Mutterschutzfrist für Beamtinnen	§ 3 MuSchEltZV	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
Zuwendung für Haftopfer rechtsstaatswidriger Strafverfolgung im Beitrittsgebiet, Besondere –	§ 17a StrRehaG	nein (§ 16 Abs. 4 StrRehaG)	§ 3 Abs. 1 Satz 3



**Top 3**

**Teilbarkeit von Versorgungsleistungen der von § 18 Betriebsrentengesetz (BetrAVG) erfassten Zusatzversorgungseinrichtungen**

---

**Sachverhalt:**

Das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) hat mit Beschluss vom 27. Juni 2018 – 1 BvR 100/15 und 1 BvR 249/15 – (USK 2018–27) entschieden, dass in den Fällen, in denen die versicherte Person ihre unter Beteiligung des Arbeitgebers zustande gekommene Versicherung bei einer Pensionskasse in der Rechtsform eines Versicherungsvereins auf Gegenseitigkeit (VVaG) nach dem Ende des Arbeitsverhältnisses als alleinige/r Versicherungsnehmer/in und ohne Beteiligung des Arbeitgebers freiwillig fortsetzt und die Beiträge für die Zeit nach dem Ende des Arbeitsverhältnisses ausschließlich allein leistet, der auf diesen Beiträgen beruhende Teil der späteren Versorgungsleistung der Pensionskasse nicht als Versorgungsbezüge im Sinne des § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V anzusehen ist.

Über die Auswirkungen dieses Beschlusses auf die Beitragspflicht in der Kranken- und Pflegeversicherung sowie auf das Zahlstellen-Meldeverfahren hat der GKV-Spitzenverband mit Rundschreiben 2018/545 vom 15. Oktober 2018 im Einzelnen informiert. Darin wurde u. a. eine rückwirkende Anwendung des Beschlusses des BVerfG und zudem eine entsprechende Anwendung auf Leistungen von deregulierten Pensionskassen in der Rechtsform von Aktiengesellschaften empfohlen.

Für Leistungen aus Direktversicherungen hatte das BVerfG bereits mit Beschluss vom 28. September 2010 – 1 BvR 1660/08 – (USK 2010–112) auf eine entsprechende Teilbarkeit in einen betrieblichen Teil (Versorgungsbezüge) und einen privaten Teil (keine Versorgungsbezüge) entschieden (vgl. Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes 2010/581 vom 2. Dezember 2010).

Es stellt sich die Frage, ob der Beschluss des BVerfG vom 27. Juni 2018 zu Leistungen von Pensionskassen auch auf Leistungen der Zusatzversorgungseinrichtungen des öffentlichen Dienstes sowie der Versorgungsanstalt der deutschen Bühnen (Vddb, „Bühnenversorgung“) und der Versorgungsanstalt der deutschen Kulturorchester (VddKO, „Orchesterversorgung“) – ebenfalls mit Wirkung für die Vergangenheit – Anwendung findet, soweit die vom BVerfG festgelegten Kriterien für eine beitragsrechtliche Teilung von Leistungen bei diesen Einrich-



tungen ebenfalls zutreffen. Zu den Zusatzversorgungseinrichtungen des öffentlichen Dienstes gehören die Versorgungsanstalt des Bundes und der Länder (VBL), sowie die in der Arbeitsgemeinschaft kommunale und kirchliche Altersversorgung e. V. (AKA) zusammenschlossenen kommunalen und kirchlichen Zusatzversorgungskassen, einschließlich der Sparkasseneinrichtungen (Zusatzversorgungskasse der Landesbank Baden-Württemberg und der Emdener Zusatzversorgungskasse für Sparkassen).

Die Zusatzversorgungseinrichtungen sind keine Pensionskassen im engeren Sinne, jedoch gelten sie in verschiedenen Rechtsgebieten als Pensionskassen bzw. werden als solche angesehen. So nimmt § 18 Betriebsrentengesetz (BetrAVG) die vorgenannten Zusatzversorgungseinrichtungen zwar in nicht unbeträchtlichem Umfang von den Vorschriften dieses Gesetzes aus; die §§ 1 bis 1b BetrAVG und damit § 1b Abs. 3 BetrAVG, der in Verbindung mit § 1b Abs. 1 BetrAVG Aussagen zur Unverfallbarkeit von Anwartschaften der betrieblichen Altersversorgung bei u. a. Pensionskassen trifft, findet jedoch auf die Zusatzversorgungseinrichtungen Anwendung. In der Begründung zum Betriebsrentengesetz wurden die Zusatzversorgungseinrichtungen ausdrücklich als Pensionskassen verstanden (vgl. Bundestags-Drucksache 7/1281, Seite 31, zu § 8, später § 18). Im steuerrechtlichen Sinne werden die Zusatzversorgungskassen ebenfalls als Pensionskassen qualifiziert (vgl. BMF-Schreiben zur steuerlichen Förderung der betrieblichen Altersversorgung vom 6. Dezember 2017, Rz. 14, 77, 83, 84).

Organisiert sind die Zusatzversorgungseinrichtungen als Anstalten des öffentlichen Rechts, zum Teil auch als nicht rechtsfähiges Sondervermögen. Abweichend von der Finanzierung der Pensionskassen in Form von Versicherungsvereinen auf Gegenseitigkeit (regulierte Pensionskassen) oder in Form von Aktiengesellschaften (deregulierte bzw. Wettbewerbs-Pensionskassen) im Kapitaldeckungsverfahren sind die Zusatzversorgungseinrichtungen überwiegend, jedenfalls was die Pflichtversicherung betrifft, umlagefinanziert. Die freiwillige Versicherung als Höherversicherung ergänzend zur Pflichtversicherung wird teilweise im Kapitaldeckungsverfahren finanziert. Die Zusatzversorgungseinrichtungen unterliegen – jedenfalls überwiegend – nicht der Versicherungsaufsicht durch die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), sondern dem jeweils zuständigen Ministerium des Bundes oder Landes. Für die VBL gilt Folgendes: Auf den Abrechnungsverband der freiwilligen Versicherung sind nach § 2 Abs. 1 Satz 3 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) ausdrücklich die versicherungsaufsichtsrechtlichen Vorschriften über Pensionskassen anzuwenden. Der Ab-





rechnungsverband der freiwilligen Versicherung gilt gemäß § 233 Abs. 2 VAG als regulierte Pensionskasse, über den die BaFin die Aufsicht führt.

In der Literatur wird den Zusatzversorgungseinrichtungen ebenfalls die Eigenschaft von Pensionskassen zugeschrieben (Höfer in Betriebsrentenrecht, Kommentar, März 2018, Kap. 3 Rz. 83; Rolfs in Betriebsrentengesetz, Kommentar, 7. Auflage 2018, § 18 Rz. 7).

**Ergebnis:**

Die in § 18 BetrAVG aufgeführten Zusatzversorgungseinrichtungen des öffentlichen Dienstes sowie die Versorgungsanstalt der deutschen Bühnen und die Versorgungsanstalt der deutschen Kulturorchester sind in der Gesamtschau weitgehend den Pensionskassen gleichgestellt. Dies rechtfertigt es, den Beschluss des BVerfG vom 27. Juni 2018 – 1 BvR 100/15 und 1 BvR 249/15 – (USK 2018–27) auf diese Einrichtungen der betrieblichen Altersversorgung ebenfalls anzuwenden. In der Konsequenz stellt der Anteil der Versorgungsleistung, den die versicherte Person für die Zeit der freiwilligen Fortsetzung der Versicherung nach dem Ende des Arbeitsverhältnisses als alleiniger Versicherungsnehmer ausschließlich mit eigenen Beiträgen und ohne jegliche Beteiligung des ehemaligen Arbeitgebers erworben hat (privater Anteil), keinen Versorgungsbezug nach § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V dar. Dies gilt unabhängig davon, ob es sich während des Arbeitsverhältnisses um eine Pflichtversicherung oder eine freiwillige (Höher-)Versicherung handelt, die freiwillig fortgesetzt wird.

Der Beschluss des BVerfG entfaltet auch in Bezug auf die genannten Zusatzversorgungseinrichtungen Rechtswirkung nicht nur für die Zukunft (bzw. für die Zeit ab dem Beschluss des BVerfG) sondern auch für die Vergangenheit. Damit sind sowohl Fälle des zukünftigen Beginns bzw. Bezuges, des laufenden Bezuges als auch des in der Vergangenheit liegenden und beendeten Bezuges von Versorgungsleistungen betroffen. Für die Vergangenheit ergibt sich insofern eine Einschränkung, als der Anspruch auf Erstattung zu Unrecht entrichteter Beiträge verjährt sein kann.

Einzelheiten der Rechtsauslegung sowie der Auswirkungen auf die betroffenen Versorgungsbezieher sowie die Zahlstellen bzw. Versorgungseinrichtungen und die Krankenkassen gehen aus dem Rundschreiben 2018/545 des GKV-Spitzenverbandes vom 15. Oktober 2018 hervor.



**Ergebnisniederschrift  
Fachkonferenz Beiträge  
20. November 2018**



Die im Sachverhalt genannte Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts zur Aufteilung einer Versorgungsleistung in einen betrieblichen und einen privaten Anteil wurde inzwischen mit dem Gesetz zur Beitragsentlastung der Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versichertenentlastungsgesetz – GKV-VEG) vom 11. Dezember 2018, BGBl. I S. 2387, für die betriebliche Altersversorgung im Allgemeinen nachvollzogen und gesetzlich festgeschrieben. Nach dem in § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V eingefügten letzten Halbsatz, in Kraft ab 15. Dezember 2018 (Tag nach der Verkündung des Gesetzes), werden Leistungen der betrieblichen Altersversorgung, die der Versicherte nach dem Ende des Arbeitsverhältnisses als alleiniger Versicherungsnehmer aus nicht durch den Arbeitgeber finanzierten Beiträgen erworben hat, von den Versorgungsbezügen ausgenommen.



**Top 4**

**Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 7 SGB V für Beschädigte, die nach § 26 BVG Leistungen im Eingangsverfahren oder im Berufsbildungsbereich von Werkstätten für behinderte Menschen erhalten**

---

**Sachverhalt:**

Beschädigte im Sinne des Bundesversorgungsgesetzes (BVG) erhalten nach § 26 Abs. 1 BVG Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach den §§ 49 bis 55 SGB IX sowie Leistungen im Eingangsverfahren und im Berufsbildungsbereich der Werkstätten für behinderte Menschen nach § 57 SGB IX und entsprechende Leistungen bei anderen Leistungsanbietern nach § 60 SGB IX. Alle diese Leistungen werden unter der Überschrift „Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ nach Kapitel 10 des SGB IX zusammengefasst.

Die Personen, die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach § 26 Abs. 1 BVG in Verbindung mit §§ 49 bis 55 SGB IX erhalten, unterliegen nicht der Versicherungspflicht in der Krankenversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 6 SGB V und in der sozialen Pflegeversicherung nach § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB XI, da hiernach die Versicherungspflicht ausdrücklich ausgeschlossen ist, wenn die Maßnahme zur Teilhabe am Arbeitsleben nach den Vorschriften des BVG erbracht wird.

Wird die Leistung nach § 26 Abs. 1 BVG in Verbindung mit § 57 SGB IX im Eingangsverfahren oder im Berufsbildungsbereich einer Werkstatt für behinderte Menschen erbracht, stellt sich die Frage, ob Versicherungspflicht in der Krankenversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 7 SGB V und in der sozialen Pflegeversicherung nach § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 7 SGB XI für behinderte Menschen, die in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen oder in Blindenwerkstätten im Sinne des § 226 SGB IX oder für diese Einrichtungen in Heimarbeit oder bei einem anderen Leistungsanbieter nach § 60 SGB IX tätig sind, vorliegt. Personen, die die Leistung nach den Vorschriften des BVG erhalten, werden von dieser Versicherungspflicht nicht ausgenommen.

Die Tätigkeit im Eingangsverfahren oder im Berufsbildungsbereich einer Werkstatt für behinderte Menschen (früher auch „Einarbeitungs-, Trainings- und Ausbildungsstufe“) führt jedenfalls zur Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 7 SGB V und § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 7



**Ergebnisniederschrift  
Fachkonferenz Beiträge  
20. November 2018**



SGB XI (Urteil des Bundessozialgerichts vom 11. Juni 1980 – 12 RK 34/78 –, USK 80193, zur Vorgängervorschrift § 1 Gesetz über die Sozialversicherung Behinderter – SVBG).

Gegen das Bestehen von Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 7 SGB V und § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 7 SGB XI wird vereinzelt eingewandt, dass diese Personen bereits einen vollumfänglichen Anspruch auf Heilbehandlung (für Schädigungsfolgen) nach § 10 Abs. 1 BVG und auf Krankenbehandlung (für Nichtschädigungsfolgen) haben und daher für eine Absicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung mittels Versicherungspflicht kein Raum bleibt. Erbracht werden die Leistungen nach §§ 10 bis 24a BVG von der zuständigen Verwaltungsbehörde oder von der Krankenkasse im Auftrag der Verwaltungsbehörde.

Angesichts der aufeinandertreffenden Ansprüche auf Leistungen im Krankheitsfall nach dem BVG einerseits und nach dem SGB V andererseits gilt es darüber zu befinden, ob bei der beschriebenen Fallkonstellation an der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 7 SGB V (und § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 7 SGB XI) festzuhalten ist.

**Ergebnis:**

Sofern eine Tätigkeit im Eingangsbereich oder im Berufsbildungsbereich einer Werkstatt für behinderte Menschen stattfindet, besteht für die Person Versicherungspflicht in der Krankenversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 7 SGB V, und zwar selbst dann, wenn diese Maßnahme nach den Vorschriften des BVG erbracht wird. In Folge dessen entsteht auch Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung nach § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 7 SGB XI.

Diese Bewertung wird auch nicht dadurch beeinflusst, dass diese Personen gleichzeitig einen Anspruch auf Heilbehandlung (für Schädigungsfolgen) und – als Empfänger von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im weitesten Sinne – auch auf Krankenbehandlung (für Nichtschädigungsfolgen) nach § 10 Abs. 1 und 5 BVG haben.

Dies gilt auch für den Fall, dass eine derartige Maßnahme bei einem anderen Leistungsanbieter nach § 60 SGB IX stattfinden sollte.

Der Gesetzestext ist insoweit eindeutig. Es kann auch nicht ohne Weiteres von einer planwidrigen Gesetzeslücke ausgegangen werden, die einer – möglicherweise abweichenden –



**Ergebnisniederschrift  
Fachkonferenz Beiträge  
20. November 2018**



Rechtsauslegung zugänglich wäre. Eine abweichende Rechtsfolge könnte ausschließlich durch eine Gesetzesänderung herbeigeführt werden.



Ergebnisniederschrift  
Fachkonferenz Beiträge  
20. November 2018



**Top 5**

**Bestandsbereinigung nach § 323 SGB V;  
hier: Auswirkungen auf das Krankenkassenwahlrecht**

---

**Sachverhalt:**

Mit dem Gesetz zur Beitragsentlastung der Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versichertenentlastungsgesetz – GKV-VEG) werden u. a. Regelungen zur Bereinigung der im Bestand geführten freiwilligen Mitgliedschaften geschaffen. Nach § 323 Abs. 1 und 2 SGB V haben Krankenkassen ihren Mitgliederbestand zu überprüfen und zu bereinigen. Freiwillige Mitgliedschaften, die bei ihrer Begründung die Voraussetzungen einer obligatorischen Anschlussversicherung nach § 188 Abs. 4 Satz 1 SGB V erfüllt haben, sind rückwirkend aufzuheben, wenn seit der Begründung der Mitgliedschaft kein Kontakt zum Mitglied hergestellt werden konnte, für die Mitgliedschaft keine Beiträge geleistet wurden und das Mitglied sowie die familienversicherten Angehörigen keine Leistungen in Anspruch genommen haben.

Vor dem Hintergrund der mit der Bestandsbereinigung sowie der damit einhergehenden Aufhebung der betroffenen Mitgliedschaften entstehenden Unterbrechungszeiträume ist wiederholt die Frage gestellt worden, welche Auswirkungen sich auf die in der Vergangenheit bereits festgestellten Kassenzuständigkeiten ergeben.

Angesprochen sind Sachverhaltskonstellationen, in denen sich die in der Vergangenheit geführte und im Zuge der Bestandsbereinigung aufzuhebende obligatorische Anschlussversicherung bislang zwischen zwei Mitgliedschaften, in denen Versicherungspflicht bestand, einfügt. Die Mitgliedschaften schlossen sich bislang nahtlos aneinander an; ein Krankenkassenwahlrecht bei Eintritt der sich an die obligatorische Anschlussversicherung anschließenden erneuten Versicherungspflicht bestand folglich nicht (vgl. hierzu auch Ausführungen in den Grundsätzlichen Hinweisen zum Krankenkassenwahlrecht vom 22. November 2016, Abschnitt 4.3). Im Übrigen wurden derartige Sachverhalte in der Vergangenheit regelmäßig auch im Zuge des RSA-Clearingverfahrens aufgegriffen; soweit die Zeit der obligatorischen Anschlussversicherung erst nachträglich geklärt werden konnte, wurden in der Folge Mitgliedschaften respektive Kassenzuständigkeiten – teils unter Einbindung der zur Meldung verpflichteten Stellen – rückwirkend korrigiert.



Werden die von der Bestandsbereinigung nach § 323 Abs. 1 und 2 SGB V erfassten freiwilligen Mitgliedschaften nunmehr rückwirkend aufgehoben, entsteht ein Unterbrechungszeitraum; in der Folge bestünde bei rückwirkender Betrachtung mit Beginn der nachfolgenden Pflichtmitgliedschaft grundsätzlich doch ein Krankenkassenwahlrecht. Insbesondere in den Fällen, in denen im Rahmen des RSA-Clearingverfahrens angesichts der sich (bislang) nahtlos aneinanderreihenden Mitgliedschaften ein Krankenkassenwahlrecht zu Beginn der sich an die bisherige Zeit der obligatorischen Anschlussversicherung anschließenden Mitgliedschaft nicht bestand und in der Folge Kassenzuständigkeiten vor dem Hintergrund eines nicht rechtskonform ausgeübten Krankenkassenwahlrechts korrigiert wurden, stellt sich die Frage, ob das Recht zur Ausübung der Krankenkassenwahl und damit die bisherigen Entscheidungen zur Kassenzuständigkeit im Kontext der Bestandsbereinigung neu zu beurteilen ist.

**Ergebnis:**

1. In den Fallkonstellationen, in denen eine obligatorische Anschlussversicherung ursprünglich zwischen zwei Pflichtmitgliedschaften bei derselben Krankenkasse bestanden hat und durch die nachträgliche Stornierung der Zeiten der obligatorischen Anschlussversicherung nach § 323 Abs. 1 und 2 SGB V eine Lücke im Versicherungsverlauf entsteht, bedarf es keiner neuen Ermittlungsaktivitäten der Krankenkasse – und somit auch keiner weiteren Nachweisführung – im Hinblick auf die Zuständigkeit für die Zeiten der sich an die bisherige Zeit der obligatorischen Anschlussversicherung anschließenden Mitgliedschaft.
2. In den Fallkonstellationen, in denen eine obligatorische Anschlussversicherung ursprünglich zwischen zwei Pflichtmitgliedschaften bestanden hat und die freiwillige Mitgliedschaft und die nachfolgende Pflichtmitgliedschaft bei zwei verschiedenen Krankenkassen durchgeführt wurden, gilt Folgendes: Wurde das zu Beginn der sich an die bisherige Zeit der obligatorischen Anschlussversicherung anschließenden Mitgliedschaft ausgeübte Krankenkassenwahlrecht sowie die daraus resultierte Kassenzuständigkeit (beispielsweise) im Rahmen des RSA-Clearingverfahrens bereits rückabgewickelt, verbleibt es bei dieser rechtlichen Bewertung der Krankenkassenzuständigkeit auch dann, wenn die Zeiten einer obligatorischen Anschlussversicherung nach § 323 Abs. 1 und 2 SGB V aufgehoben werden.





3. In den Fallkonstellationen, in denen eine obligatorische Anschlussversicherung ursprünglich zwischen zwei Pflichtmitgliedschaften bestanden hat und die freiwillige Mitgliedschaft und die nachfolgende Pflichtmitgliedschaft bei zwei verschiedenen Krankenkassen durchgeführt wurden, gilt darüber hinaus Folgendes: Wurde noch keine Klärung (beispielsweise) im Rahmen des RSA-Clearingverfahrens herbeigeführt, ist – sofern die Mitgliedschaft im Zuge der Bestandsbereinigung aufzuheben ist – ein seitens des Mitglieds bereits ausgeübtes Krankenkassenwahlrecht zu Beginn der sich an die bisherige Zeit der obligatorischen Anschlussversicherung anschließenden Mitgliedschaft zu berücksichtigen.



Ergebnisniederschrift  
Fachkonferenz Beiträge  
20. November 2018



**Top 6**

**Bestandsbereinigung nach § 323 SGB V;**

**hier: Auswirkungen auf die Überprüfung der Voraussetzungen der Familienversicherung**

---

**Sachverhalt:**

Für die Feststellung der Voraussetzungen einer Familienversicherung obliegen den Krankenkassen konkrete Prüfpflichten, die im Einzelnen in den auf § 10 Abs. 6 SGB V basierenden Einheitlichen Grundsätzen zum Meldeverfahren bei Durchführung der Familienversicherung (Fami-Meldegrundsätze) in der jeweils aktuellen Fassung festgelegt sind.

Die Fami-Meldegrundsätze in der Fassung vom 2. Dezember 2015 sehen in § 3 vor, dass die Krankenkasse bei Kenntnis des Beginns einer Mitgliedschaft im Wege der Ersterhebung zu prüfen hat, ob und für welche Familienangehörige die Voraussetzungen für eine Familienversicherung gegeben sind. Für bestehende Familienversicherungen sind die Voraussetzungen nach § 4 Abs. 1 Fami-Meldegrundsätze jährlich bzw. für näher bezeichnete Personenkreise spätestens alle drei Jahre im Wege der Bestandspflege zu prüfen.

Bei einem Wiederbeginn der Familienversicherung nach einer vorangegangenen Unterbrechung sind die Voraussetzungen zur Durchführung der Familienversicherung grundsätzlich im Wege der Ersterhebung festzustellen. Dabei wird es vor allem aus Gründen der Verwaltungspraktikabilität für vertretbar und zulässig erachtet, wenn die Krankenkasse von der Feststellung im Rahmen der Ersterhebung absieht, sofern die Unterbrechung der Familienversicherung – in Anlehnung an die Monatsfrist nachgehender Leistungsansprüche nach § 19 Abs. 2 Satz 1 SGB V – nicht mehr als einen Monat umfasst, kein zwischenzeitlicher Wechsel zu einer anderen Krankenkasse stattgefunden hat und der Krankenkasse keine konkreten Anhaltspunkte vorliegen, dass nach der Unterbrechung die Voraussetzungen für die Familienversicherung nicht weiter vorliegen. Ob der Grund der Unterbrechung der Familienversicherung in der Person des Stammversicherten oder des Familienangehörigen selbst liegt, ist hierbei ohne Bedeutung. Die Prüfung der Voraussetzungen zur Durchführung der Familienversicherung vollzieht sich dann im Wege der Bestandspflege (vgl. Begründungsteil zu § 3 Abs. 1 Fami-Meldegrundsätze vom 2. Dezember 2015).

Mit dem Gesetz zur Beitragsentlastung der Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versichertenentlastungsgesetz – GKV-VEG) werden u. a. Regelungen zur Be-



**Ergebnisniederschrift  
Fachkonferenz Beiträge  
20. November 2018**



reinigung der im Bestand geführten freiwilligen Mitgliedschaften geschaffen. Nach § 323 Abs. 1 und 2 SGB V haben Krankenkassen danach ihren Mitgliederbestand zu überprüfen und zu bereinigen. Entsprechend § 323 Abs. 2 SGB V sind Zeiten einer freiwilligen Mitgliedschaft, die bei ihrer Begründung die Voraussetzungen nach § 188 Abs. 4 Satz 1 SGB V erfüllt haben, sowie die Zeiten einer davon abgeleiteten Familienversicherung rückwirkend aufzuheben, wenn seit der Begründung der Mitgliedschaft kein Kontakt zum Mitglied hergestellt werden konnte, für die Mitgliedschaft keine Beiträge geleistet wurden und das Mitglied sowie die familienversicherten Angehörigen keine Leistungen in Anspruch genommen haben.

In den Fällen, in denen eine obligatorische Anschlussversicherung zwischen zwei Mitgliedschaften, in denen Versicherungspflicht bestand, durchgeführt wurde, hat die Krankenkasse in der Vergangenheit die Feststellung der Voraussetzungen zur Durchführung der Familienversicherung im Wege der Ersterhebung entsprechend § 3 Abs. 1 Fami-Meldegrundsätze vom 2. Dezember 2015 zu Beginn der (hier: ersten) versicherungspflichtigen Mitgliedschaft vorgenommen. In der Folgezeit wurden die Voraussetzungen für das Fortbestehen der Familienversicherung im Wege der Bestandspflege entsprechend § 4 Abs. 1 Fami-Meldegrundsätze vom 2. Dezember 2015 geprüft.

In den Fällen, in denen im Zuge der Bestandsbereinigung nach § 323 Abs. 1 und 2 SGB V ein Unterbrechungszeitraum entsteht, wäre bei rückschauender – formaler – Betrachtung zu Beginn der (hier: zweiten) versicherungspflichtigen Mitgliedschaft die Familienversicherung im Wege der Ersterhebung entsprechend § 3 Abs. 1 Fami-Meldegrundsätze vom 2. Dezember 2015 zu prüfen gewesen.

Insoweit ist zu klären, ob die vorgenommene Prüfung der Voraussetzungen der Familienversicherung i. S. d. der Fami-Meldegrundsätze trotz des im Rahmen einer Bestandsbereinigung rückwirkend entstehenden Unterbrechungszeitraums weiterhin Bestand hat.

**Ergebnis:**

In den angesprochenen Sachverhaltskonstellationen ist von einer unverändert ordnungsgemäßen Prüfung der Voraussetzungen zur Durchführung der Familienversicherung seitens der Krankenkassen auszugehen. Die im Wege der Bestandsbereinigung nach § 323 Abs. 1 und 2 SGB V entstehende Unterbrechung des Versicherungsverlaufs führt nicht dazu, dass sich eine im Wege der Bestandspflege korrekt vollzogene Prüfung der Voraussetzungen zur Durchführung der Familienversicherung entsprechend § 4 Abs. 1 Fami-Meldegrundsätze vom



**Ergebnisniederschrift  
Fachkonferenz Beiträge  
20. November 2018**



2. Dezember 2015 im Kontext der Bestandsbereinigung als unzulänglich oder für den Nachweis entsprechender Versicherungszeiten als nicht ausreichend erweist.



Ergebnisniederschrift  
Fachkonferenz Beiträge  
20. November 2018



**Top 7**

**Weiterentwicklung des maschinellen Meldeverfahrens zwischen den Krankenkassen bei Durchführung der Familienversicherung**

---

**Sachverhalt:**

Auf der Grundlage des § 10 Abs. 6 Satz 2 SGB V hat der GKV-Spitzenverband einheitlich und verbindlich für alle Krankenkassen sowie für deren Mitglieder und ihre Familienangehörigen die Einheitlichen Grundsätze zum Meldeverfahren bei Durchführung der Familienversicherung (Fami-Meldegrundsätze) vom 28. Juni 2011 festgelegt. In § 9 Abs. 7 Satz 1 der Fami-Meldegrundsätze ist geregelt, dass ab dem 1. Januar 2014 das Mitteilungsverfahren zwischen den Krankenkassen nur noch durch gesicherte und verschlüsselte Datenübertragung erfolgen darf.

Die Verfahrensbeschreibung regelt die Umsetzung der Meldepflichten der Krankenkassen untereinander und umfasst alle Sachverhalte des Wechsels der Krankenkassenzuständigkeit, soweit die Durchführung einer Familienversicherung betroffen ist und sich die Verpflichtung zur Abgabe einer Meldung aus § 9 der Fami-Meldegrundsätze ergibt.

In der Fachkonferenz Beiträge am 7. November 2017 bestand zu Top 9 der Beratungsunterlagen Einvernehmen, die vorgebrachten Friktionen im Verfahren – Bestandsprüfungen im Datenaustausch –, die im Wesentlichen von technischen Fragestellungen geprägt sind, im Rahmen der technischen Arbeitsgruppe zum Fami-Meldeverfahren ergänzend zu erörtern.

Ergebnis der vorgenannten technischen Arbeitsgruppe war, die Verfahrensbeschreibung einschließlich der Anlage 5 in der Fassung vom 22. August 2013 um einen weiteren Bestandsfehler (F05) zu erweitern. Insoweit ist in den Fällen, in denen es bei der Übermittlung der KVNR zu einem Bestandsfehler kommt, weil die KVNR der aufnehmenden Krankenkasse von der abgebenden Krankenkasse abweicht, die Meldung mit dem Bestandsfehler „F05“ abzuweisen. Die Sachverhaltsaufklärung wird durch die aufnehmende Krankenkasse bilateral initiiert.

**Niederschrift  
Fachkonferenz Beiträge  
20. November 2018**



**Ergebnis:**

Die Besprechungsteilnehmer kommen überein, die Verfahrensbeschreibung für das maschinelle Meldeverfahren zwischen den Krankenkassen bei Durchführung der Familienversicherung nach Maßgabe der Fami-Meldegrundsätze einschließlich der Anlagen in der Version 3.0 in der vom 1. Januar 2020 an geltenden Fassung final zu verabschieden. Die aktualisierten Dokumente sind als Anlage beigefügt.

**Anlagen**





# **Verfahrensbeschreibung für das maschinelle Meldeverfahren zwischen den Krankenkassen bei Durchführung der Familienversicherung nach Maßgabe der Fami-Meldegrundsätze**

Stand: 20.11.2018  
Gültig ab: 01.01.2020  
Version: 3.0

## Inhaltsverzeichnis

1	Grundsätzliches	3
2	Verfahren bei den Krankenkassen	4
3	Verfahren bei den Datenannahmestellen der Krankenkassen	7
4	Inhalt spezieller Datenfelder	8
5	Anlagen	11

### Änderungsprotokoll - Verfahrensbeschreibung zum Datenaustausch Familienversicherung

Version	Status	Datum	Autor	Abschnitt	Erläuterung
3.0	Final	22.06.2018	GKV-SV	4.2.4 - Krankenversicherertennummer	Hinweis zum Verfahrensablauf bei abweichender KVNR
3.0	Final	22.06.2018	GKV-SV	Anlage 5 (Fehlerkatalog Bestandsprüfungen)	Aufnahme des Bestandsfehlers „F05“, Abweichende KVNR.

---

# 1 Grundsätzliches

---

Auf der Grundlage des § 10 Abs. 6 Satz 2 SGB V hat der GKV-Spitzenverband (Spitzenverband Bund der Krankenkassen) einheitlich und verbindlich für alle Krankenkassen sowie für deren Mitglieder und ihre Familienangehörigen die Einheitlichen Grundsätze zum Meldeverfahren bei Durchführung der Familienversicherung (Fami-Meldegrundsätze) vom

28. Juni 2011 in der jeweils geltenden Fassung festgelegt.

Nach § 9 Abs. 7 Satz 2 der Fami-Meldegrundsätze bestimmt der GKV-Spitzenverband den Aufbau des Datensatzes, notwendige Schlüsselzahlen und Angaben für die gesicherte und verschlüsselte Datenübertragung im Rahmen des Meldeverfahrens bei Durchführung der Familienversicherung.

Mit dieser Verfahrensbeschreibung wird das maschinelle Meldeverfahren zwischen den Krankenkassen bei Durchführung der Familienversicherung gemäß den Fami-Meldegrundsätzen in der jeweils geltenden Fassung näher erläutert.

Es wurde vereinbart, dass die Datenannahmestellen der Krankenkassen als Annahme- und Weiterleitungsstellen für alle per Datenaustausch übertragenen Meldungen fungieren. Der Übertragungsweg ist über die etablierten Wege und ausschließlich über die Weiterleitungsstellen der Krankenkassen vorzunehmen.

---

## 2 Verfahren bei den Krankenkassen

---

### 2.1 Voraussetzungen bei den Krankenkassen

#### 2.1.1 Allgemeines

Meldungen nach den Fami-Meldegrundsätzen dürfen nur durch gesicherte und verschlüsselte Datenübertragung abgegeben werden.

Die Verfahrensbeschreibung regelt die Umsetzung der Meldepflichten der Krankenkassen untereinander und umfasst alle Sachverhalte des Wechsels der Krankenkassenzuständigkeit, soweit die Durchführung einer Familienversicherung betroffen ist und sich die Verpflichtung zur Abgabe einer Meldung aus § 9 der Fami-Meldegrundsätze ergibt.

Voraussetzung für die Abgabe der Meldungen ist insbesondere, dass die Daten über die Angaben zum Versicherten maschinell aus dem Datenbestand der Krankenkasse hervorgehen und erstellt werden. Die Meldungen sind unverzüglich nach der Kenntnis des Beginns einer Mitgliedschaft oder des Hinzutritts eines Familienangehörigen bzw. Änderungen in der Familienversicherung oder nach Erhalt der zur Meldung verpflichteten Stelle vorzunehmen.

Der Übertragungsweg ist über die etablierten Wege und ausschließlich über die Datenannahmestellen der Krankenkassen vorzunehmen. Der Rückmeldeweg ist ebenfalls über die Datenannahmestellen der Krankenkassen durchzuführen (Näheres zum Übertragungsweg ist der Anlage 4 zu entnehmen).

Seit dem 1. Januar 2014 haben die Krankenkassen nach § 9 Abs. 7 Satz 1 der Fami-Meldegrundsätze das Meldeverfahren untereinander durch gesicherte und verschlüsselte Datenübertragung durchzuführen. Dies gilt auch für Zeiträume, die vor dem 1. Januar 2014 liegen. Mithin ist eine Verwendung von Papiermeldungen nicht mehr zulässig. Davon abweichend sind Anfragen, die vor dem 1. Januar 2014 bei den Krankenkassen in Papierform eingegangen sind, in Papierform zu beantworten.

#### 2.1.2 Datenübermittlung

Für die Datenübermittlung zwischen den Krankenkassen und den Datenannahmestellen ist der nachstehende Datensatz

- Datensatz Meldungen nach den Fami-Meldegrundsätzen (DSFM) zu verwenden.

Die Datensätze sind entsprechend der Anlage 1 dieser Verfahrensbeschreibung aufzubauen und über die Datenannahmestellen unter Beibehaltung der Verfahrenskennung „MFV“ im Auftragssatz der jeweiligen Krankenkasse zu übermitteln. Dabei ist auf eine lückenlose, aufsteigende Dateinummernfolge zu achten. Bei Kassenfusionen ist nach erfolgter technischer Fusion stets die Rechtsnachfolger-BBNR zu adressieren.

Vor der maschinellen Übermittlung von Meldungen ist von den Krankenkassen programmseitig sicherzustellen, dass erstellte, aber noch nicht übermittelte Datensätze, die bereits wieder programmintern storniert wurden, also in sich überholt sind, nicht an die Datenannahmestelle der zuständigen Krankenkasse geliefert werden.

Für die Übermittlung der Daten sind die „Gemeinsamen Grundsätze Technik gemäß § 95 SGB IV“ in der jeweils geltenden Fassung zu beachten.

### **2.1.3 Verwendungsregeln für die Datensätze und Datenbausteine**

Die Übermittlung beginnt mit dem Vorlaufsatz (VOSZ) an die Datenannahmestelle. Die Reihenfolge der Datenbausteine muss identisch sein mit der Reihenfolge der Merkmale im DSFM. Für jede Meldung ist ein separater Datensatz (DSFM) zu verwenden. Als letzter Datensatz folgt der Nachlaufsatz (NCSZ). Die Datensätze und Datenbausteine sind unverändert in der Kassenbestandssoftware zu verarbeiten und bei der Beantwortung ebenso unverändert zurückzumelden.

### **2.1.4 Stornierung von maschinellen Meldungen, Korrektur fehlerhaft übermittelter Daten**

Datensätze sind zu stornieren, wenn sie nicht zu erstatten waren oder die Krankenkasse von sich aus feststellt, dass sie inhaltlich falsche Daten (unzutreffende Angaben) geliefert hat. Bei unzutreffenden Angaben storniert die Krankenkasse den bereits übermittelten Datensatz mit dem Stornierungsmerkmal und erstellt zusätzlich einen neuen Datensatz mit den richtigen Werten.

Bei Stornierung einer bereits übermittelten Meldung ist der Datensatz Meldungen nach den Fami-Meldegrundsätzen (DSFM) mit den ursprünglich übermittelten Daten und dem Kennzeichen „Stornierung“ zu übermitteln. Im Datensatz Meldungen nach den Fami-Meldegrundsätzen (DSFM) sind die Daten im Feld „DATUM-ERSTELLUNG“; Zeitpunkt der Erstellung des Datensatzes und ggf. im Feld „BBNR-ABSENDER“ bzw. im Feld „BBNR-EMPFAENGER“ zu aktualisieren.

Eine Stornierungsmeldung hebt alle vorherigen, inhaltsgleichen Meldungen (Ursprungsmeldung und Erinnerungen) auf.

Wird eine Meldung an eine unzuständige Krankenkasse übermittelt, hat diese ihre Unzuständigkeit dem im Datensatz aufgeführten Ansprechpartner per E-Mail mitzuteilen. Die bereits abgegebene Meldung verbleibt bei der unzuständigen Krankenkasse; sie bedarf keiner Stornierung. Ab 01.01.2017 ist ein Bestandsfehler gemäß der Anlage 5 zu melden. Eine erneute Übermittlung einer Erstanfrage hat nach weiterer Ermittlung an die zuständige Krankenkasse zu erfolgen.

### **2.1.5 Erinnerungsverfahren**

Für den Fall, dass die bisher zuständige Krankenkasse auf die Meldungen der zuständig gewordenen Krankenkasse nach § 9 Abs. 3 oder Abs. 6 Satz 1 der Fami-Meldegrundsätze nicht rechtzeitig reagiert, ist ein Erinnerungsverfahren vorgesehen. Einheitliche Fristen für die Erinnerungsmeldungen sind nicht festgelegt; die Ausgestaltung hierzu verbleibt bei den einzelnen Krankenkassen. In diesem Zusammenhang können die Krankenkassen auch festlegen, ob sie für die Anforderung der Rückmeldungen nach § 9 Abs. 4 der Fami-Meldegrundsätze einerseits und nach § 9 Abs. 6 Satz 2 der Fami-Meldegrundsätze andererseits unterschiedliche Erinnerungsfristen vorsehen.

Bei Erinnerung einer bereits übermittelten Meldung nach den Fami-Meldegrundsätzen ist der ursprüngliche Datensatz Meldungen nach den Fami-Meldegrundsätzen (DSFM) mit den übermittelten Daten und dem Kennzeichen „Erinnerung einer bereits abgegebenen Meldung“ erneut zu übermitteln. Im DSFM bleiben die Daten im Feld „DATUM- ERSTELLUNG“; Zeitpunkt der Erstellung des Datensatzes und im Feld „BBNR-ABSENDER“ bzw. im Feld „BBNR-EMPFAENGER“ unverändert (mit Ausnahme bei Kassenfusionen, hier können „BBNR-ABSENDER“ und „BBNR-EMPFAENGER“ ggf. abweichen).

### **2.1.6 Umgang mit den von der Datenannahmestelle abgewiesenen Datensätzen**

Werden Mängel nach den Fehlerprüfungen der Anlage 1 festgestellt, die eine ordnungsgemäße Übernahme der Daten beeinträchtigen, wird die Übernahme der Daten durch die Datenannahmestelle ganz oder teilweise abgelehnt. Die Krankenkasse muss eine erneute Übermittlung der zurückgewiesenen Daten nach deren Korrektur vornehmen.

## **2.2 Aufbau und Prüfung der Meldungen**

Für die Übermittlung der Meldungen hat der GKV-Spitzenverband Datenprüfungen festgelegt, die von den Datenannahmestellen der Krankenkassen vorzunehmen sind. Darüber hinaus wurden Bestandsfehler definiert, die von den Krankenkassenbestandssystemen im Rahmen des Bestandsfehlerverfahrens zu nutzen sind.

Der Inhalt der Datenprüfungen ergibt sich im Einzelnen aus den nachfolgenden Beschreibungen sowie den Beschreibungen der Feldprüfungen (siehe Anlage 1) im DSFM und den Datenbausteinen:

- DBAN-Anschrift
- DBNA-Name
- DBZT-Zeiten
- DBAP-Ansprechpartner
- DBBF - Bestandsfehler (ab 1. Januar 2017)
- DBFE-Fehler.

## **2.3 Bestandsprüfungen**

Ab dem 1. Januar 2017 sind Bestandsprüfungen vorgesehen. Dabei gleicht die empfangende Krankenkasse die übermittelten Meldeinhalte der absendenden Krankenkasse („ABGABE-GRUND“ „01“ oder „03“) mit den in ihrem Bestand gespeicherten Daten ab. Werden Bestandsfehler festgestellt, ist die Meldung abzuweisen und an die absendende Krankenkasse mit dem Datenbaustein DBBF zurück zu melden. Im Feld „ART-DER-MELDUNG“ im DSFM ist das Kennzeichen „B“ – Bestandsfehler zu setzen und der DSFM mit den ursprünglich übermittelten Daten und dem DBBF zurück zu melden. Die Bestandsfehler sind ebenfalls über den im maschinellen Fami-Meldeverfahren etablierten Transferweg zu melden. Die Felder „BBNR-ABSENDER“ und „BBNR-EMPFAENGER“ im DSFM sind im Falle eines Bestandsfehlers zu tauschen.

Eine abgewiesene Meldung wird nicht in den Datenbestand des Empfängers übernommen. Dieser ist jedoch berechtigt, die abgewiesene Meldung anzeigbar vorzuhalten, um in Einzelfällen das Meldeverhalten nachvollziehen und den Vorgaben analog des § 98 Abs. 1 Satz 3 SGB IV gerecht werden zu können.

## **3 Verfahren bei den Datenannahmestellen der Krankenkassen**

---

### **3.1 Allgemeines**

Die Krankenkassen versenden Meldungen nach den Fami-Meldegrundsätzen, welche durch Datenübertragung an die Datenannahmestellen der Krankenkassen zu übermitteln sind.

### **3.2 Prüfung der Meldungen**

#### **3.2.1 Allgemeines**

Die Datenannahmestellen prüfen die übermittelten Daten. Der Inhalt der Fehlerprüfungen ergibt sich im Einzelnen aus der Anlage 1.

#### **3.2.2 Weiterleitung der Meldungen**

Die Datensätze sind von der Datenannahmestelle an die zuständige Krankenkasse zu übermitteln. Vor der Datenübermittlung sind die Daten mit dem einheitlichen Kernprüfprogramm zu prüfen. Fehlerhafte Meldungen sind nicht an die zuständige Krankenkasse weiterzuleiten, sondern mit den Fehlertexten des einheitlichen Kernprüfprogrammes abzuweisen. Das Meldeverfahren Familienversicherung ist zwischen den einzelnen Datenannahmestellen analog dem Meldeverfahren „KV-KV“ im Datenaustausch KVdR zu realisieren.

### **3.3 Fehlerbehandlung**

#### **3.3.1 Fehlerhafte Dateien**

Die Prüfung der Dateien erstreckt sich auf den Dateiaufbau sowie den Inhalt des Vorlauf- und Nachlaufsatzes. Werden dabei Mängel festgestellt, die die ordnungsgemäße Übernahme der Daten beeinträchtigen, ist die Datei unverarbeitet zurückzuweisen.

#### **3.3.2 Fehlerhafte Datensätze**

Fehlerhafte Datensätze werden mit der Fehlerkennzeichnung (FEKZ = 1) zurückgegeben. Hierzu wird der geprüfte Datensatz in seiner bisherigen Form mit der Kennung „FEKZ = 1“ und der Anzahl der Fehlernummern (FEAN) unter Angabe der einzelnen Fehlernummern im variablen Teil des Datensatzes an den ursprünglichen Absender zurückgesandt. Die Daten zur Steuerung sind zu verändern, indem die „BBNR-ABSENDER“ und „BBNR-EMPFAENGER“ getauscht werden.

## 4 Inhalt spezieller Datenfelder

### 4.1 Allgemeines

Nachfolgend wird beschrieben, welche Inhalte in speziellen Feldern des Datensatzes „DSFM“ sowie des Datenbausteines-Zeiten „DBZT“ und des Datenbausteines Bestandsfehler „DBBF“ von den Krankenkassen erwartet werden. Felder, die zur Kennung/Stornierung bzw. Erinnerung der Datenbausteine dienen, sowie Reservfelder werden nicht näher beschrieben.

### 4.2 DSFM

#### 4.2.1 Abgabegrund

171-172	002	n	M	ABGABEGRUND AGGD	Grund der Abgabe <b>01</b> = Mitgliedschaft/FAMI neue Kasse – Vorkasse FAMI <b>02</b> = Rückmeldung Vorkasse – Ende FAMI <b>03</b> = voraussichtlich FAMI neue Kasse – Vorkasse Mitglied <b>04</b> = Rückmeldung Vorkasse – Ende Mitgliedschaft
---------	-----	---	---	---------------------	---

In diesem Feld ist der Grund für die Übermittlung der Daten anzugeben. Die Abgabegründe ergeben sich aus § 9 Abs. 3 bis 6 der Fami-Meldegrundsätze. Eine Meldung mit Grund der Abgabe „01“ ist nicht abzugeben, wenn die Familienversicherung bei der bisher zuständigen Krankenkasse aus der gleichen Stammversicherung abgeleitet wurde, wie bei der zuständig gewordenen Krankenkasse (vgl. § 9 Abs. 3 Satz 2 der Fami-Meldegrundsätze). Eine Meldung mit Grund der Abgabe "03" ist nicht abzugeben bei Beendigung der Mitgliedschaft von Personen, die nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V oder freiwillig versichert waren (vgl. § 9 Abs. 6 Satz 4 der Fami-Meldegrundsätze).

#### 4.2.2 Art der Meldung

181-181	001	an	M	ART-DER-MELDUNG AT-ME	Kennzeichen der Meldung: <b>M</b> = Meldung <b>S</b> = Stornierung <b>E</b> = Erinnerung <b>B</b> = Bestandsfehler
---------	-----	----	---	--------------------------	--

Im Datensatz ist jeweils kenntlich zu machen, ob es sich um eine „Meldung = M“ (die bisher zuständige und die zuständig gewordene Krankenkasse nutzen dieses Kennzeichen gleichermaßen), um eine „Stornierung = S“ (diese Funktion steht ebenfalls beiden Krankenkassen zur Verfügung), um eine „Erinnerung = E“ (diese Funktion steht ausschließlich der zuständig gewordenen Krankenkasse zur Verfügung) oder um einen „Bestandsfehler“ = B (diese Funktion steht ausschließlich der abgebenden Krankenkasse zur Verfügung) handelt. Bezüglich der Erinnerung wird auf Abschnitt 2.1.5 und der Bestandsfehler auf Abschnitt 2.3 verwiesen.



### 4.2.3 Aktenzeichen Krankenkasse

091-102	012	an	K	AKTENZEICHEN-KK-MELDUNG AZ-KK-MEL	Dieses Feld steht der zuständig gewordenen Krankenkasse zur freien Verfügung
103-114	012	an	K	AKTENZEICHEN-KK-RÜCKMELDUNG AZ-KK-RUECK	Dieses Feld steht der bisher zuständigen Krankenkasse zur freien Verfügung

In diesen Feldern kann der Ordnungsbegriff der Krankenkasse eingegeben werden, unter dem der Familienversicherte kassenintern geführt wird (nicht die Krankenversicherungsnummer nach § 290 SGB V). Sofern die zuständig gewordene Krankenkasse das Feld „AKTENZEICHEN-KK-MELDUNG“ (Stellen 091-102) mit den Werten belegt hat, muss dieses Datenfeld bei der Rückmeldung der bisher zuständigen Krankenkasse dieselben Werte enthalten.

### 4.2.4 Krankenversicherungsnummer gem. § 290 SGB V

182-191	010	an	M	KVNR KVNR	Krankenversicherungsnummer gem. § 290 SGB V (10 Stellen linksbündig mit nachfolgenden Leerzeichen)
---------	-----	----	---	--------------	---

Kommt es bei der Übermittlung der KVNR zu einem Bestandsfehler, weil die KVNR der aufnehmenden Krankenkasse von der der abgebenden Krankenkasse abweicht, ist die Meldung mit dem Bestandsfehler "F05" abzuweisen. In diesem Fall wird die Sachverhaltsaufklärung durch die aufnehmende Krankenkasse bilateral initiiert.

## 4.3 DBZT

### 4.3.1 Versichert bis

005-012	008	n	m	VERSICHERT-BIS VERS-BIS	Datum, bis wann die Versicherung bestand <b>jhjmmmtt</b>
---------	-----	---	---	----------------------------	---

In diesem Feld ist das Datum anzugeben, zu dem die Familienversicherung oder Mitgliedschaft bei der bisher zuständigen Krankenkasse endet. Die Grundlage für die Übermittlung des Ende-Datums bildet § 9 Abs. 4 und 6 Satz 2 der Fami-Meldegrundsätze. Das Versichertenverzeichnis (§§ 288, 289 SGB V) ist unverzüglich nach Eingang der Meldung nach § 9 Abs. 3 der Fami-Meldegrundsätze zu aktualisieren. Die Mussangabe unter Bedingungen „m“ ergibt sich aus dem „ABGABE-GRUND“ im DSFM (Stellen 171-172).

### 4.3.2 (voraussichtlich) Versichert ab

013-020	008	n	m	VERSICHERT-SEIT VERS-SEIT	Datum, ab wann die Versicherung besteht <b>jhjmmmtt</b>
---------	-----	---	---	------------------------------	--

In diesem Feld ist das Datum anzugeben, ab dem die Familienversicherung oder Mitgliedschaft bei der zuständig gewordenen Krankenkasse (bezüglich der Familienversicherung voraussichtlich) beginnt. Die Grundlage für die Übermittlung des Beginn-Datums bildet § 9 Abs. 3 und 6 Satz 1 der Fami-Meldegrundsätze. Die Mussangabe unter Bedingungen „m“ ergibt sich aus dem „ABGABEGRUND“ im DSFM (Stellen 171-172).

## 4.4 DBBF

### 4.4.1 Bestandsfehler

021-092	072	an	M	BESTANDS-FEHLER BF	Fehlernummer des Bestandsfehlers plus 1 Leerzeichen plus Fehlertext
---------	-----	----	---	-----------------------	--

In diesem Feld ist der Grund des Bestandsfehlers gemäß Anlage 5 anzugeben. Wird bei der maschinellen Verarbeitung einer Meldung mit dem Abgabegrund „01“ oder „03“ („ABGABEGRUND“ Stellen 171-172 im DSFM) ein Bestandsfehler bei der abgebenden Krankenkasse festgestellt, ist der Datensatz Meldungen nach dem Fami-Meldegrundsätzen (DSFM) mit den unveränderten Ursprungsdaten, ergänzt um den Datenbaustein Bestandsfehler (DBBF) mit den festgestellten Bestandsfehlern innerhalb von drei Arbeitstagen der aufnehmenden Krankenkasse zurückzumelden.

---

## 5 Anlagen

---

1. Datensätze und Datenbausteine für die Meldungen nach den Fami-Meldegrundsätzen
2. Fehlerkatalog Datenaustausch Familienversicherung
3. Schlüsselzahlen für die Abgabegründe
4. Beschickung der Verfahrensmerkmale, Betriebsnummern und Datumsangaben
5. Fehlerkatalog Bestandsprüfungen

## Anlage 5 - Fehlerkatalog Bestandsprüfungen

Stand:	20.11.2018
Gültig ab:	<u>01.01.2020</u>
Version:	<u>3.0</u>

## Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Hinweise / Erläuterungen .....</b>	<b>3</b>
----------	---------------------------------------	----------

---

# 1 Hinweise / Erläuterungen

---

Aufbau der Bestandsfehlernummer:

Stellen 01 – 04                      Kennzeichen des Datensatzes / Datenbausteins, in dem ein fehlerhafter Sachverhalt aufgetreten ist.

Stellen 05 – 05                      Kennzeichen das es sich um einen Bestandsfehler handelt.

F                      Bestandsfehler FAMI

Stellen 06 – 07                      Fehlernummer

Die Fehlerprüfung wird nach mehr als 8 erkannten Bestandsfehlern abgebrochen.

Verfahren	Kennung	Nummer	Kurztext	Langtext
MFV	DSFM	F01	Abgabegrund passt nicht zum Versichertenbestand	Der übermittelte Abgabegrund weicht vom geführten Versichertenbestand ab.
MFV	DSFM	F02	Keine Versicherung feststellbar	Zur übermittelten Meldung ist keine Versicherung feststellbar.
MFV	DSFM	F03	Fehlende Erstanfrage	Zur übermittelten Erinnerung fehlt die Erstanfrage.
MFV	DSFM	F04	Erstanfrage bereits beantwortet	Die Erstanfrage wurde bereits beantwortet.
MFV	DSFM	F05	Abweichende KVNR	Die übermittelte KVNR weicht vom Bestand der abgebenden Kasse ab.