

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
2. Wann müssen Sie Beiträge berechnen?	2
3. Wie werden die Beiträge berechnet?	2
4. Wie werden die Beiträge gezahlt?	4
4.1 Fälligkeit der Beiträge	4
4.2 Nachzahlung von Versorgungsbezügen	4
4.3 Abgabetermin der Beitragsnachweise	5
5. Wie prüfen die Krankenkassen die Beitragszahlung?	5
6. Maschinelles Zahlstellen-Meldeverfahren	5
7. Freibetrag seit Januar 2020	6
8. Änderungen im Zahlstellen-Meldeverfahren ab dem 1. Januar 2024	7
8.1 Meldung der Zahlstelle an eine unzuständige Krankenkasse	7
8.2 Anteiliger Ausschlussstatbestand	7
8.3 Waisenleistungen	8

Sie möchten das Beratungsblatt (erneut) herunterladen? Sie finden es unter firmenkunden.tk.de, Suchnummer **2033348**, als PDF zum Download.

1. Zahlstellenmeldungen über Versorgungsbezüge

Damit Sie Ihrer Meldeverpflichtung nachkommen können, müssen Ihnen ehemalige Beschäftigte angeben, bei welcher Krankenkasse diese Mitglied sind.

Tipp

Einen Musterbogen für die Erklärung der Versicherten („Erklärung Kassenzugehörigkeit Versorgungsempfänger“) finden Sie unter firmenkunden.tk.de, Suchnummer **2034480**.

Als Zahlstelle geben Sie eine maschinelle Zahlstellenmeldung ab. Dabei melden Sie diese Sachverhalte an die Krankenkasse des Versorgungsempfängers:

- 1 – Bewilligung/ Beginn des Versorgungsbezugs
- 2 – Änderung des laufenden Versorgungsbezugs

- 3 – Ende des laufenden Versorgungsbezugs
- 5 – Vorabbescheinigung

Auch wenn die Auszahlung des Versorgungsbezugs quartalsweise oder einmal jährlich erfolgt, müssen Sie den monatlichen Zahlbetrag mit einer Beginnmeldung mit **Grund 1** oder bei Änderungen mit einer Änderungsmeldung mit **Grund 2** übermitteln.

Im Gegenzug erhalten Sie von der Krankenkasse diese Rückmeldungen:

- den **Beginn** der Beitragspflicht
- die Höhe des **maximal beitragspflichtigen Betrags** (VB-max – Berücksichtigung der Beitragsbemessungsgrenze)
- das **Ende** der Beitragspflicht
- den **Mehrfachbezug** von Versorgungsbezügen (Ist dies der Fall, erhalten Sie seit dem 1. Januar 2020 die Meldung, ob bei einer betrieblichen Altersversorgung Anspruch auf einen Freibetrag besteht. Bei einer anteiligen Berücksichtigung erhalten Sie die Meldung, wie hoch der Anspruch ist).

Für privatversicherte Versorgungsempfänger müssen in der Krankenversicherung **keine** Meldungen erstellt werden.

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 kann die Zahlstellennummer mit Hilfe einer maschinellen Ausfüllhilfe oder mit einem Entgeltabrechnungsprogramm beantragt werden.

Weitere Informationen 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 **keine** Beiträge berechnet werden. Sie erhalten dazu eine Meldung der Krankenkasse.

Bezieht das Mitglied Versorgungsbezüge von **mehreren** Zahlstellen, gelten besondere Regelungen. Bitte wenden Sie sich in diesem Fall an Ihr Fachzentrum Mitgliedschaft und Beiträge.

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.

Wichtig: Hierzu erhalten Sie keine Rückmeldung von der Krankenkasse.

3. Wie werden die Beiträge berechnet?

Diese Faktoren sind für die Beitragsberechnung maßgeblich:

- der monatliche **Bruttobetrag des Versorgungsbezugs**
- der **Beitragssatz** der Kranken- und Pflegekasse sowie der **kassenindividuelle Zusatzbeitragssatz**
- die **Beitragsobergrenze** (VB-max, den die Krankenkasse mitteilt)

- die **Beitragsuntergrenze** (2025 sind Bezüge bis zu 187,25 EUR monatlich beitragsfrei),
- der **Freibetrag** für alle Betriebsrenten von 187,25 EUR seit dem 1. Januar 2025.

Beispiel 1

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

Der bundeseinheitliche allgemeine Beitragssatz in der Krankenversicherung beträgt 14,6 Prozent. Der TK-Zusatzbeitragssatz liegt bei 2,45 Prozent. Für die Pflegeversicherung werden 4,2 Prozent (inkl. Beitragszuschlag für Kinderlose von 0,6 Prozent) gezahlt.

Die TK teilt der Zahlstelle mit, dass die Betriebsrente beitragspflichtig ist.

Es besteht Anspruch auf den Freibetrag in der Krankenversicherung von 187,25 EUR.

Der beitragspflichtige Anteil der Betriebsrente in der Krankenversicherung beträgt daher 62,75 EUR (250 EUR - 187,25 EUR).

Berechnung

Beitrag Krankenversicherung ab Januar 2025:

$$\frac{62,75 \text{ EUR} \times 14,6}{100} = 9,16 \text{ EUR}$$

TK-Zusatzbeitrag:

$$\frac{62,75 \text{ EUR} \times 2,45}{100} = 1,54 \text{ EUR}$$

Beitrag Pflegeversicherung:

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

Wichtig

Bei **Einmalzahlungen** (z. B. Weihnachtsgeld) erfolgt keine Rückrechnung auf vergangene Monate wie bei Einmalzahlungen für Beschäftigte. Diese gibt es bei den Versorgungsbeziehern nicht.

Beispiel 2

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

Beitragssatz Krankenversicherung	14,6 %
TK-Zusatzbeitragssatz	2,45 %
Beitragssatz Pflegeversicherung (inkl. Beitragszuschlag für Kinderlose)	4,2 %
Beitragsuntergrenze für 2025	187,25 EUR

Als Beitragsobergrenze (VB-max) hat die TK einen Betrag von 1.500 EUR ermittelt und der Zahlstelle gemeldet.

Der Freibetrag in der Krankenversicherung von 187,25 EUR wird vom Zahlbetrag der Betriebsrente von 1.800 EUR abgezogen.

Da das Ergebnis von 1.612,75 EUR den VB-max übersteigt, hat der Freibetrag keine Auswirkung auf die Beiträge.

Der Zahlbetrag ist daher auf den VB-max von 1.500 EUR zu kürzen.

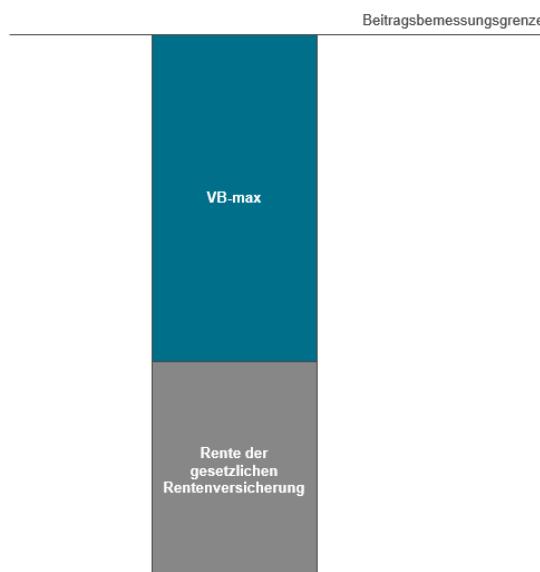
Berechnung

Beitrag Krankenversicherung ab Januar 2025:
1.500 EUR x 14,6 = 219,00 EUR
 100

TK-Zusatzbeitrag:
1.500 EUR x 2,45 = 36,75 EUR
 100

Beitrag Pflegeversicherung:
1.500 EUR x 4,2 = 63,00 EUR
 100

Ermittlung der Beitragsobergrenze (VB-max)



Beispiel 3

Frau Clausen erhält von ihrem ehemaligen Arbeitgeber eine Betriebsrente von monatlich 100 EUR.

Der Zahlbetrag übersteigt die Beitragsuntergrenze für 2025 von 187,25 EUR 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.

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

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

Um eine Nachzahlung im Sinne des § 229 Abs. 2 SGB V in Verbindung mit § 228 Abs. 2 Satz 2 SGB V handelt es sich, 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. Diese führen Sie an die Krankenkasse ab.

Die aus der Nachzahlung resultierenden Beiträge schlagen sich im Beitragsnachweis für den Auszahlungsmonat nieder.

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 Betriebspflichten 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

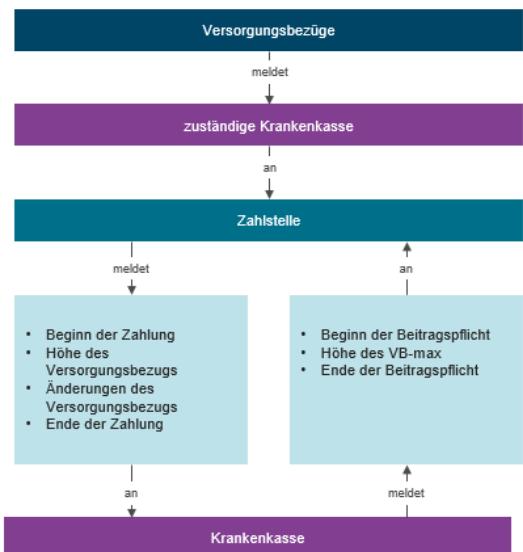
Versorgungsbezüge und Pensionen sind rentenähnliche Einnahmen. Für sie besteht sowohl eine **Beitragspflicht** als auch eine **Meldepflicht** nach § 202 SGB V.

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

Um eine Zahlstellenmeldung maschinell an die Krankenkasse zu übermitteln, können Sie ein Lohnabrechnungsprogramm oder eine geprüfte und zugelassene Ausfüllhilfe wie das SV-Meldeportal nutzen.

Mehr zum SV-Meldeportal finden Sie im Beratungsblatt "SV-Meldeportal": firmenkunden.tk.de, Suchnummer 157898.

Meldevorgänge



Beginnmeldung

Mit einer Beginnmeldung (**Grund 1**) melden Sie der zuständigen Krankenkasse die Bewilligung und den Beginn eines Versorgungsbezugs.

Wird der Versorgungsbezug kapitalisierend ausgezahlt, melden Sie das ebenfalls mit einer Beginnmeldung. Sie melden den gesamten Brutto- Auszahlungsbetrag.

Wird die Kapitalleistung in Raten ausgezahlt? Dann melden Sie ebenfalls den gesamten Brutto-Auszahlungsbetrag – inklusive der Verzinsung oder Anhebungsbeträge, die bei der Auszahlung bereits feststanden.

Als Auszahlungszeitpunkt geben Sie den Tag an, an dem die 1. Rate ausgezahlt wurde.

Veränderungsmeldung

Die Änderung eines Versorgungsbezugs melden Sie mit einer Änderungsmeldung (**Grund 2**) an die Krankenkasse.

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

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

Sie geben dann für den Monat, in dem Sie die Einmalzahlung gewähren, die Veränderungsmeldung ab. Außerdem melden Sie ab dem Folgemonat wieder den monatlich laufenden Versorgungsbezug. Beide Meldungen sollten Sie **möglichst zusammen** abgeben.

Endmeldung

Eine Endmeldung geben Sie mit dem **Grund 3** ab. Die Meldung muss abgegeben werden, wenn der laufende Versorgungsbezug endet, ruht oder bei Tod des Versorgungsbeziehers.

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

Vorabbescheinigung

Die Vorabbescheinigung können Sie auf freiwilliger Basis nutzen. Damit können Zahlstellen Daten über den Versorgungsbezug melden, bevor sie diesen erstmalig bewilligen.

Dafür übermittelt Ihnen die Krankenkasse wichtige Daten über das bestehende Versicherungsverhältnis und zur Beitragspflicht. Diese können Sie im weiteren Bewilligungsverfahren nutzen.

Die Vorabbescheinigung müssen Sie als Zahlstelle nicht extra beantragen. Wenn Sie die entsprechenden Daten an die Krankenkasse übermitteln, löst dies **automatisch** eine Rückmeldung aus.

In dieser sind auch die **Versicherungsnummer** des Versorgungsbezugsempfängers und das **Aktenzeichen** enthalten. Damit können Sie dann die Höhe der Leistung und die Beiträge berechnen.

Pseudomeldung

Eine Pseudomeldung geben Sie ab, wenn Sie Ihre Kommunikationsdaten ändern möchten.

Sie bezieht sich auf keinen bestimmten Versicherten und ist für alle Versorgungsbezugsempfänger der jeweiligen Krankenkasse maßgebend, bei der Sie die Pseudomeldung abgegeben haben.

Übermitteln Sie Ihre Zahlstellenmeldungen normalerweise über ein Entgeltabrechnungsprogramm und nur in Einzelfällen mit dem SV-Meldeportal? Dann ist es wichtig, dass Sie nach der Zahlstellenmeldung über das SV-Meldeportal sofort eine Pseudomeldung mit Ihrem Entgeltabrechnungsprogramm an die zuständige Krankenkasse schicken.

So ist erfolgen die Rückmeldungen der Krankenkasse an Ihr Entgeltabrechnungsprogramm.

Einheitliches Identifizierungsmerkmal

Als eindeutiges Identifizierungsmerkmal gilt seit dem 1. Januar 2012 im Zahlstellen-Meldeverfahren die Versicherungsnummer. Die Versicherungsnummer entspricht der Rentenversicherungsnummer. Als Zahlstelle erfragen Sie diese beim Versorgungsbezugsempfänger, wenn Sie die zuständige Krankenkasse 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.

7. Freibetrag seit Januar 2020

Seit dem 1. Januar 2020 gilt für alle Betriebsrenten ein Freibetrag und beträgt für das Jahr 2025 **187,25 EUR**.

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

Für folgende Versorgungsbezüge gilt der Freibetrag:

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

Der Freibetrag gilt ausschließlich für die Beiträge zur Krankenversicherung (KV) und **nicht für die Pflegeversicherung (PV)**.

Bezieht Ihr Versorgungsempfänger eine betriebliche Altersversorgung (bAV)? Dann müssen Sie uns dies rückwirkend zum 1. Januar 2020 melden. Bei allen anderen Versorgungsbezügen ist keine neue Meldung erforderlich.

Handelt es sich um eine bAV und Ihr Versorgungsempfänger erhält nur **einen Versorgungsbezug**, können Sie den Freibetrag eigenständig berücksichtigen.

Erhält ihr Versorgungsempfänger **mehrere Versorgungsbezüge**, entscheiden wir als Krankenkasse, bei welchem Bezug der Freibetrag anzuwenden ist – dies melden wir Ihnen mit einer Zahlstellenmeldung zurück, sobald wir Ihre Meldung erhalten haben.

8. Änderungen im Zahlstellen-Meldeverfahren ab dem 1. Januar 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 der Versorgungsbezieher nach Ende der Beschäftigung als alleiniger Versicherungsnehmer und nicht unter Beteiligung des Arbeitgebers erworben hat. 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 beim Versorgungsempfänger.

Das ist notwendig, um die beitragspflichtige Einnahme eines freiwillig versicherten Mitglieds vollständig festzustellen oder um 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 Versorgungs-bezug. 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.