

Zahlstellenverfahren

Das Thema Versorgungsbezüge gewinnt immer mehr an Bedeutung. Dadurch werden viele Unternehmen (auch kleinere) zur Zahlstelle. Mit der Funktion als Zahlstelle müssen Sie einige Pflichten und besondere Regelungen beachten. Wir zeigen Ihnen, was für Sie als Arbeitgeber dabei wichtig ist und wie das Verfahren funktioniert.

Inhaltsverzeichnis

1. Zahlstellenmeldungen über Versorgungsbezüge	1	8.1 Meldung der Zahlstelle an eine unzuständige Krankenkasse	8
2. Wann müssen Sie Beiträge berechnen?	2	8.2 Anteiliger Ausschlusstatbestand	8
3. Wie werden die Beiträge berechnet?	3	8.3 Waisenleistungen	9
4. Wie werden die Beiträge gezahlt?	4	Sie möchten das Beratungsblatt (noch einmal) herunterladen? Sie finden es hier: firmenkunden.tk.de , Suchnummer 2033348 .	
4.1 Fälligkeit der Beiträge	4		
4.2 Nachzahlung von Versorgungsbezüen	4		
4.3 Abgabetermin der Beitragsnachweise	5		
5. Wie prüfen die Krankenkassen die Beitragszahlung?	5	1. Zahlstellenmeldungen über Versorgungsbezüge	
6. Maschinelles Zahlstellen-Meldeverfahren	5	Damit Sie Ihrer Meldeverpflichtung nachkommen können, müssen Ihnen ehemalige Beschäftigte angeben, bei welcher Krankenkasse diese Mitglied sind.	
6.1 Beginnmeldung (Grund 1)	5		
6.2 Änderungsmeldung (Grund 2)	5		
6.3 Endemeldung (Grund 3)	6		
6.3.1 Wechsel des Abrechnungsprogramms	6		
6.3.2 Absendernummer = ABSN	6		
6.4 Pseudo-Änderungsmeldung	6		
6.5 Vorabbescheinigung (Grund 5)	7		
7. Freibetrag seit Januar 2020	7	Tipp: Einen Musterbogen für die Erklärung der Versicherten („Erklärung Kassenzugehörigkeit Versorgungsempfänger“) finden Sie unter firmenkunden.tk.de , Suchnummer 2034480 .	
8. Änderungen im Zahlstellen-Meldeverfahren seit 2024	8		

Als Zahlstelle geben Sie eine maschinelle **Zahlstellenmeldung** ab. Dabei melden Sie diese Sachverhalte an die Krankenkasse der Versorgungsempfänger:innen:

- 1 – Bewilligung/Beginn des Versorgungsbezugs / der Kapitalleistung
- 2 – Änderung des laufenden Versorgungsbezugs
- 3 – Ende des laufenden Versorgungsbezugs
- 5 – Vorabbescheinigung

Wichtig: Auch bei quartalsweisen oder jährlichen Auszahlungen des Versorgungsbezugs, müssen Sie den **monatlichen Zahlbetrag** melden – mit einer Beginnmeldung (**Grund 1**) oder bei Änderungen mit einer Änderungsmeldung (**Grund 2**).

Rückmeldungen der Krankenkasse

Nach Ihrer Zahlstellenmeldung erhalten Sie von der Krankenkasse diese Angaben:

- Beginn der Beitragspflicht
- Information zur Beitragsabführung
- Höhe des maximal beitragspflichtigen Betrags (VB-max – Berücksichtigung der Beitragsbemessungsgrenze)
- Ende der Beitragspflicht

Bei einem **Mehrfachbezug von Versorgungsbezügen** erhalten Sie für Meldezeiträume seit dem 1. Januar 2020 die Meldung, ob bei einer betrieblichen Altersversorgung Anspruch auf einen Freibetrag besteht. Bei einer anteiligen Berücksichtigung erhalten Sie zusätzlich die Information, wie hoch der Freibetrag ist.

Für privatversicherte Versorgungsempfänger:innen müssen **keine** Meldungen an die Krankenkasse erstellt werden.

Zahlstellennummer

Für die Zahlstellenmeldungen und die Abgabe der Beitragsnachweise brauchen Sie eine

Zahlstellennummer (vergleichbar der Betriebsnummer für Beschäftigte).

Die Zahlstellennummer wird vom GKV-Spitzenverband einheitlich vergeben und muss elektronisch beantragt werden. Daraufhin erfolgt die Vergabe der Zahlstellennummer durch die ITSG GmbH.

Die Zahlstellennummer ist bei allen Krankenkassen gültig. Nach Vergabe der Zahlstellennummer erhält die Zahlstelle eine schriftliche Bestätigung.

Elektronisch beantragen Sie die Zahlstellennummer mit Hilfe einer maschinellen Ausfüllhilfe oder mit einem Abrechnungsprogramm.

Weitere Infos finden Sie unter firmenkunden.tk.de, Suchnummer **2030448**.

2. Wann müssen Sie Beiträge berechnen?

Die Zahlstellen berechnen die Beiträge aus Versorgungsbezügen für **versicherungspflichtige Mitglieder** einer Krankenkasse.

Für **freiwillig Versicherte** müssen Sie **keine** Beiträge berechnen. Sie erhalten dazu eine Rückmeldung von der Krankenkasse auf Ihre Zahlstellenmeldung.

Bezieht das Mitglied Versorgungsbezüge von mehreren Zahlstellen? Dann erhalten die Zahlstellen in der Rückmeldung der Krankenkasse Informationen zur Beitragspflicht, zum Freibetrag oder auch ggf. zum VB-max, wenn ein Versorgungsbezug nur noch anteilig beitragspflichtig ist.

Wenn Sie Versorgungsbezüge kapitalisierend auszahlen, müssen Sie hierfür keine Beiträge an die Krankenkasse abführen. Diese Kapitalleistung melden Sie **elektronisch** mit einer **Beginnmeldung** an die Krankenkasse (Grund 1).

Wichtig: Hierzu erhalten Sie **keine** Rückmeldung von der Krankenkasse.

3. Wie werden die Beiträge berechnet?

Diese Faktoren sind für die Beitragsberechnung maßgeblich:

- monatlicher **Bruttobetrag des Versorgungsbezugs**
- **Beitragssatz** der Kranken- und Pflegekasse sowie **kassenindividueller Zusatzbeitragssatz**
- **Beitragsobergrenze** (VB-max, den die Krankenkasse mitteilt)
- **Beitragsuntergrenze** (2026 sind Bezüge bis zu 197,75 Euro monatlich beitragsfrei),
- **Freibetrag** für alle Betriebsrenten von 197,75 Euro seit dem 1. Januar 2026.

Beispiel 1: 250 Euro Betriebsrente

Herr Ahrens erhält von seinem ehemaligen Arbeitgeber eine Betriebsrente von monatlich **250 Euro**.

Aktuelle Beitragssätze 2026:

Beitragssatz Krankenversicherung	14,6 %
TK-Zusatzbeitragssatz	2,69 %
Beitrag zur Pflegeversicherung (inkl. Beitragszuschlag für Kinderlose von 0,6 Prozent)	4,2 %

- Die TK teilt der Zahlstelle mit, dass die Betriebsrente beitragspflichtig ist.
- Es besteht Anspruch auf den Freibetrag in der Krankenversicherung von 197,75 Euro.

Der beitragspflichtige Anteil der Betriebsrente in der Krankenversicherung beträgt daher **52,25 Euro** (250 Euro - 197,75 Euro).

Berechnung

Beitrag Krankenversicherung ab Januar 2026:

$$\frac{52,25 \text{ Euro} \times 14,6}{100} = 7,63 \text{ Euro}$$

TK-Zusatzbeitrag:

$$\frac{52,25 \text{ Euro} \times 2,69}{100} = 1,41 \text{ Euro}$$

Beitrag Pflegeversicherung:

$$\frac{250 \text{ Euro} \times 4,2}{100} = 10,50 \text{ Euro}$$

Gesamtbeitrag: 19,53 Euro

Wichtig: Bei Einmalzahlungen (z. B. Weihnachtsgeld) erfolgt keine Rückrechnung auf vergangene Monate wie bei Einmalzahlungen für Beschäftigte. Diese gibt es bei Versorgungsbezieher:innen nicht.

Beispiel 2: 1.800 Euro Betriebsrente

Herr Behrens erhält von seinem ehemaligen Arbeitgeber eine Betriebsrente von monatlich **1.800 Euro**.

Beitragssatz Krankenversicherung 14,6 %

TK-Zusatzbeitragssatz 2,69 %

Beitragssatz Pflegeversicherung
(inkl. Beitragszuschlag für Kinderlose von 0,6 Prozent) 4,2 %

- Als Beitragsobergrenze (VB-max) hat die TK einen Betrag von **1.500 Euro** ermittelt und der Zahlstelle gemeldet.
- Der Freibetrag in der Krankenversicherung von 197,75 Euro wird vom Zahlbetrag der Betriebsrente von 1.800 Euro abgezogen (1.800 Euro - 197,75 Euro = 1.602,25 Euro).

- Da das Ergebnis den VB-max von 1.500 Euro übersteigt, hat der Freibetrag **keine** Auswirkung auf die Beiträge.

Das bedeutet: Der Zahlbetrag muss auf den VB-max 1.500 Euro gekürzt werden.

Berechnung

Beitrag Krankenversicherung ab Januar 2026:

$$\frac{1.500 \text{ Euro} \times 14,6}{100} = 219,00 \text{ Euro}$$

TK-Zusatzbeitrag:

$$\frac{1.500 \text{ Euro} \times 2,69}{100} = 40,35 \text{ Euro}$$

Beitrag Pflegeversicherung:

$$\frac{1.500 \text{ Euro} \times 4,2}{100} = 63,00 \text{ Euro}$$

Gesamtbeitrag: 322,35 Euro

Ermittlung der Beitragsobergrenze (VB-max)

Beitragsbemessungsgrenze (BBG) = 5.812,50 Euro (2026)



Beispiel 3: 100 Euro Betriebsrente

Frau Wolf erhält von ihrem ehemaligen Arbeitgeber eine Betriebsrente von monatlich **100 Euro**. Der Zahlbetrag übersteigt die Beitragsuntergrenze für 2026 (197,75 Euro) nicht. Der Versorgungsbezug ist **beitragsfrei**.

4. Wie werden die Beiträge gezahlt?

Als Zahlstelle müssen Sie der Krankenkasse die einbehaltenen Beiträge mit einem **Beitragsnachweis** mitteilen – analog dem maschinellen Beitragsnachweisverfahren für Beschäftigte.

4.1 Fälligkeit der Beiträge

Die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung aus Versorgungsbezügen werden am **15. des Folgemonats der Auszahlung** fällig. Das bedeutet, dass die Beiträge zu diesem Zeitpunkt bereits auf dem Konto der Krankenkasse eingegangen sein müssen.

4.2 Nachzahlung von Versorgungsbezügen

Zahlen Sie Versorgungsbezüge für vergangene Abrechnungszeiträume nach? Dann verwenden Sie für die Berechnung der Beiträge die Beitragssätze und die Rechengrößen, die für die jeweiligen Abrechnungszeiträume gelten – also z. B. die Beitragsbemessungsgrenze bzw. den VB-max.

Es ist eine Nachzahlung im Sinne des § 229 Abs. 2 SGB V in Verbindung mit § 228 Abs. 2 Satz 2 SGB V, wenn dies zutrifft:

- Laufende oder einmalige Versorgungsbezüge **ändern sich rückwirkend** (z. B. bei Dynamisierungen oder Erhöhungen der Ruhegehälter im öffentlichen Dienst).
- Laufende Versorgungsbezüge **beginnen rückwirkend** oder werden **rückwirkend erstmalig bewilligt**.

In der Regel behalten Sie die Beiträge ein, die auf nachgezahlte Versorgungsbezüge entfallen und führen diese an die Krankenkasse ab.

Die aus der Nachzahlung resultierenden Beiträge werden im Beitragsnachweis des Auszahlungsmonats von der Zahlstelle ausgewiesen.

4.3 Abgabetermin der Beitragsnachweise

Als Zahlstelle müssen Sie die Beitragsnachweise per Datenübermittlung an die Krankenkasse schicken – **spätestens 2 Arbeitstage bevor die Beiträge fällig werden.**

5. Wie prüfen die Krankenkassen die Beitragszahlung?

Die Krankenkassen überwachen die Beitragszahlung und die Einhaltung der Meldepflichten mit regelmäßigen Prüfungen. Diese finden – wie auch die Betriebsprüfungen durch die Rentenversicherungsträger – **spätestens alle 4 Jahre** statt, also innerhalb der gesetzlichen Verjährungsfrist.

Welche Krankenkasse die Prüfung durchführt, stimmen die Kassen untereinander ab. Vor der Prüfung erhalten Sie eine Mitteilung.

6. Maschinelles Zahlstellen-Meldeverfahren

Versorgungsbezüge und Pensionen sind rentenähnliche Einnahmen. Für sie besteht sowohl eine **Beitragspflicht** als auch eine **Meldepflicht** nach § 202 SGB V.

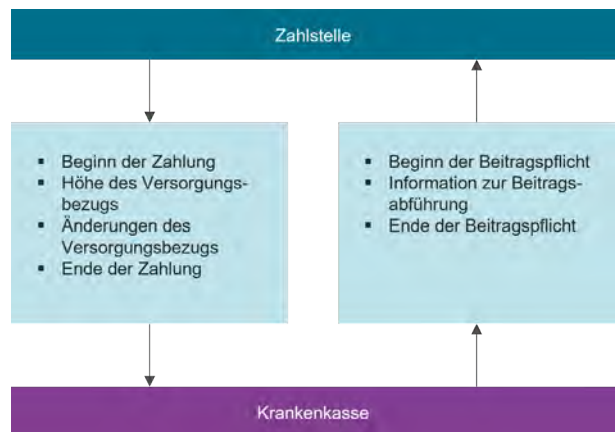
Jede **Änderung** des Versorgungsbezugs muss von der Zahlstelle an die Krankenkasse gemeldet werden.

Zur maschinellen Übermittlung einer Zahlstellenmeldung nutzen Sie:

- ein Abrechnungsprogramm oder
- eine zertifizierte Ausfüllhilfe wie das SV-Meldeportal

Mehr zum SV-Meldeportal finden Sie unter: firmenkunden.tk.de, Suchnummer **2150298**.

Meldevorgänge



6.1 Beginnmeldung (Grund 1)

Melden Sie der zuständigen Krankenkasse die **Bewilligung und den Beginn** eines Versorgungsbezugs.

Kapitalleistungen:

- **Kapitalisierende Auszahlung von Versorgungsbezügen:** Meldepflichtig ist der gesamte Brutto-Auszahlungsbetrag.
- **Ratenweise Auszahlung:** Meldepflichtig ist der gesamte Brutto-Auszahlungsbetrag inklusive der Verzinsung und Anhebungsbeträge, wenn sie bei der Auszahlung bereits feststehen. Der Auszahlungszeitpunkt ist dabei der Tag der 1. Rate.

6.2 Änderungsmeldung (Grund 2)

Die Änderung eines **laufenden Versorgungsbezugs** melden Sie mit Grund 2 an die Krankenkasse.

Eine Änderung liegt vor, wenn sich **zuvor gemeldete Daten** zu einem laufenden Versorgungsbezug geändert haben.

Eine Änderungsmeldung geben Sie auch dann ab, wenn Sie eine **Einmalzahlung** auszahlen (z. B. Weihnachtsgeld) und sich der Betrag des Versorgungsbezugs dadurch erhöht.

Vorgehen bei Einmalzahlungen

- Sie geben dann für den Monat, in dem Sie die Einmalzahlung gewähren die Änderungsmeldung mit der Summe des monatlich laufenden Versorgungsbezugs und der Einmalzahlung ab.
- Ab dem Folgemonat melden Sie wieder den monatlich laufenden Versorgungsbezug.
- Beide Meldungen sollten Sie **möglichst zusammen** abgeben.

6.3 Endemeldung (Grund 3)

Eine Endemeldung geben Sie mit dem **Grund 3** ab. Die Meldung muss abgegeben werden, wenn der laufende Versorgungsbezug endet, ruht oder bei Tod der Versorgungsbezieher:innen.

Bei einem **Aktenzeichenwechsel** melden Sie eine Endemeldung mit dem alten Aktenzeichen und eine Beginnmeldung mit dem neuen Aktenzeichen.

6.3.1 Wechsel des Abrechnungsprogramms

Wechseln Sie ihr Abrechnungsprogramm? Und ändert sich in dem Zusammenhang das AZVU = Aktenzeichen Verursacher?

Dann beachten Sie die folgenden Hinweise zur Meldungsübermittlung.

Korrekte Reihenfolge der Meldungen:

1. Endemeldung aus dem alten Abrechnungsprogramm
2. Beginnmeldung aus dem neuen Abrechnungsprogramm

So erhalten Sie die Rückmeldungen der Krankenkassen an die neue Absendernummer des neuen Abrechnungsprogramms.

Haben Sie die korrekte Reihenfolge nicht eingehalten? Dann gehen die Rück-

meldungen an das alte Programm (**Beispiel 2** unter Pseudo-Änderungsmeldung).

6.3.2 Absendernummer = ABSN

Wenn der Absender der Datei eine Zahlstelle ist, muss die Zahlstellennummer als Absendernummer eingetragen werden. Ansonsten muss die Absendernummer (Betriebsnummer des Erstellers der Datei) eingetragen werden.

In der Rückmeldung der Krankenkasse wird die Empfängernummer = EPNR aus der Absendernummer der letzten beim Versicherten vorliegenden Meldung der Zahlstelle verwendet.

Liegt eine jüngere Pseudo-Änderungsmeldung von der Zahlstelle vor, die eine andere Absendernummer beinhaltet? Dann wird die Rückmeldung der Krankenkasse an diese Nummer geschickt. Was eine Pseudo-Änderungsmeldung ist und wofür Sie verwendet wird, erfahren Sie im nächsten Abschnitt.

6.4 Pseudo-Änderungsmeldung

Eine Pseudo-Änderungsmeldung geben Sie ab, wenn Sie Ihre **Kommunikationsdaten** ändern möchten.

Sie bezieht sich auf keinen bestimmten Versicherten und gilt für alle Versorgungsempfänger:innen der jeweiligen Krankenkasse.

Beispiel 1:

Haben Sie z. B. über das SV-Meldeportal der Krankenkasse eine Meldung übermittelt? Erstellen Sie Ihre Zahlstellenmeldungen normalerweise über ein Abrechnungsprogramm?

Dann schicken Sie **sofort** im Anschluss eine Pseudo-Änderungsmeldung über Ihr Abrechnungsprogramm an die zuständige Krankenkasse.

Ergebnis: Sie erhalten die Rückmeldungen der Krankenkasse an Ihr Abrechnungsprogramm.

Beispiel 2:

Haben Sie ihr Abrechnungsprogramm gewechselt, aber die korrekte Reihenfolge (Ende- und Beginnmeldung) nicht eingehalten? Wurde die Endmeldung zuletzt aus Ihrem alten Abrechnungsprogramm übermittelt?

Dann geht die Rückmeldung der Krankenkasse zur Beginnmeldung ans alte Abrechnungsprogramm, da die Absendernummer (ABSN) aus der Endmeldung von der Krankenkasse verwendet wird.

Wichtig: Damit die Rückmeldung der Krankenkasse an die neue ABSN erfolgt, schicken Sie eine Pseudo-Änderungsmeldung zur Änderung Ihrer Kommunikationsdaten (in diesem Beispiel die Absendernummer) aus Ihrem neuem Abrechnungsprogramm an die Krankenkasse.

Ergebnis: Ab diesem Zeitpunkt erhalten Sie **alle** Rückmeldungen der Krankenkasse an die neue ABSN. Dies gilt auch für rückwirkende Meldezeiträume.

Einheitliches Identifizierungsmerkmal

Seit 2012 gilt im Zahlstellen-Meldeverfahren die **Versicherungsnummer** als eindeutiges Identifizierungsmerkmal. Diese entspricht der Rentenversicherungsnummer.

Als Zahlstelle erfragen Sie diese bei den Versorgungsbezugsempfänger:innern, um die zuständige Krankenkasse zu ermitteln.

Gemeinsame Grundsätze

Die Gemeinsamen Grundsätze des GKV-Spitzenverbands können Sie auf der Internetseite zum Datenaustausch herunterladen.

Dort finden Sie einen [FAQ-Katalog](#) und eine [Verfahrensbeschreibung](#) zum Zahlstellen-Meldeverfahren.

6.5 Vorabbescheinigung (Grund 5)

Die elektronische Vorabbescheinigung können Sie als Zahlstelle **freiwillig** nutzen.

Damit können Zahlstellen Daten über den Versorgungsbezug melden, bevor sie diesen erstmalig bewilligen.

Ihr Vorgehen: Sie übermitteln vorab an die zuständige Krankenkasse die Daten der Versorgungsbezugsempfänger:innen. Die Vorabbescheinigung müssen Sie nicht extra beantragen – die Übermittlung der Daten löst **automatisch** eine Rückmeldung von der Krankenkasse aus.

Wichtig: Ungeachtet der Vorabbescheinigung muss immer eine **Beginnmeldung** (Grund 1 Bewilligung/Beginn des Versorgungsbezugs) erfolgen.

Was Sie erhalten

- Informationen zur Beitragsabführungspflicht
- Versicherungsnummer der Versorgungsbezugsempfänger:innen
- Aktenzeichen Krankenkasse

Maßgebend ist jedoch die Angabe der Krankenkasse zur Beitragsabführungspflicht in der Rückmeldung zur Beginnmeldung (Grund 1) des Versorgungsbezugs.

7. Freibetrag seit Januar 2020

Seit dem 1. Januar 2020 gilt für alle Betriebsrenten ein Freibetrag. Für 2026 beträgt dieser **197,75 Euro**.

Das bedeutet: Nur der Teil der Betriebsrente, der diesen Freibetrag übersteigt, ist beitragspflichtig. Dies regelt das GKV-Betriebsrenten-Freibetragsgesetz (BetrFreibG).

Der Freibetrag gilt für diese Versorgungsbezüge:

- Renten der betrieblichen Altersversorgung
- Kapitalleistungen und Kapitalabfindungen aus einer betrieblichen Altersvorsorge
- Zusatzversorgung im öffentlichen Dienst
- Hüttenknappschaftliche Zusatzversorgung

Wichtig: Der Freibetrag gilt nur für die Beiträge zur Krankenversicherung (KV), **nicht für die Pflegeversicherung (PV)**.

Meldepflichten

Beziehen die Versorgungsempfänger:innen eine betriebliche Altersversorgung (bAV)? Dann müssen Sie uns dies für Meldezeiträume seit dem 1. Januar 2020 rückwirkend zum 1. Januar 2020 melden. Bei allen anderen Versorgungsbezügen ist keine neue Meldung erforderlich.

Ist es eine bAV und Ihr:e Versorgungsempfänger:in erhält nur **einen Versorgungsbezug**, können Sie den Freibetrag eigenständig berücksichtigen.

Erhält Ihr:e Versorgungsempfänger:in **mehrere Versorgungsbezüge**? Dann entscheiden wir als Krankenkasse, bei welchem Bezug der Freibetrag angewendet wird – dies melden wir Ihnen mit einer Zahlstellenmeldung zurück, sobald wir Ihre Meldung erhalten haben.

8. Änderungen im Zahlstellen-Meldeverfahren seit 2024

8.1 Meldung der Zahlstelle an eine unzuständige Krankenkasse

Es kommt vor, dass Unternehmen Zahlstellenmeldungen an Krankenkassen abgeben, bei denen die versicherte Person gar nicht (mehr) versichert ist. Seit dem 1. Januar 2024 kann die Krankenkasse eine entsprechende Rückmeldung mit einem neuen Meldegrund an Sie übermitteln.

Wenn die Krankenkasse systemseitig feststellt, dass keine Versicherung besteht, erhalten Sie von ihr eine Meldung mit dem Abgabegrund „3 = unzuständige Krankenkasse“.

Dann müssen Sie die Meldung an die unzuständige Kasse stornieren und eine Meldung an die zuständige Krankenkasse abgeben.

8.2 Anteiliger Ausschlusstatbestand

Es gibt Leistungsanteile aus Altersvorsorgevermögen, die nicht als Versorgungsbezüge gelten und deshalb nicht bei der Höhe in den Zahlstellenmeldungen berücksichtigt werden müssen.

Dazu gehören Leistungsanteile nach § 92 EstG („betriebliche Riesterrente“) und sogenannte **Privatanteile**. Dies sind Leistungsanteile, die Versorgungsbezieher:innen nach Ende der Beschäftigung als alleinige Versicherungsnehmer:innen und nicht unter Beteiligung des Arbeitgebers erworben haben. Diese Regelung ist in § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 zweiter Halbsatz SGB V festgehalten.

In der Meldung müssen Sie nur angeben, ob ein Leistungsanteil im Sinne von § 229 Abs. 1 Satz 1 Nummer 5 zweiter Halbsatz SGB V gezahlt wird, der keinen Versorgungsbezug darstellt (Kennzeichen „anteiliger Ausschlusstatbestand“).

Ist dies der Fall und Sie übermitteln uns das Kennzeichen für den anteiligen Ausschlusstatbestand, erfragen wir die Höhe des Privatanteils oder der betrieblichen Riesterrente direkt bei den Versorgungsempfänger:innen.

Das ist notwendig, um die beitragspflichtige Einnahme eines freiwillig versicherten Mitglieds vollständig festzustellen oder einen Antrag auf Zuzahlungsbefreiung zu prüfen.

Die Angabe ist bei monatlichen und einmaligen Leistungen der betrieblichen Altersversorgung erforderlich.

Aufgrund des vorgenannten Erfüllungszwecks besteht die Mitteilungspflicht ungeachtet des gesetzlichen Krankenversicherungsstatus. Die Angabe ist in **allen** Meldungen erforderlich.

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

8.3 Waisenleistungen

Es gibt Versicherte, die Waisenleistungen erhalten, z. B. aus einer berufsständischen Versorgungseinrichtung.

Wenn Sie als Zahlstelle diese Zahlungen übernehmen, können Sie dies seit dem 1. Januar 2024 in den Meldungen angeben.

Waisenleistungen können beitragsfrei sein, bis die versicherte Person das **27. Lebensjahr** vollendet.

Damit die Krankenkasse beurteilen kann, ob Beiträge für Waisenleistungen fällig werden (§ 229 Abs. 1 Satz 1 Nummer 1, 3 und 4 SGB V), muss die Zahlstelle in den Meldungen angeben, ob es eine entsprechende Waisenleistung ist.

Die Angabe ist in **allen** Meldungen erforderlich.