



---

**Die Beitragspflicht von Leistungen der betrieblichen Altersversorgung  
in der Krankenversicherung der Rentner und der sozialen Pflege-  
versicherung**

– Rechtsgeschichtliche Entwicklung und aktueller Stand –



**Die Beitragspflicht von Leistungen der betrieblichen Altersversorgung in der Krankenversicherung der Rentner und der sozialen Pflegeversicherung**

– Rechtsgeschichtliche Entwicklung und aktueller Stand –

[REDACTED]  
Aktenzeichen:

Abschluss der Arbeit:

Fachbereich:

[REDACTED]

[REDACTED]  
WD 9 - 3000 - 50/14

25.07.2014

WD 9: Gesundheit, Familie, Senioren, Frauen und Jugend

[REDACTED]

---

## Inhaltsverzeichnis

<b>1.</b>	<b>Einleitung</b>	<b>18</b>
<b>2.</b>	<b>Krankenversicherung der Rentner</b>	<b>18</b>
2.1.	Versicherter Personenkreis	18
2.1.1.	Versicherungspflichtige Rentner	18
2.1.2.	Freiwillig versicherte Rentner	20
2.2.	Allgemeines zur Beitragspflicht, zu den beitragspflichtigen Einnahmen der GKV-Mitglieder und zur Beitragsbemessungsgrenze	21
2.3.	Renten der betrieblichen Altersversorgung als beitragspflichtige Einnahmen	22
2.3.1.	Versicherungspflichtige Rentner	23
2.3.1.1.	Begriff der Betriebsrenten als Versorgungsbezüge im Sinne des § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V	24
2.3.1.1.1.	Versorgungsbezüge als beitragspflichtige Einnahmen im Sinne des § 229 Abs. 1 Satz 1 SGB V	24
2.3.1.1.2.	Einkommens- oder Unterhaltersatzfunktion der Versorgungsbezüge im Sinne des § 229 Abs. 1 Satz 1 SGB V	24
2.3.1.1.3.	Institutionelle Abgrenzung der betrieblichen Altersversorgung im Sinne des § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V von der privaten Altersvorsorge	26
2.3.1.1.4.	Differenzierung nach den verschiedenen Durchführungswegen der betrieblichen Altersversorgung im Betriebsrentenrecht	28
2.3.1.1.5.	Bedeutungslosigkeit der betriebsrentenrechtlichen Differenzierung nach der Aufbringung der Mittel durch den Arbeitgeber oder den Arbeitnehmer für das Beitragsrecht der GKV	32
2.3.1.2.	Beitragspflicht von Betriebsrenten im Sinne des § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V, die als regelmäßig wiederkehrende Leistungen gewährt werden	34
2.3.1.2.1.	Verfassungskonformität der beitragsrechtlichen Berücksichtigung von laufenden Versorgungsbezügen	34
2.3.1.2.2.	Bagatell- bzw. Freigrenze	36
2.3.1.3.	Beitragspflicht von Betriebsrenten im Sinne des § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V, die als einmalige Kapitalleistung gewährt werden	39
2.3.1.3.1.	Rechtslage bis zum 31. Dezember 2003	39
2.3.1.3.2.	Rechtslage seit dem 01. Januar 2004	40
2.3.1.3.3.	Ein Hundertzwanzigstel der Kapitalleistung als fiktiver monatlicher Zahlbetrag der Versorgungsbezüge	43
2.3.1.3.4.	Bagatell- bzw. Freigrenze	44
2.3.1.3.5.	Verfassungskonformität der Beitragspflicht von Kapitalleistungen	45
2.3.2.	Freiwillig versicherte Rentner	49
2.3.2.1.	Regelungskompetenz des GKV-Spitzenverbandes	49
2.3.2.2.	Berücksichtigung der gesamten wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit des freiwilligen Mitglieds	49
2.3.2.3.	Beitragspflichtige Einnahmen versicherungspflichtig Beschäftigter als Mindestgrenze	50

---

2.3.2.4.	Die allgemeine Mindesteinnahmenregelung des § 240 Abs. 4 Satz 1 SGB V	52
2.3.2.5.	Leistungen der betrieblichen Altersversorgung als beitragspflichtige Einnahmen freiwillig versicherter Rentner	53
2.4.	Beitragsatz und Beitragstragung	56
2.4.1.	Allgemeines	56
2.4.1.1.	Allgemeines zur Bedeutung und Höhe des Beitragsatzes	56
2.4.1.2.	Allgemeines zur Tragung der Beiträge	57
2.4.2.	Versicherungspflichtige Rentner	58
2.4.2.1.	Beitragsatz und Beitragstragung bei Versorgungsbezügen	58
2.4.2.1.1.	Grundzüge der Rechtsentwicklung bis zum 31. Dezember 2003	59
2.4.2.1.2.	Rechtsentwicklung seit dem 01. Januar 2004	60
2.4.2.2.	Verfassungskonformität der Bemessung von Beiträgen aus Versorgungsbezügen nach dem vollen allgemeinen Beitragsatz	62
2.4.3.	Freiwillig versicherte Rentner	68
2.4.3.1.	Beitragsatz	68
2.4.3.1.1.	Rechtsentwicklung vom 01. Januar 1989 bis zum 31. Dezember 2003	68
2.4.3.1.2.	Rechtslage seit dem 01. Januar 2004	70
2.4.3.2.	Beitragstragung	71
2.4.3.3.	Verfassungskonformität der Aufhebung der Besitzstandsregelung und der Bemessung des Beitrags aus Versorgungsbezügen nach dem vollen allgemeinen Beitragsatz	71
<b>3.</b>	<b>Soziale Pflegeversicherung</b>	<b>72</b>
3.1.	Versicherter Personenkreis	72
3.1.1.	Allgemeines	72
3.1.2.	Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung für in der GKV pflichtversicherte Rentner	72
3.1.3.	Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung für in der GKV freiwillig versicherte Rentner und Befreiungsmöglichkeiten	73
3.2.	Beitragsrecht	73
3.2.1.	Grundsatz	73
3.2.2.	Beitragspflichtige Einnahmen	74
3.2.2.1.	Allgemeines	74
3.2.2.2.	Betriebsrenten der in der GKV pflichtversicherten Rentner als Beitragsbemessungsgrundlage in der sozialen Pflegeversicherung	74
3.2.2.3.	Betriebsrenten der in der GKV freiwillig versicherten Rentner als Beitragsbemessungsgrundlage in der sozialen Pflegeversicherung	75
3.2.3.	Beitragsatz	76
3.2.3.1.	Allgemeiner Beitragsatz	76
3.2.3.2.	Beitragszuschlag für Kinderlose	76
3.2.4.	Beitragstragung	77
3.2.4.1.	Allgemeines	77
3.2.4.2.	Beitragstragung bei in der GKV pflichtversicherten Betriebsrentenempfängern	78
3.2.4.3.	Beitragstragung bei in der GKV freiwillig versicherten Betriebsrentenempfängern	78

**4. Literaturverzeichnis**

**78**

---

## - Zusammenfassung -

### Krankenversicherung der Rentner

**In die Krankenversicherung der Rentner (KVdR)** sind alle Rentner **einbezogen**, die nach § 5 Abs. 1 Nr. 11, 11a oder Nr. 12 SGB V der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) unterliegen. Rentner, die nicht die Voraussetzungen für die Versicherungspflicht nach diesen Tatbeständen erfüllen, können der gesetzlichen Krankenversicherung unter den Voraussetzungen des § 9 SGB V freiwillig beitreten. Für Rentner kommt vor allem ein Beitritt nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V in Betracht.

Maßgeblich für die **Regelung der Beitragspflicht** ist in erster Linie die Bestimmung des § 223 SGB V. Nach Abs. 2 Satz 1 dieser Vorschrift werden die **Beiträge der Mitglieder nach den beitragspflichtigen Einnahmen bemessen**. Zur Art der beitragspflichtigen Einnahmen enthält das Gesetz umfangreiche und für die Höhe der Beiträge zur Krankenversicherung bedeutsame Regelungen in den §§ 226 bis 240 SGB V, in denen die einzelnen für die Beitragsbemessung relevanten Einnahmen definiert werden. Andere wirtschaftliche Bezugspunkte als die förmlich als beitragspflichtige Einnahmen benannten Vermögensgrößen scheiden aus. Die beitragspflichtigen Einnahmen werden jedoch nicht unbegrenzt zur Berechnung der Beiträge herangezogen, sondern nur bis zur **sog. Beitragsbemessungsgrenze des § 223 Abs. 3 Satz 1 SGB V**. Diese Bestimmung begrenzt die Beitragspflicht grundsätzlich auf Einnahmen bis zu einem Betrag von einem Dreihundertsechzigstel der Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 7 SGB V für den Kalendertag. Gemäß § 4 Abs. 2 der Sozialversicherungs-Rechengrößenverordnung 2014 beträgt die Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 223 Abs. 3 Satz 1 in Verbindung mit § 6 Abs. 7 SGB V für das Jahr 2014 48.600 Euro. Einnahmen, die diesen Betrag übersteigen, bleiben gemäß § 223 Abs. 3 Satz 2 SGB V grundsätzlich außer Ansatz.

Da das SGB V bei den der Beitragsbemessung zugrunde zu legenden Einnahmen der GKV-Mitglieder in den §§ 226 bis 240 SGB V **unterschiedliche Regelungen für versicherungspflichtige und freiwillige Mitglieder der GKV** enthält, ist auch bei dem Bezug von Leistungen der betrieblichen Altersversorgung als Bemessungsgrundlage für die Beitragserhebung in der KVdR zwischen pflichtversicherten und freiwillig versicherten Rentnern bzw. Versorgungsleistungsempfängern zu differenzieren.

**Die beitragspflichtigen Einnahmen versicherungspflichtiger Rentner** sind in § 237 SGB V geregelt. Nach Satz 1 Nr. 2 dieser Bestimmung werden der Beitragsbemessung auch der Zahlbetrag der der Rente vergleichbaren Einnahmen zugrunde gelegt. § 237 Satz 2 SGB V erklärt einige Vorschriften des SGB V für entsprechend anwendbar und verweist dabei unter anderem auf die **Legaldefinition der der Rente vergleichbaren Einnahmen (Versorgungsbezüge) in § 229 Abs. 1 Satz 1 SGB V**. Als der Rente vergleichbare Einnahmen (Versorgungsbezüge) im Sinne des § 237 Satz 1 Nr. 2 SGB V gehören nach Maßgabe des § 229 Abs. 1 Satz 1 SGB V zu den beitragspflichtigen Einnahmen dieser versicherungspflichtigen Rentner damit auch **„Renten der betrieblichen Altersversorgung“ im Sinne des § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V**, soweit sie wegen einer Einschränkung der Erwerbsfähigkeit oder zur Alters- oder Hinterbliebenenversorgung erzielt werden und auf einer früheren Beschäftigung des Rentners beruhen.

§ 229 Abs. 1 Satz 1 SGB V zählt insgesamt fünf Einnahmearten auf, die „als der Rente vergleichbare Einnahmen (Versorgungsbezüge)“ beitragspflichtig sind. Die mit Abstand größte praktische

Bedeutung kommt der Beitragspflicht von Renten der betrieblichen Altersversorgung einschließlich der Zusatzversorgung im öffentlichen Dienst und der hüttenknappschaftlichen Zusatzversorgung im Sinne des § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V zu. Dabei handelt es sich um den rechtlich schwierigsten Tatbestand des § 229 SGB V, der deshalb in erheblichem Umfang die Gerichte beschäftigt hat.

Die von § 229 SGB V erfassten Einnahmen haben nach Satz 1 dieser Bestimmung gemeinsam, dass sie an eine **(frühere) Erwerbstätigkeit** anknüpfen. Danach gelten „als der Rente vergleichbare Einnahmen (Versorgungsbezüge)“ die im Katalog dieser Vorschrift genannten Bezüge nur, soweit sie wegen einer Einschränkung der Erwerbsfähigkeit oder zur Alters- oder Hinterbliebenenversorgung erzielt werden. Da die von der Regelung des § 229 Abs. 1 Satz 1 SGB V erfassten Einnahmen im Wesentlichen die Funktionen einer Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen müssen, also insbesondere einen Zusammenhang zwischen dem Erwerb des Anspruchs auf eine bestimmte Leistung und der früheren Beschäftigung sowie eine **rentenvergleichbare Einkommens-(Lohn- bzw. Entgelt-)Ersatzfunktion** aufweisen müssen, werden folgerichtig Einnahmen, die nicht unmittelbar auf ein früheres Beschäftigungsverhältnis oder auf eine frühere Erwerbstätigkeit zurückzuführen sind, zur Beitragspflicht nicht herangezogen. Nicht beitragspflichtig sind bei versicherungspflichtigen Rentnern deshalb insbesondere – ohne Zusammenhang mit einer früheren Erwerbstätigkeit erworbene – **Einnahmen aufgrund betriebsfremder privater Eigenvorsorge**.

§ 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V bestimmt den **Begriff der „betrieblichen Altersversorgung“** nicht näher. Eine Legaldefinition des Begriffs der betrieblichen Altersversorgung findet sich hingegen in § 1 Abs. 1 Satz 1 des Betriebsrentengesetzes (BetrAVG). Als betriebliche Altersversorgung werden in § 1 Abs. 1 Satz 1 BetrAVG Leistungen der Alters-, Invaliditäts- oder Hinterbliebenenversorgung definiert, die einem Arbeitnehmer aus Anlass seines Arbeitsverhältnisses vom Arbeitgeber zugesagt worden sind. Hinsichtlich des Begriffs der „betrieblichen Altersversorgung“ nimmt das Bundessozialgericht in ständiger Rechtsprechung jedoch seit jeher eine am Sinn und Zweck des Beitragsrechts der gesetzlichen Krankenversicherung orientierte **eigenständige Auslegung des § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V** vor, die nicht streng der Legaldefinition des § 1 Abs. 1 Satz 1 BetrAVG folgt. Es entspreche – so das Bundessozialgericht - dem Willen des Gesetzgebers, lediglich solche Einnahmen unberücksichtigt zu lassen, die nicht (unmittelbar) auf ein früheres Beschäftigungsverhältnis oder auf eine frühere Erwerbstätigkeit zurückzuführen seien, z. B. Einnahmen aufgrund **betriebsfremder privater Eigenvorsorge**. Wesentliche Merkmale einer Rente der betrieblichen Altersversorgung (als einer mit der Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung vergleichbaren Einnahme) im Sinne des Beitragsrechts der GKV seien danach – wenn ihr Bezug nicht schon institutionell (Versorgungseinrichtung, Versicherungstyp) vom Betriebsrentenrecht erfasst werde – ein Zusammenhang zwischen dem Erwerb dieser Rente und der früheren Beschäftigung sowie ihre Einkommens-(Lohn- bzw. Entgelt-)Ersatzfunktion als – weiteres – Merkmal der Vergleichbarkeit mit der gesetzlichen Rente.

Nach Auffassung des Bundessozialgerichts ist für die **Abgrenzung der „betrieblichen Altersversorgung“ in diesem beitragsrechtlichen Sinne von der privaten Altersvorsorge**, deren Leistungen nicht zur Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung herangezogen werden, jedenfalls im Grundsatz nicht auf den im Einzelfall jeweils nachweisbaren Zusammenhang mit dem früheren Erwerbsleben abzustellen, sondern **typisierend von einem solchen allgemeinen Zusammenhang** auszugehen. Dies führt zu einer **sog. „institutionellen Abgrenzung“**, die sich daran orientiert, ob die Rente bzw. die einmalige Kapitalleistung von einer Einrichtung der betrieblichen

Altersversorgung gezahlt wird; Modalitäten des individuellen Rechtserwerbs bleiben demgegenüber unberücksichtigt. Die vom Bundessozialgericht in ständiger Rechtsprechung vertretene sog. „institutionelle Abgrenzung“ erfasst damit alle Leistungen, die entweder vom Arbeitgeber oder von Institutionen der betrieblichen Altersversorgung erbracht werden oder aus vom Arbeitgeber zugunsten des Arbeitnehmers abgeschlossenen Direktversicherungen stammen oder hierauf beruhen. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Rechtslage für die im Betriebsrentengesetz (BetrAVG) vorgesehenen **fünf Durchführungswegen der betrieblichen Altersversorgung** wie folgt dar:

Wird die Betriebsrente im Wege der **unmittelbaren Versorgung direkt vom früheren Arbeitgeber** erbracht (§ 1 Abs. 1 Satz 2 BetrAVG) oder schaltet dieser zur Leistungserbringung eine **Unterstützungskasse** ein (§ 1 b Abs. 4 BetrAVG), so handelt es sich um Leistungen der betrieblichen Altersversorgung im beitragsrechtlichen Sinne. Dasselbe gilt, trotz seiner Nähe zur fondsgebundenen Lebensversicherung, für den **Pensionsfonds** (§ 1 b Abs. 3 BetrAVG), weil auch dieser definitionsgemäß Leistungen der betrieblichen Altersversorgung erbringt (§ 112 Abs. 1 Nr. 1 VAG). Für die **Pensionskassen** (§ 1 b Abs. 3 BetrAVG) hat das Bundessozialgericht die Auffassung vertreten, deren Leistungen stellten sich auch dann als solche der „betrieblichen Altersversorgung“ im Sinne von § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V dar, wenn der Rentner der Einrichtung nur aufgrund einer früheren Berufstätigkeit habe beitreten können, auch wenn er während der Mitgliedschaft keine Berufstätigkeit mehr ausgeübt und die Beiträge allein getragen habe.

Besondere Abgrenzungsschwierigkeiten ergeben sich, wenn die betriebliche Altersversorgung über ein Unternehmen der Lebensversicherung (**Direktversicherung**, § 1 b Abs. 2 BetrAVG) durchgeführt wird, da sich hier die „institutionelle Abgrenzung“ nicht ohne Weiteres durchhalten lässt. Probleme ergeben sich insbesondere daraus, dass im allseitigen Einvernehmen der Versicherungsnehmer während eines laufenden Vertrages ausgetauscht werden kann: Ein vom Arbeitnehmer zur Privatvorsorge abgeschlossener Vertrag kann vom Arbeitgeber als Direktversicherung fortgeführt, umgekehrt ein Direktversicherungsvertrag vom Arbeitnehmer – insbesondere nach seinem Ausscheiden aus dem Arbeitsverhältnis – selbst übernommen werden. Angesichts dieser Nähe der Direktversicherung zur privaten Vorsorge hat sich die Rechtsprechung in der Vergangenheit insbesondere mit derartigen „**Wechselfällen**“ beschäftigen müssen, bei denen Vertragspartner des Versicherungsunternehmens zeitweise der Arbeitgeber und zeitweise der spätere Versorgungsberechtigte selbst war. Das Bundessozialgericht wollte ursprünglich auch in diesen Fällen die gesamte Rente bzw. Kapitalleistung der Beitragspflicht unterwerfen, ist jedoch vom Bundesverfassungsgericht mit Blick auf den allgemeinen Gleichheitssatz des Art. 3 Abs. 1 GG korrigiert worden. Es werde – so das Bundesverfassungsgericht in seinem Beschluss vom 28. September 2010 – Ungleiches ohne sachliche Rechtfertigung gleichbehandelt, wenn die Beitragspflicht auch auf Leistungsanteile ausgedehnt werde, die der Arbeitnehmer nach Beendigung seiner Erwerbstätigkeit auf den Lebensversicherungsvertrag unter Einrücken in die Stellung des Versicherungsnehmers eingezahlt habe. Der Gesetzgeber unterwerfe Erträge aus privaten Lebensversicherungen bei pflichtversicherten Rentnern keiner Beitragspflicht. Zu dieser gesetzgeberischen Grundsatzentscheidung stünde es in Widerspruch, wenn die Einzahlungen auf private Lebensversicherungsverträge allein deshalb der Beitragspflicht Pflichtversicherter unterworfen würden, weil die Verträge ursprünglich vom Arbeitgeber des Bezugsberechtigten abgeschlossen wurden und damit dem Regelwerk des Betriebsrentenrechts unterlagen, obwohl sie danach vollständig aus dem betrieblichen Bezug gelöst worden und ohne Probleme in einen betrieblichen und einen privaten Teil bei der Auszahlung zu trennen seien. Das Bundessozialgericht hat dem vorgenannten Beschluss des Bundesverfassungsgerichts in der Folgezeit Rechnung getragen.



Mit der „institutionellen Abgrenzung“ verbunden ist zugleich eine **Absage an eine nach der Aufbringung der Mittel differenzierenden Betrachtungsweise**. Das BetrAVG unterscheidet zwar in vielfältiger Hinsicht streng zwischen der arbeitgeber- und der im Wege der Entgeltumwandlung arbeitnehmerfinanzierten Versorgung. Das Bundessozialgericht hat es jedoch abgelehnt, diese betriebsrentenrechtliche Differenzierung auch für das Beitragsrecht des § 229 Abs. 1 Nr. 5 SGB V nachzuvollziehen. Begründet wird dies mit einem systematischen Vergleich der in § 229 Abs. 1 SGB V der Beitragspflicht unterworfenen Versorgungsbezüge: Soweit es sich dabei um Renten handele, brauchten sie nicht vom Arbeitgeber finanziert oder auch nur mitfinanziert zu sein, sondern könnten allein auf Beiträgen der Versicherten beruhen; das gelte insbesondere für die Renten aus Versicherungs- und Versorgungseinrichtungen nach § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V, die für Angehörige bestimmter Berufe eingerichtet seien.

Erfasst werden von der Regelung des § 229 Abs. 1 Satz 1 SGB V – wie sich auch aus einem Umkehrschluss aus § 229 Abs. 1 Satz 3 SGB V ergibt – vor allem **regelmäßig wiederkehrende Versorgungsbezüge**, also laufende Geldleistungen. Die beitragsrechtliche Berücksichtigung von laufenden Versorgungsbezügen verstößt nach der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts und des Bundesverfassungsgerichts nicht gegen das Grundgesetz (GG). Hierbei wurde insbesondere darauf abgestellt, dass die Gründe für die Einbeziehung der Versorgungsbezüge in die Beitragspflicht der Krankenversicherung der Rentner mit dem Rentenanpassungsgesetz 1982 neben einer Einnahmeerhöhung der Krankenkassen vor allem auf sozialpolitischem Gebiet (Stärkung der Beitragsgerechtigkeit und der Solidarität unter den versicherten Rentnern) und allgemein am Gleichheitssatz des Art. 3 Abs. 1 GG orientierten Erwägungen, insbesondere der Absicht, alle aus früherer Berufstätigkeit herrührenden Versorgungseinnahmen gleich zu behandeln, gelegen haben.

Aufgrund der Verweisung in § 237 Satz 2 SGB V gilt die Bestimmung des § 226 Abs. 2 SGB V entsprechend. Versorgungsbezüge und damit auch Renten der betrieblichen Altersversorgung im Sinne des § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V sind daher nur beitragspflichtig, wenn diese monatlichen Einnahmen – gegebenenfalls zusammen mit neben einer Betriebsrente erzieltm Arbeitseinkommen – insgesamt die **Mindestgrenze bzw. „Bagatellgrenze“** von einem Zwanzigstel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV übersteigen. Soweit diese Bezüge die genannte Grenze nicht übersteigen, sind sie bei der Beitragsberechnung nicht zu berücksichtigen. Im Falle der Überschreitung ist allerdings nicht nur der die Mindestgrenze übersteigende Betrag, sondern der **Gesamtbetrag** beitragspflichtig. Mit der in § 237 Satz 2 in Verbindung mit § 226 Abs. 2 SGB V vorgesehenen Beitragsfreiheit für solche Einnahmen aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen, die ein Zwanzigstel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV nicht übersteigen, hat der Gesetzgeber des am 01. Januar 1989 in Kraft getretenen Gesundheits-Reformgesetzes (GRG) inhaltlich die Regelung des § 381 Abs. 2 Satz 3 Reichsversicherungsordnung (RVO) übernommen. Die in § 381 Abs. 2 Satz 3 RVO festgelegte Bagatellgrenze war als fester beitragsfreier Betrag von monatlich 10 DM ausgestaltet. Mit dem am 01. Januar 1989 in Kraft getretenen SGB V hat der Gesetzgeber im Interesse der Gleichbehandlung aller Versicherten unabhängig von den damals unterschiedlichen Beitragssätzen der Krankenkassen die bisherige Beitragsfreigrenze von 10 DM nach § 381 Abs. 2 Satz 3 RVO durch eine auf die betreffenden beitragspflichtigen Einnahmen bezogene Bagatell- bzw. Freigrenze ersetzt und diese dynamisiert.

**Die monatliche Einnahmegrenze gemäß § 226 Abs. 2 SGB V** liegt bei einem Zwanzigstel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV. Da sich die Bezugsgröße nach dem Durchschnittsentgelt der gesetzlichen Rentenversicherung im vorvergangenen Kalenderjahr richtet und jährlich an

die Einkommensentwicklung angepasst wird, ist sie dynamisch. Nach § 2 Abs. 1 der Sozialversicherungs-Rechengrößenverordnung 2014 beträgt die Bezugsgröße im Sinne des § 18 Abs. 1 SGB IV im Jahr **2014 jährlich 33.180 Euro und monatlich 2.765 Euro**. Da Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung für Versorgungsbezüge – und damit auch für Renten der betrieblichen Altersversorgung im Sinne des § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr.5 SGB IV – nach § 237 Satz 2 in Verbindung mit § 226 Abs. 2 SGB V nur dann zu entrichten sind, wenn sie monatlich ein Zwanzigstel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV übersteigen, sind Versorgungsbezüge im gesamten Bundesgebiet **im Jahr 2014 bis zu einem monatlichen Betrag von 138,25 Euro** (= 2.765 Euro : 20) **in der Krankenversicherung beitragsfrei**. Im Falle einer auch nur geringfügigen Überschreitung dieses monatlichen Betrages von 138,25 Euro ist nicht nur der die Mindestgrenze übersteigende Betrag, sondern der Gesamtbetrag der Versorgungsbezüge in vollem Umfang beitragspflichtig.

Fraglich ist, ob und unter welchen Voraussetzungen über die regelmäßig wiederkehrenden Versorgungsbezüge hinaus auch **Kapitalleistungen**, d. h. einmalige Zahlungen, die zur Abgeltung eigentlich geschuldeter laufender Leistungen wegen einer Einschränkung der Erwerbsfähigkeit oder zur Alters- bzw. Hinterbliebenenversorgung geleistet werden, als Versorgungsbezüge im Sinne des § 229 Abs. 1 Satz 1 SGB V gelten und damit der Beitragspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung unterliegen.

**Nach § 229 Abs. 1 Satz 3 SGB V in der bis zum 31. Dezember 2003 geltenden Fassung** wurde eine nicht regelmäßig wiederkehrende Leistung – also eine einmalige Kapitalleistung – nur dann von der Beitragspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung erfasst, wenn sie „an die Stelle der Versorgungsbezüge“ trat. Bereits zu der weitgehend inhaltsgleichen Vorgängervorschrift des § 180 Abs. 8 Satz 4 RVO hat das Bundessozialgericht entschieden, diese Vorschrift greife nur ein, wenn die Ersetzung eines ursprünglich vereinbarten laufenden Versorgungsbezugs (z. B. einer Rente) durch eine nicht regelmäßig wiederkehrende Leistung in Form z. B. einer einmaligen Kapitalabfindung nach Eintritt des Versicherungsfalles vereinbart wurde. Hingegen sei die Vorschrift unanwendbar, wenn der Anspruch auf die Kapitalleistung vor Eintritt des Versicherungsfalles zugesichert werde bzw. die einmalige Leistung von vornherein als solche vereinbart oder zugesagt worden sei. An dieser Rechtsprechung hat das BSG auch nach Inkrafttreten des § 229 Abs. 1 Satz 3 SGB V in der bis zum 31. Dezember 2003 geltenden Fassung festgehalten. Eine Kapitalleistung (Kapitalabfindung) trete nur dann im Sinne des § 229 Abs. 1 Satz 3 SGB V an die Stelle der Versorgungsbezüge, wenn eine bereits geschuldete Rente durch die Kapitalleistung ersetzt werde. Geschuldet werde eine Rentenzahlung aber erst, wenn der Versicherungsfall eingetreten sei, d. h. bei Berufsunfähigkeits- bzw. Erwerbsunfähigkeits-Renten Berufsunfähigkeit oder Erwerbsunfähigkeit vorliege oder bei Altersrenten das Rentenalter erreicht sei.

Durch das GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) vom 14. November 2003 ist die Bestimmung des § 229 Abs. 1 Satz 3 SGB V neu gefasst und die bis zum 31. Dezember 2003 **maßgebliche Rechtslage mit Wirkung vom 01. Januar 2004 geändert** worden. Nach § 229 Abs. 1 Satz 3 SGB V in der seit diesem Zeitpunkt geltenden Fassung unterliegen Kapitalleistungen oder Kapitalabfindungen, die der Alters- oder Hinterbliebenenversorgung oder der Versorgung bei verminderter Erwerbsfähigkeit dienen, nunmehr auch dann der Beitragspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung, wenn eine solche Leistung bereits vor Eintritt des Versicherungsfalles vereinbart oder zugesagt worden ist (§ 229 Abs. 1 Satz 3 Variante 2). Die bis zum 31. Dezember 2003 maßgebliche Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, nach der in solchen Fällen keine Beitragspflicht bestand, ist damit obsolet. Mit der Änderung des § 229 Abs. 1 Satz 3 SGB V sollten nach der Gesetzesbegründung Umgehungsmöglichkeiten bei der Beitragspflicht aus Versorgungsbezügen durch entspre-

chende Vereinbarungen beseitigt und eine gleichmäßige Behandlung aller Betroffenen gewährleistet werden. Seit der Änderung des § 229 Abs. 1 Satz 3 SGB V ist damit jede Kapitalleistung, die als Versorgungsbezug zu werten ist, weil sie anstelle von Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen aus früherer Beschäftigung oder Tätigkeit tritt, beitragspflichtig

Unterliegen kapitalisierte Versorgungsbezüge gemäß § 229 Abs. 1 Satz 1 und 3 SGB V der Beitragspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung, gilt **ein Einhundertzwanzigstel der Kapitalleistung als fiktiver monatlicher Zahlbetrag** der Versorgungsbezüge, längstens jedoch für einhundertzwanzig Monate (§ 229 Abs. 1 Satz 3 letzter Satzteil). Für den nach den vorgenannten Maßstäben ermittelten (fiktiven) monatlichen Zahlbetrag der Versorgungsbezüge ist neben der Beitragsbemessungsgrenze des § 223 Abs. 3 SGB V auch die Bestimmung über den mindestbeitragspflichtigen Betrag nach § 226 Abs. 2 SGB V zu beachten, da die in dieser Vorschrift festgelegte „**Bagatell- bzw. Freigrenze**“ nicht nur für regelmäßig wiederkehrende Leistungen, also laufende Versorgungsbezüge zur Anwendung kommt, sondern **gleichermaßen auch für Kapitalleistungen gilt**. Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung sind somit aus Kapitalleistungen nicht zu entrichten, wenn der nach Maßgabe des § 229 Abs. 1 Satz 3 SGB V auf den Kalendermonat umgelegte Anteil der Kapitalleistung ein Zwanzigstel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 SGB IV, im Jahr 2014 also 138,25 Euro, nicht übersteigt.

Nach Auffassung des Bundessozialgerichts und des Bundesverfassungsgerichts bestehen gegen die Heranziehung von Versorgungsbezügen in der Form der nicht wiederkehrenden Leistungen und deren seit dem 01. Januar 2004 geltende uneingeschränkte Beitragspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 229 Abs. 1 Satz 3 SGB V **keine verfassungsrechtlichen Bedenken**. Im Rahmen seines Nichtannahmebeschlusses vom 07. April 2008 führte das Bundesverfassungsgericht hierzu unter anderem aus, dass § 229 Abs. 1 Satz 3 SGB V in der Fassung des GMG insbesondere mit dem allgemeinen Gleichheitssatz des Art. 3 Abs. 1 GG vereinbar sei, da kein wesentlicher materieller Unterschied bezüglich der beschäftigungsbezogenen Einnahmen zwischen laufend gezahlten Versorgungsbezügen und nicht regelmäßig wiederkehrenden Leistungen identischen Ursprungs und gleicher Zwecksetzung, insbesondere einmaligen Kapitalleistungen aus Direktversicherungen, festgestellt werden könne. Die im Beschäftigungsverhältnis wurzelnde, auf einer bestimmten Ansparleistung während des Erwerbslebens beruhende einmalige Zahlung einer Kapitalabfindung sei nicht grundsätzlich anders zu bewerten als eine auf gleicher Ansparleistung beruhende, laufende Rentenleistung; sie unterschieden sich allein durch die Art der Auszahlung.

**Die beitragspflichtigen Einnahmen freiwilliger Mitglieder**, also die Bemessungsgrundlage, nach der sich – zusammen mit dem Beitragssatz – der Beitrag richtet, **sind in § 240 SGB V geregelt**. Diese Vorschrift gilt für alle freiwilligen Mitglieder der GKV und damit auch für freiwillig versicherte Rentner. Nach § 240 Abs. 1 Satz 1 SGB V wird die Beitragsbemessung für freiwillige Mitglieder einheitlich durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen geregelt. § 240 SGB V überlässt die Regelung der Bemessungsgrundlagen damit der **Regelungskompetenz des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen**, dessen Normsetzungsermessen jedoch durch die gesetzlichen Bestimmungen des § 240 SGB V begrenzt wird. In Ausgestaltung der Ermächtigungsnorm des § 240 Abs. 1 Satz 1 SGB V hat der GKV-Spitzenverband „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)“ vom 27. Oktober 2008, zuletzt geändert am 27. November 2013, vorgelegt. Sie enthalten für alle Krankenkassen verpflichtende Vorgaben zur

einheitlichen Bemessung und Erhebung der Beiträge zur Krankenversicherung und zur Pflegeversicherung freiwilliger Mitglieder.

Die Festlegung der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder muss nach § 240 Abs. 1 Satz 2 SGB V sicherstellen, dass die Beitragsbelastung die **gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des freiwilligen Mitglieds** berücksichtigt. Die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit bestimmt sich insoweit nach den Einnahmen und Geldmitteln, die das Mitglied zum Lebensunterhalt verbraucht oder verbrauchen könnte, ohne Rücksicht auf die steuerliche Behandlung. Welche beitragspflichtigen Einnahmen zur Ermittlung der gesamten wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit im Sinne des § 240 Abs. 1 Satz 2 SGB V zu berücksichtigen sind, wird vom GKV-Spitzenverband in § 3 Abs. 1 der Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler (BVSzGs) konkretisiert. Zu den beitragspflichtigen Einnahmen der freiwillig Versicherten zählen danach unter anderem auch der Zahlbetrag der Versorgungsbezüge (§ 3 Abs. 1 Satz 1 BVSzGs).

§ 240 Abs. 1 Satz 2 SGB V wird durch die Regelung in § 240 Abs. 2 Satz 1 SGB V ergänzt. Danach sind bei der Bestimmung der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit freiwilliger Mitglieder „mindestens“ die Einnahmen zu berücksichtigen, die bei einem vergleichbaren versicherungspflichtig Beschäftigten der Beitragsbemessung zugrunde zu legen sind. Durch § 240 Abs. 2 Satz 1 SGB V soll die Beitragsbemessung der versicherungspflichtig Beschäftigten als **Mindestbasis für die freiwillig Versicherten** übernommen und so verhindert werden, dass ein freiwilliges Mitglied beitragsmäßig geringer belastet wird als ein vergleichbarer versicherungspflichtig Beschäftigter. Zu diesen beitragspflichtigen Einnahmen versicherungspflichtig Beschäftigter gehört nach § 226 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V auch der Zahlbetrag der der Rente vergleichbaren Einnahmen (Versorgungsbezüge) im Sinne des § 229 SGB V, der dementsprechend in § 3 Abs. 1 Satz 1 der „Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler“ (BVSzGs) des GKV-Spitzenverbandes als beitragspflichtige Einnahme bezeichnet wird.

Die bei versicherungspflichtigen Mitgliedern für Versorgungsbezüge im Sinne des § 226 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V vorgesehene **Bagatellklausel bzw. Freigrenze des § 226 Abs. 2 SGB V gilt bei der Beitragsbemessung für freiwillige Mitglieder nach § 240 SGB V nicht**. Deren Geltung ist in § 3 Abs. 4 der „Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler“ (BVSzGs) des GKV-Spitzenverbandes für § 240 SGB V vielmehr ausdrücklich ausgeschlossen worden. Anders als bei versicherungspflichtigen Rentnern sind Beiträge aus Versorgungsbezügen – und damit auch aus Renten der betrieblichen Altersversorgung im Sinne des § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V – von freiwillig versicherten Rentner folglich auch dann zu erheben, wenn diese die Mindestgrenze bzw. „Bagatellgrenze“ von einem Zwanzigstel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV nicht übersteigen.

Zu den die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit bestimmenden, zum Lebensunterhalt zur Verfügung stehenden Einnahmen im Sinne des § 240 Abs. 1 Satz 2 in Verbindung mit Abs. 2 Satz 1 SGB V zählen zumindest die Versorgungsbezüge im Sinne des § 229 Abs. 1 Satz 1 und 3 SGB V und damit auch die **Renten der betrieblichen Altersversorgung im Sinne des § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 und Satz 3 SGB V**. Auch wenn in § 240 Abs. 2 Satz 5 SGB V zur Anwendbarkeit anderer Vorschriften nur der Absatz 2 des § 229 SGB V ausdrücklich erwähnt wird, so sind gleichwohl auch für die Erhebung von Beiträgen aus Versorgungsbezügen bei freiwillig Versicherten sämtliche Regelungen des § 229 SGB V zu beachten. Dies ergibt sich aus § 240 Abs. 2 Satz 1 SGB V, nach dem die Regelung des GKV-Spitzenverbandes mindestens die Einnahmen des freiwilligen Mitglieds berücksichtigen muss, die bei einem vergleichbaren versicherungspflichtig Beschäftig-

ten der Beitragsbemessung zugrunde zu legen sind. Versorgungsbezüge unterliegen danach über § 240 Abs. 2 Satz 1 SGB V in Verbindung mit § 226 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V und § 229 SGB V auch bei freiwillig Versicherten der Beitragspflicht, soweit sie wegen einer Einschränkung der Erwerbsfähigkeit oder zur Alters- oder Hinterbliebenenversorgung erzielt werden.

Die vom 01. Januar 2004 an geltende Neufassung des § 229 Abs. 1 Satz 3 SGB V, wonach bei Kapitalleistungen **ein Einhundertzwanzigstel der Leistung als monatlicher Zahlbetrag der Versorgungsbezüge**, längstens jedoch für einhundertzwanzig Monate, gilt, ist auch bei der Beitragsbemessung für freiwillig Versicherte zu beachten. Dementsprechend ist auch eine vor dem vereinbarten Versicherungsfall ausgezahlte Kapitalleistung einer im Rahmen der betrieblichen Altersversorgung abgeschlossenen Direktversicherung als nicht regelmäßig wiederkehrende Leistung im Sinne des § 229 Abs. 1 Satz 3 SGB V zur Festsetzung der beitragspflichtigen Einnahmen eines freiwillig versicherten Rentners heranzuziehen, wenn sie nach dem Betriebsrentengesetz als vorzeitige Altersleistung bezogen wird. Vor dem 01. Januar 2004 konnten Kapitalleistungen auch für freiwillig Versicherte nur dann zur Beitragsbemessung herangezogen werden, wenn dies in einer entsprechenden Satzungsregelung festgelegt war. Über die Versorgungsbezüge im Sinne des § 229 Abs. 1 Satz 1 und 3 SGB V hinaus sind nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts bei freiwillig Versicherten zum Beispiel auch Kapitalzahlungen aus einem privaten Rentenversicherungsvertrag mit dem Zahlbetrag und nicht nur dem Ertragsanteil beitragspflichtig.

§ 248 SGB V regelt, nach welchem **Beitragsatz bei versicherungspflichtigen Mitgliedern** die Beiträge aus Versorgungsbezügen im Sinne des § 229 SGB V berechnet werden. Nach § 248 Satz 1 SGB V in der seit dem 01. Januar 2009 anwendbaren Normfassung gilt bei Versicherungspflichtigen für die Bemessung der Beiträge aus Versorgungsbezügen und damit auch aus solchen der betrieblichen Altersversorgung im Sinne des § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 und Satz 3 SGB V der **(volle) allgemeine Beitragsatz nach § 241 SGB V** in Höhe von derzeit 15,5 Prozent. Zusätzlich kann die Krankenkasse von ihren Mitgliedern gemäß § 242 SGB V einen einkommensunabhängigen Zusatzbeitrag erheben, soweit ihr Finanzbedarf nicht ausreichend durch die Beitragserhebung nach § 241 SGB V gedeckt ist. Die danach anfallenden Krankenversicherungsbeiträge haben die pflichtversicherten Versorgungsempfänger nach § 250 Abs. 1 Nr. 1 SGB V allein zu tragen.

Auf die der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung vergleichbaren Einnahmen im Sinne von § 180 Abs. 5 Nr. 2 RVO (Versorgungsbezüge) war **vor Inkrafttreten des SGB V am 01. Januar 1989** als Beitragsatz demgegenüber **nur der halbe allgemeine Beitragsatz** der jeweiligen Krankenkasse anzuwenden. Dabei blieb es bis zum 31. Dezember 2003. Die Beiträge aus Versorgungsbezügen waren seit ihrer Einbeziehung in die beitragspflichtigen Einnahmen der Versicherungspflichtigen im Jahr 1983 jedoch immer von den Versicherungspflichtigen allein zu tragen (§ 381 Abs. 2 RVO in der Fassung des RAG 1982 und § 250 Abs. 1 Nr. 1 SGB V). Diese Regelung über die Beitragstragung bei Versorgungsbezügen beruhte auf dem Grundsatz, dass an der Beitragstragung Dritte neben oder anstelle des Versicherungspflichtigen nur beteiligt werden können, wenn ihre Heranziehung zur Beitragstragung durch eine besondere Verantwortung für die Beteiligung an der Finanzierung gerechtfertigt werden kann. Bei den Versorgungsbezügen sah der Gesetzgeber keine Berechtigung, neben dem Versicherungspflichtigen selbst einen anderen Vermögensträger, wie etwa die Zahlstelle der Versorgungsbezüge, zur Beitragstragung heranzuziehen. Bei Einführung der Beitragspflicht von Versorgungsbezügen sollte die aus der Beitragsregelung folgende Beitragslast der Versicherungspflichtigen systemwidrig durch die besonderen Regelungen über den halben Beitragsatz für Versorgungsbezüge gemindert werden.

Die Bemessung der Beiträge aus Versorgungsbezügen Versicherungspflichtiger nach der Hälfte des jeweils am 01. Juli geltenden allgemeinen Beitragssatzes der jeweiligen Krankenkasse für das folgende Kalenderjahr nach der bis zum 31. Dezember 2003 geltenden Fassung des § 248 SGB V wurde **mit dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) mit Wirkung vom 01. Januar 2004 aufgegeben**. Nach § 248 Satz 1 SGB V in der Fassung des GMG galt seit diesem Zeitpunkt bei Versicherungspflichtigen für die Bemessung der Beiträge aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen der jeweils am 01. Juli geltende (**volle**) **allgemeine Beitragssatz** ihrer Krankenkasse für das folgende Kalenderjahr. Die Halbierung des allgemeinen Beitragssatzes für aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen zu entrichtende Beiträge war damit grundsätzlich entfallen. Die Vorschrift des § 248 Satz 1 SGB V in der Fassung des GMG führte damit **faktisch zu einer Verdoppelung** der von versicherungspflichtigen Rentnern aus dem Versorgungsbezug zu zahlenden Beiträge gegenüber dem bis zum 31. Dezember 2003 geltenden Recht, weil nach dem unveränderten § 250 Abs. 1 Nr. 1 SGB V die Beiträge weiterhin allein vom Mitglied zu tragen waren. Hintergrund für die Neuregelung des § 248 Satz 1 SGB V durch das GMG war, dass Rentner, die Versorgungsbezüge erhalten, in angemessenem Umfang an der Finanzierung der für sie anfallenden Leistungsaufwendungen beteiligt werden sollten. Nach mehreren weiteren Änderungen wurde die Vorschrift des § 248 SGB V schließlich durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) vom 26. März 2007 im Zusammenhang mit der Einführung des einheitlichen Beitragssatzes aller Krankenkassen mit Wirkung zum 01. Januar 2009 erneut modifiziert. Aufgrund von § 248 Satz 1 SGB V in der Fassung des GKV-WSG findet nunmehr seit diesem Zeitpunkt für Versicherungspflichtige bei der Bemessung der Beiträge aus Versorgungsbezügen für die Versicherten aller Krankenkassen einheitlich der allgemeine Beitragssatz nach § 241 SGB V Anwendung.

Nach Auffassung des Bundessozialgerichts und des Bundesverfassungsgerichts ist die **Bemessung der Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung aus Versorgungsbezügen nach dem vollen allgemeinen Beitragssatz** gemäß § 248 Satz 1 SGB V in der Fassung des GMG und die hiermit einhergehende faktische Verdoppelung der von versicherungspflichtigen Rentnern aus dem Versorgungsbezug zu zahlenden Beiträge gegenüber dem bis zum 31. Dezember 2003 geltenden Recht **verfassungskonform** und verstößt insbesondere weder gegen den allgemeinen Gleichheitsgrundsatz des Art. 3 Abs. 1 GG noch gegen Art. 2 Abs. 1 GG. Zur Begründung der Vereinbarkeit des § 248 Satz 1 SGB V in der Fassung des GMG mit dem allgemeinen Gleichheitssatz des Art. 3 Abs. 1 GG führt das Bundesverfassungsgericht in seinem Nichtannahmebeschluss vom 28. Februar 2008 unter anderem aus, auf der Ebene des Beitragssatzes habe § 248 SGB V in der Fassung des GMG nicht eine Ungleichbehandlung eingeführt, sondern eine bis dahin bestehende Ungleichbehandlung beseitigt, welche die Empfänger von Versorgungsbezügen im Vergleich zu den Beziehern einer Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung begünstigt habe, denn Rentenbezieher hätten auch schon vor dem 01. Januar 2004 Beiträge nach dem allgemeinen Beitragssatz entrichten müssen. Eine Ungleichbehandlung erführen die Empfänger von Versorgungsbezügen im Vergleich zu den Personen, die eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung bezögen, erst aufgrund der Regelungen über die Beitragstragung, also über die tatsächliche Zahllast, da bei Beziehern einer gesetzlichen Rente der Rentenversicherungsträger nach § 249a SGB V die Hälfte der nach der Rente zu bemessenden Beiträge trage, während Bezieher von Versorgungsbezügen die Beiträge nach § 250 Abs. 1 Nr. 1 SGB V allein zu tragen hätten. Aus Art. 3 Abs. 1 GG lasse sich aber kein verfassungsrechtliches Gebot ableiten, dass die Pflichtmitglieder der GKV jedenfalls im wirtschaftlichen Ergebnis so zu stellen seien, dass sie auf ihre beitragspflichtigen Einkünfte stets nur den halben Beitragssatz zu entrichten hätten.

Nach § 248 Abs. 2 SGB V in der Fassung des Art. 1 GRG vom 20. Dezember 1988 galt ab dem Inkrafttreten des SGB V am 01. Januar 1989 für alle **freiwilligen Mitglieder**, die bei Vollendung des 65. Lebensjahres versichert und seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres mindestens neun Zehntel der zweiten Hälfte dieses Zeitraumes Mitglied einer Krankenkasse oder mit einem Mitglied verheiratet und nicht mehr als nur geringfügig beschäftigt oder geringfügig selbständig tätig waren, **für die Beiträge auf Versorgungsbezüge nur die Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes**, während vor 1989 nach dem Recht der RVO die Versorgungsbezüge bei freiwillig Versicherten ausnahmslos mit dem vollen Beitragssatz belastet wurden. Diese Regelung wurde mit Wirkung vom 01. Januar 1993 an durch das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) aufgehoben. Begründet wurde die Aufhebung des § 248 Abs. 2 SGB V alter Fassung mit der Absicht, die freiwillig Versicherten nach dem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben den gleichen Maßstäben zu unterwerfen wie während des Erwerbslebens. Um in den bereits bestehenden Fällen Vertrauensschutz zu gewährleisten, wurde durch das GSG in § 240 Abs. 3a SGB V alter Fassung eine **Besitzstandsregelung** getroffen. Danach galt der nach § 248 Abs. 2 SGB V alter Fassung für Versorgungsbezüge anzuwendende halbe Beitragssatz für die freiwilligen Mitglieder weiter, bei denen am 31. Dezember 1992 § 248 Abs. 2 SGB V alter Fassung anzuwenden war.

Mit Wirkung vom 01. Januar 2004 wurde die **Besitzstandsregelung des § 240 Abs. 3a SGB V** durch das GMG vom 14. November 2003 **ersatzlos gestrichen**. Spätestens mit Ablauf des 31. Dezember 2003 ist damit auch für freiwillig Versicherte jede einfachgesetzliche Möglichkeit entfallen, die Beiträge auf ihre Versorgungsbezüge nur nach dem halben allgemeinen Beitragssatz zu bemessen. Dies ergibt sich daraus, dass – über die Streichung des § 240 Abs. 3a SGB V alter Fassung hinaus – aufgrund der mit Wirkung vom 01. Januar 2004 durch das GMG eingefügten Verweisungsvorschrift des § 240 Abs. 2 Satz 3 SGB V alter Fassung (jetzt Satz 5) seit diesem Zeitpunkt die Bestimmung des § 248 SGB V anzuwenden ist, die für Versicherungspflichtige und damit auch für versicherungspflichtige Rentner seit dem 01. Januar 2004 nunmehr die Erhebung von Beiträgen aus Versorgungsbezügen nach dem vollen allgemeinen Beitragssatz des § 241 SGB V vorsieht. Nach der gesetzlichen Begründung zu § 240 Abs. 2 Satz 3 SGB V in des GMG soll mit dem Verweis sichergestellt werden, dass für freiwillig versicherte Rentner keine günstigeren Beitragssätze Anwendung finden als für pflichtversicherte Rentner. Die Regelung, nach der die Beiträge freiwilliger Mitglieder, bei denen Versorgungsbezüge – und damit auch solche der betrieblichen Altersversorgung im Sinne des § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 und Satz 3 SGB V – beitragspflichtige Einnahmen sind, stets nach dem allgemeinen Beitragssatz des § 241 SGB V zu bemessen sind, ist zwingend.

Nach § 250 Abs. 2 SGB V tragen freiwillige Mitglieder und damit auch **freiwillig versicherte Versorgungsleistungsempfänger die anfallenden Krankenversicherungsbeiträge allein**, die sie gemäß § 252 Abs. 1 Satz 1 SGB V auch zu zahlen haben. Die Vorschriften der §§ 240 Abs. 2 Satz 3, 248 Satz 1 SGB V in der Fassung des GMG haben bei freiwillig versicherten Rentnern, auf deren Versorgungsbezüge bis zum 31. Dezember 2003 die Bestimmung des § 240 Abs. 3a SGB V alter Fassung Anwendung fand, **seit dem 01. Januar 2004 damit faktisch eine Verdoppelung der aus den Versorgungsbezügen zu zahlenden Beiträge gegenüber dem bis zu diesem Zeitpunkt geltenden Recht bewirkt**. Weil nach den seit dem Inkrafttreten des SGB V am 01. Januar 1989 unverändert gebliebenen Regelungen in den §§ 250 Abs. 2, 252 Abs. 1 Satz 1 SGB V die Beiträge weiterhin allein vom freiwillig versicherten Mitglied zu tragen und zu zahlen sind, trifft die Erhöhung im wirtschaftlichen wie im rechtlichen Ergebnis allein das Mitglied und verdoppelt dessen Beitragslast aus Versorgungsbezügen.

Nach Auffassung des Bundessozialgerichts verletzt die **Aufhebung der Besitzstandsregelung des § 240 Abs. 3a SGB V alter Fassung zum 01. Januar 2004 die betroffenen freiwilligen Mitglieder nicht in ihrem Grundrechten**. Ohne die Aufhebung von § 240 Abs. 3a SGB V alter Fassung wären – so führt das Bundessozialgericht aus – die von dieser Vorschrift Begünstigten beitragsrechtlich gegenüber allen anderen beitragspflichtigen Mitgliedern privilegiert, ohne dass dafür ein rechtfertigender sachlicher Grund ersichtlich sei. Nach Auffassung des Bundessozialgerichts begegnet die gesetzliche Regelung, nach der vom 01. Januar 2004 an für die Bemessung der Krankenversicherungsbeiträge aus Versorgungsbezügen der volle allgemeine Beitragssatz gilt und die Beiträge allein vom Versicherten zu tragen sind, deshalb nicht nur bei Pflichtversicherten, sondern auch bei freiwillig Versicherten keinen verfassungsrechtlichen Bedenken.

### Soziale Pflegeversicherung

**In den Schutz der sozialen Pflegeversicherung sind** gemäß § 1 Abs. 2 Satz 1 SGB XI kraft Gesetzes alle einbezogen, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind. Das SGB XI folgt damit im Verhältnis zwischen der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung dem **Grundsatz: „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“**. Nach § 20 Abs. 1 Satz 1 SGB XI sind die versicherungspflichtigen Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung auch in der sozialen Pflegeversicherung versicherungspflichtig. § 20 Abs. 3 SGB XI bestimmt, dass auch freiwillige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung in der sozialen Pflegeversicherung versicherungspflichtig sind. Sofern Rentner nach § 9 SGB V freiwillig in der GKV versichert sind, unterliegen sie mithin dem Versicherungspflichttatbestand des § 20 Abs. 3 SGB XI.

§ 57 Abs. 1 Satz 1 SGB XI bestimmt, dass **bei Mitgliedern der Pflegekasse, die in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind**, für die Beitragsbemessung unter anderem die §§ 226 bis 238 SGB V gelten. Da bei in der GKV versicherungspflichtigen Rentnern gemäß § 237 Satz 1 Nr. 2 in Verbindung mit den §§ 237 Abs. 2, 229 SGB V Versorgungsbezüge im Sinne des § 229 Abs. 1 Satz 1 und 3 SGB V „als der Rente vergleichbare Einnahmen“ der Beitragsbemessung in der GKV zugrunde gelegt werden, sind Leistungen der betrieblichen Altersversorgung im Sinne des § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 und Satz 3 SGB V der Beitragspflicht in der sozialen Pflegeversicherung in gleichem Umfang unterworfen wie in der GKV. Nach § 57 Abs. 1 Satz 1 SGB XI in Verbindung mit § 237 Abs. 2 SGB V gilt auch die Bagatell- bzw. Freigrenze des § 226 Abs. 2 SGB V entsprechend. Versorgungsbezüge – und damit auch Leistungen der betrieblichen Altersversorgung im Sinne des § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 und Satz 3 SGB V – sind daher auch in der sozialen Pflegeversicherung nur beitragspflichtig, wenn diese monatlichen Einnahmen insgesamt die Mindestgrenze bzw. „Bagatellgrenze“ von einem Zwanzigstel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV übersteigen.

Nach § 57 Abs. 4 Satz 1 SGB XI ist in der sozialen Pflegeversicherung **bei freiwilligen Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung** – und damit auch bei freiwillig in der GKV versicherten Rentnern – für die Beitragsbemessung § 240 SGB V entsprechend anzuwenden. Damit werden die beitragspflichtigen Einnahmen derjenigen, die in der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 9 SGB V freiwillig und in der sozialen Pflegeversicherung gemäß § 20 Abs. 3 SGB XI pflichtversichert sind, dem Regelungsgeflecht des § 240 SGB V unterworfen. Der Verweis in § 57 Abs. 4 Satz 1 SGB XI auf die Vorschriften des § 240 SGB V hat unter anderem zur Konsequenz, dass **bei in der GKV freiwillig versicherten** und in der sozialen Pflegeversicherung gemäß § 20 Abs. 3 SGB XI damit pflichtversicherten Rentnern **die in § 226 Abs. 2 SGB V für Versorgungsbe-**



**zügen im Sinne des § 229 Abs. 1 Satz 1 und 3 SGB V vorgesehene Bagatellklausel nicht zur Anwendung kommt**, da diese Regelung bei freiwillig in der GKV versicherten Rentnern nicht gilt. Deren Geltung ist in § 3 Abs. 4 der „Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler“ (BVSzGs) des GKV-Spitzenverbandes für § 240 SGB V ausdrücklich ausgeschlossen worden. Anders als bei gemäß § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 11 SGB XI in Verbindung mit § 5 Abs. 1 Nr. 11, 11 a oder 12 SGB V in der sozialen Pflegeversicherung pflichtversicherten Rentnern sind Beiträge aus Versorgungsbezügen – und damit auch aus Leistungen der betrieblichen Altersversorgung im Sinne des § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 und Satz 3 SGB V – von diesen in der sozialen Pflegeversicherung versicherungspflichtigen Rentnern folglich auch dann zu erheben, wenn diese die Mindest- bzw. Freigrenze von einem Zwanzigstel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV nicht übersteigen.

Der **allgemeine Beitragssatz in der sozialen Pflegeversicherung** beträgt gemäß § 55 Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 1 SGB XI bundeseinheitlich derzeit 2,05 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder. Er wird durch Gesetz festgelegt (§ 55 Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 2 SGB XI). Die Bemessung der Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung aus Versorgungsbezügen im Sinne des § 229 Abs. 1 Satz 1 SGB V mit dem vollen allgemeinen Beitragssatz ist nach Auffassung des Bundessozialgerichts nicht zu beanstanden und auch **nicht verfassungswidrig**. Für Kinderlose enthält § 55 Abs. 3 SGB XI eine Sonderregelung.

In § 59 Abs. 1 Satz 1 SGB XI ist festgelegt, dass unter anderem für die nach § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 11 SGB XI versicherten Mitglieder der sozialen Pflegeversicherung, die in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind, für die **Tragung der Beiträge** die Bestimmung des § 250 Abs. 1 SGB V entsprechend gilt. Deshalb müssen nach § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 11 SGB XI pflichtversicherte Betriebsrentenempfänger die auf ihre Versorgungsbezüge entfallenden Pflegeversicherungsbeiträge in vollem Umfang selber tragen (§ 59 Abs. 1 Satz 1 SGB XI in Verbindung mit § 250 Abs. 1 Nr. 1 SGB V). Auch der Beitragszuschlag für Kinderlose nach § 55 Abs. 3 SGB XI ist gemäß § 59 Abs. 5 SGB XI von ihnen zu tragen. Mitglieder der sozialen Pflegeversicherung, die in der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig versichert sind und damit auch die in der GKV nach § 9 SGB V freiwillig versicherten Rentner, tragen gemäß § 59 Abs. 4 Satz 1 SGB XI die auf ihre Versorgungsbezüge entfallenden Pflegeversicherungsbeiträge ebenfalls in vollem Umfang allein. Auch der Beitragszuschlag für Kinderlose nach § 55 Abs. 3 SGB XI ist gemäß § 59 Abs. 5 SGB XI von ihnen zu tragen.

## 1. Einleitung

Leistungen der betrieblichen Altersversorgung und sonstige sog. Versorgungsbezüge unterliegen „als der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung vergleichbare Einnahmen“ seit langem der Beitragspflicht in der gesetzlichen Kranken- und sozialen Pflegeversicherung, soweit sie wegen einer Einschränkung der Erwerbsfähigkeit oder zur Alters- oder Hinterbliebenenversorgung erzielt werden und auf eine frühere Erwerbstätigkeit des Versorgungsempfängers zurückzuführen sind. Seit Einführung der Beitragspflicht aus Versorgungsbezügen mit dem Rentenanpassungsgesetz (RAG) vom 1. Dezember 1981<sup>1</sup> zum 1. Januar 1983 hat der Gesetzgeber durch eine Vielzahl von Änderungen im Beitragsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung Leistungen der betrieblichen Altersversorgung in zunehmend größerem Umfang der Beitragspflicht unterworfen und die Beitragslast der betroffenen Betriebsrentenempfänger dadurch deutlich erhöht. Von besonderer Bedeutung sind in diesem Zusammenhang die mit Wirkung vom 1. Januar 2004 durch das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG)<sup>2</sup> vorgenommenen Änderungen, nach denen seit diesem Zeitpunkt für Renten der betrieblichen Altersversorgung und sonstige Versorgungsbezüge – anders als nach dem bis zum 31. Dezember 2003 geltenden Recht – nicht mehr nur der halbe, sondern der (volle) allgemeine Beitragssatz gilt und jede Kapitalleistung, die als Versorgungsbezug zu werten ist, weil sie an die Stelle von Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen aus früherer Beschäftigung oder Tätigkeit tritt, uneingeschränkt beitragspflichtig ist. Die Bemessung der Beiträge aus Betriebsrenten nach dem vollen allgemeinen Beitragssatz führte faktisch zu einer Verdoppelung der von versicherungspflichtigen und freiwillig versicherten Rentnern aus dem Versorgungsbezug zu zahlenden Beiträge gegenüber dem bis zum 31. Dezember 2003 geltenden Recht, weil die Beiträge weiterhin allein vom Mitglied zu tragen waren. Da die gegenwärtige Rechtslage auch im Übrigen wesentlich durch das zuvor geltende - immer noch nachwirkende - Recht geprägt ist und die mit den vielfältigen gesetzgeberischen Änderungen verknüpften rechtlichen und insbesondere verfassungsrechtlichen Probleme der Verbeitragung von Leistungen der betrieblichen Altersversorgung nur vor diesem Hintergrund hinreichend verständlich werden, soll nachfolgend – über die Darstellung der aktuellen Rechtslage hinaus und soweit sachlich geboten - auch die Entstehungsgeschichte der jeweils maßgeblichen Regelungen in die Ausführungen einbezogen werden.

## 2. Krankenversicherung der Rentner

### 2.1. Versicherter Personenkreis

#### 2.1.1. Versicherungspflichtige Rentner

In die Krankenversicherung der Rentner (KVdR) sind alle Rentner einbezogen, die nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V<sup>3</sup>) der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) unterliegen. Die Versicherungspflicht nach dieser Bestimmung setzt

---

1 BGBl. I, S. 1205

2 Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) vom 14. November 2003, BGBl. S. 2190

3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Art. 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), zuletzt geändert durch Art. 1 des Gesetzes vom 27. März 2014 (BGBl. I S. 261)

zunächst voraus, dass ein Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung<sup>4</sup> besteht und dass eine solche Rente beantragt worden ist<sup>5</sup>. Um den Zugang zur KVdR nur bei einer sowohl hinreichend dauerhaften als auch aktuellen Verbindung zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und deren Solidarausgleich zu eröffnen, hängt die Versicherungspflicht ferner davon ab, dass die betreffende Person seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Stellung des Rentenanspruchs (sog. Rahmenfrist) mindestens neun Zehntel der zweiten Hälfte dieses Zeitraums Mitglied der GKV oder nach § 10 SGB V familienversichert war (sog. Vorversicherungszeit)<sup>6</sup>. Auf ein Versicherungsverhältnis im Zeitpunkt der Rentenanspruchstellung kommt es hingegen nicht an<sup>7</sup>. Ebenso wenig muss die Vorversicherungszeit zusammenhängend „in einem Stück“ erfüllt worden sein<sup>8</sup>.

Hinsichtlich der Versicherungspflicht von rentenberechtigten selbständigen Künstlern und Publizisten, die eine selbständige künstlerische oder publizistische Tätigkeit vor dem 01. Januar 1983 aufgenommen haben, trifft der durch Art. 2 Nr. 1 des Zweiten Gesetzes zur Änderung des Künstlersozialversicherungsgesetzes und anderer Gesetze vom 13. Juni 2001<sup>9</sup> zum 01. Juli 2001 eingefügte § 5 Abs. 1 Nr. 11a SGB V eine spezielle, erleichternde Regelung zur Vorversicherungszeit, weil diese Personen erst seit Einführung der Künstlersozialversicherung durch das Künstlersozialversicherungsgesetz (KSVG) vom 27. Juli 1981<sup>10</sup> zum 01. Januar 1983 einer Versicherungspflicht unterliegen und daher bei vorherigem Eintritt ins Erwerbsleben die in § 5 Abs. 1 Nr. 11 SGB V geforderte Vorversicherungszeit nur unter erschwerten Voraussetzungen – und deshalb häufig gar nicht – erfüllen konnten. Insoweit macht § 5 Abs. 1 Nr. 11a SGB V die Versicherungspflicht davon abhängig, dass die betreffende Person mindestens neun Zehntel des Zeitraums zwischen dem 01. Januar 1985 und der Stellung des Rentenanspruchs in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert war, wobei es sich um Versicherungszeiten nach dem KSVG handeln muss. Für Personen, die am 03. Oktober 1990 ihren Wohnsitz im Beitrittsgebiet hatten, ist anstelle des 01. Januar 1985 der 01. Januar 1992 maßgebend (§ 5 Abs. 1 Nr. 11a Halbsatz 2 SGB V).

- 
- 4 Zu den verschiedenen Rentenarten wegen Alters, wegen verminderter Erwerbsfähigkeit oder wegen Todes vgl. näher § 33 SGB VI (Sechstes Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Rentenversicherung – in der Fassung der Bekanntmachung vom 19. Februar 2002 [BGBl. I S. 754, 1404, 3384], zuletzt geändert durch Art. 1 des Gesetzes vom 23. Juni 2014 [BGBl. I S. 787])
- 5 Zum Antrag vgl. § 115 SGB VI
- 6 Zimmermann, in: Sodan, Handbuch des Krankenversicherungsrechts, § 4 Rn. 31; siehe dazu auch BSGE 78, 297 (306), auch zur Verfassungsmäßigkeit dieser Regelung
- 7 Gerlach, in: Hauck/Noftz, § 5 SGB V Rn. 414
- 8 Zimmermann, in: Sodan, Handbuch des Krankenversicherungsrechts, § 4 Rn. 31; zu den weiteren Voraussetzungen der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 SGB V vgl. Zimmermann, in: Sodan, Handbuch des Krankenversicherungsrechts, § 4 Rn. 32 f.
- 9 BGBl. I S. 1027
- 10 Gesetz über die Sozialversicherung der selbständigen Künstler und Publizisten (Künstlersozialversicherungsgesetz – KSVG) vom 27. Juli 1981, BGBl. I S. 705

Für rentenberechtigte Fremdentner (Vertriebene oder Spätaussiedler) nach § 1 oder § 17 a Fremdentengesetz (FRG)<sup>11</sup> oder vertriebene Verfolgte nach § 20 WGSVG<sup>12</sup> bestimmt § 5 Abs. 1 Nr. 12 SGB V eine Versicherungspflicht, wenn sie ihren Wohnsitz innerhalb der letzten zehn Jahre vor der Stellung des Rentenanspruchs in das Inland verlegt haben. Eine Wohnsitzverlegung nach Rentenanspruchstellung genügt nicht<sup>13</sup>. Der Erfüllung einer Vorversicherungszeit bedarf es für diese Personen nicht.

#### 2.1.2. Freiwillig versicherte Rentner

Rentner, die nicht die Voraussetzungen für die Versicherungspflicht nach den vorgenannten Tatbeständen des § 5 Abs. 1 Nr. 11, 11 a oder Nr. 12 SGB V erfüllen, können der gesetzlichen Krankenversicherung unter den Voraussetzungen des § 9 SGB V freiwillig beitreten. Mit der Regelung in § 9 SGB V über die freiwillige Versicherung öffnet sich die GKV für Personen, die nicht so schutzbedürftig sind, dass sie der Versicherungspflicht oder der beitragsfreien Familienversicherung nach § 10 SGB V bedürften<sup>14</sup>. Vorwiegend geht es um den Erhalt eines bestehenden Versicherungsschutzes (Weiterversicherung), denn der Wechsel in die private Krankenversicherung (PKV) kann wegen Alters oder wegen Erkrankungen kostenintensiv oder gar unmöglich sein, wenn die Versicherungspflicht in der GKV endet<sup>15</sup>. Daneben wird aber auch der erstmalige Zugang zur GKV eröffnet<sup>16</sup>. Eine Pflichtmitgliedschaft hat gemäß § 191 Nr. 2 SGB V Vorrang vor der freiwilligen Versicherung.

Für Rentner kommt vor allem ein Beitritt nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V in Betracht. Nach dieser Vorschrift können Personen der GKV freiwillig beitreten, die als Mitglieder aus der Versicherungspflicht ausgeschieden sind und in den letzten fünf Jahren vor dem Ausscheiden mindestens vierundzwanzig Monate oder unmittelbar vor dem Ausscheiden ununterbrochen mindestens zwölf Monate versichert waren (§ 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Halbsatz 1 SGB V). Eine Weiterversicherung nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V kommt nur nach Ende einer Versicherungspflicht, nicht nach Ende einer freiwilligen Versicherung in Betracht. Auf den Grund des Ausscheidens aus der Versicherungspflicht kommt es nach dem Wortlaut der Regelung nicht an, so dass auch das Ausscheiden aufgrund einer Befreiung nach § 8 SGB V eine Versicherungsberechtigung nach § 9 Abs.

---

11 Fremdentengesetz in der im Bundesgesetzblatt III, Gliederungsnummer 824-2, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch Art. 16 Abs. 2 des Gesetzes vom 19. Oktober 2013 (BGBl. I S. 3836)

12 Gesetz zur Regelung der Wiedergutmachung nationalsozialistischen Unrechts in der Sozialversicherung (WGSVG) vom 22. Dezember 1970 (BGBl. I S. 1846), zuletzt geändert durch Art. 11 des Gesetzes vom 24. Juni 1993 (BGBl. I S. 1038)

13 Bundessozialgericht, SozR 3-2500, § 5 SGB V Nr. 18, S. 65 ff.

14 Just, in: Becker/Kingreen, SGB V, § 9 Rn. 1

15 Peters, in: Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, § 9 SGB V Rn. 2; Just, in: Becker/Kingreen, SGB V, § 9 Rn. 1

16 Vgl. die Legaldefinition der Versicherungsberechtigung in § 2 Abs. 1 SGB IV (Viertes Buch Sozialgesetzbuch – Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung – in der Fassung der Bekanntmachung vom 12. November 2009 [BGBl. I S. 3710, 3973; 2011 I S. 363], zuletzt geändert durch Art. 4 des Gesetzes vom 19. Oktober 2013 [BGBl. I S. 3836])

1 Satz 1 Nr. 1 SGB V nach sich ziehen kann<sup>17</sup>. Allerdings endet die Mitgliedschaft von Personen, deren Versicherungspflicht wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze des § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V nach § 6 Abs. 4 SGB V erlischt, nur dann zu dem in dieser Vorschrift vorgesehenen Zeitpunkt, wenn das Mitglied innerhalb von zwei Wochen nach Hinweis der Krankenkasse über die Austrittsmöglichkeit seinen Austritt erklärt (§ 190 Abs. 3 Satz 1 SGB V). Wird der Austritt nicht erklärt, setzt sich die Mitgliedschaft als freiwillige Mitgliedschaft fort, es sei denn, die Voraussetzungen der freiwilligen Versicherung nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V sind nicht erfüllt (§ 190 Abs. 3 Satz 2 SGB V). Unter diesen Voraussetzungen bedarf es mithin keines Beitritts mehr.

Der Beitritt zur freiwilligen Versicherung ist der Krankenkasse gemäß § 9 Abs. 2 SGB V grundsätzlich innerhalb von drei Monaten anzuzeigen, im Falle des § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V nach Beendigung der Mitgliedschaft. Hierbei handelt es sich um eine gesetzliche Ausschlussfrist<sup>18</sup>. Die freiwillige Mitgliedschaft beginnt gemäß § 188 Abs. 1 SGB V grundsätzlich mit dem Beitritt. Bei Versicherungsberechtigten nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V wirkt die Erklärung dagegen auf das Ende der früheren Mitgliedschaft zurück, so dass ein lückenloser Versicherungsschutz besteht (§ 188 Abs. 2 Satz 1 SGB V).

## 2.2. Allgemeines zur Beitragspflicht, zu den beitragspflichtigen Einnahmen der GKV-Mitglieder und zur Beitragsbemessungsgrenze

Maßgeblich für die Regelung der Beitragspflicht ist in erster Linie die Bestimmung des § 223 SGB V, die mit Wirkung vom 01. Januar 1989 durch Art. 1 des Gesundheits-Reformgesetzes (GRG) vom 20. Dezember 1988<sup>19</sup> eingeführt wurde und seitdem unverändert geblieben ist<sup>20</sup>. Nach § 223 Abs. 1 SGB V ist – soweit das SGB V nichts Abweichendes bestimmt – grundsätzlich jedes Mitglied beitragspflichtig, und zwar für jeden Kalendertag der Mitgliedschaft. Ausnahmen von der Kongruenz von Mitgliedschaft und Beitragspflicht enthalten die Vorschriften der §§ 224, 225 SGB V, die Beitragsfreiheit bei Kranken-, Mutterschafts-, Erziehungs- oder Elterngeld (§ 224 SGB V) und bei bestimmten Rentenantragstellern (§ 225 SGB V) vorsehen. Auch für nach § 10 SGB V versicherte Familienangehörige werden gemäß § 3 Satz 3 SGB V Beiträge nicht erhoben. Nach § 223 Abs. 2 Satz 1 SGB V werden die Beiträge der Mitglieder nach den beitragspflichtigen Einnahmen bemessen. Zur Art der beitragspflichtigen Einnahmen enthält das Gesetz umfangreiche und für die Höhe der Beiträge zur Krankenversicherung bedeutsame Regelungen in den §§ 226 bis 240 SGB V, in denen die einzelnen für die Beitragsbemessung relevanten Einnahmen definiert werden. Andere wirtschaftliche Bezugspunkte als die förmlich als beitragspflichtige Ein-

---

17 Just, in: Becker/Kingreen, SGB V, § 9 Rn. 6; Kruse, in: LPK-SGB V, § 9 Rn. 9; vgl. ferner Wille, in: jurisPK-SGB V, § 9 Rn. 22; instruktiv zur Problematik Peters, in: Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, § 9 SGB V Rn. 16

18 Bundessozialgericht, SozR 3-2200, § 313 RVO Nr. 1 S. 5

19 Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen (Gesundheits-Reformgesetz - GRG) vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482

20 Rixen, in: Sodan, Handbuch des Krankenversicherungsrechts, § 37 Rn. 49; Peters, in: Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, § 223 SGB V Rn. 1

nahmen benannten Vermögensgrößen scheiden aus<sup>21</sup>. § 223 Abs. 2 Satz 2 SGB V legt die grundlegenden zeitlichen Berechnungsparameter fest. Nach dieser Bestimmung ist für die Berechnung die Woche zu sieben, der Monat zu dreißig und das Jahr zu 360 Tagen anzusetzen.

Die beitragspflichtigen Einnahmen werden jedoch nicht unbegrenzt zur Berechnung der Beiträge herangezogen, sondern nur bis zur sog. Beitragsbemessungsgrenze des § 223 Abs. 3 Satz 1 SGB V. Schon aus Gründen des Äquivalenzprinzips wäre es unbillig und ab einer gewissen Grenze auch verfassungsrechtlich problematisch, Beiträge ohne eine Obergrenze festzusetzen<sup>22</sup>. Die Beitragsbemessungsgrenze des § 223 Abs. 3 Satz 1 SGB V verhindert, dass der GKV-Beitrag im Einzelfall eine im Verhältnis zum Leistungsanspruch unvertretbare Höhe erreicht und der Gedanke der solidarischen Mittelaufbringung nach dem individuellen Leistungsvermögen überstrapaziert wird<sup>23</sup>. § 223 Abs. 3 Satz 1 SGB V begrenzt die Beitragspflicht grundsätzlich auf Einnahmen bis zu einem Betrag von einem Dreihundertsechzigstel der Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 7 SGB V für den Kalendertag. Bis Ende 2002 war noch die Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 alter Fassung maßgebliche Berechnungsgrundlage für die Beitragsbemessungsgrenze<sup>24</sup>. Bei der Anhebung der Jahresarbeitsentgeltgrenze mit Wirkung vom 01. Januar 2003 wurde von einer entsprechenden Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze abgesehen und in § 223 Abs. 3 Satz 1 SGB V auf die Jahresarbeitsentgeltgrenze Bezug genommen, die nach § 6 Abs. 7 SGB V für die am 31. Dezember 2002 versicherungsfreien und in der PKV in einer substitutiven Krankenversicherung versicherten Arbeitnehmer gilt. Gemäß § 4 Abs. 2 der Sozialversicherungs-Rechengrößenverordnung 2014 vom 02. Dezember 2013<sup>25</sup> beträgt die Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 223 Abs. 3 Satz 1 in Verbindung mit § 6 Abs. 7 SGB V für das Jahr 2014 48.600 Euro. Einnahmen, die diesen Betrag übersteigen, bleiben gemäß § 223 Abs. 3 Satz 2 SGB V grundsätzlich außer Ansatz, soweit das SGB V nichts Abweichendes bestimmt (vgl. hierzu § 240 Abs. 3 SGB V und § 230 Satz 2 in Verbindung mit § 231 SGB V).

### 2.3. Renten der betrieblichen Altersversorgung als beitragspflichtige Einnahmen

Da das SGB V bei den der Beitragsbemessung zugrunde zu legenden Einnahmen der GKV-Mitglieder in den §§ 226 bis 240 SGB V unterschiedliche Regelungen für versicherungspflichtige und freiwillige Mitglieder der GKV enthält, ist auch bei dem Bezug von Leistungen der betrieblichen Altersversorgung als Bemessungsgrundlage für die Beitragserhebung in der KVdR zwischen pflichtversicherten und freiwillig versicherten Rentnern bzw. Versorgungsleistungsempfängern zu differenzieren. Danach gilt Folgendes:

- 
- 21 Rixen, in: Sodan, Handbuch des Krankenversicherungsrechts, § 37 Rn. 49; Peters, in: Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, § 223 SGB V Rn. 4
- 22 Ulmer, in: BeckOK SGB V, § 223 Rn. 3
- 23 Böttiger, in: Krauskopf, Soziale Krankenversicherung/Pflegeversicherung, § 223 SGB V Rn. 8
- 24 Böttiger, in: Krauskopf, Soziale Krankenversicherung/Pflegeversicherung, § 223 SGB V Rn. 9; Peters, in: Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, § 223 SGB V Rn. 5
- 25 Verordnung über maßgebende Rechengrößen der Sozialversicherung für 2014 (Sozialversicherungs-Rechengrößenverordnung 2014) vom 02. Dezember 2013, BGBl. I S. 4038

### 2.3.1. Versicherungspflichtige Rentner

Die beitragspflichtigen Einnahmen versicherungspflichtiger Rentner sind in § 237 SGB V geregelt. Diese Vorschrift, die inhaltlich der Vorgängervorschrift des § 180 Abs. 5 RVO entspricht<sup>26</sup> und seit dem Inkrafttreten des SGB V am 01. Januar 1989 unverändert geblieben ist, definiert abschließend die vermögensmäßigen Referenzgrößen, anhand derer die Beitragsbemessung erfolgt<sup>27</sup>. Die Bestimmung des § 237 SGB V ist nur auf versicherungspflichtige Rentner anwendbar, deren Versicherungsverhältnis ausschließlich auf dem Rentenbezug beruht. Dies sind die nach § 5 Abs. 1 Nr. 11, 11 a oder 12 SGB V versicherungspflichtigen Rentenbezieher<sup>28</sup>, aber auch Mitglieder, deren Versicherungspflicht in der KVdR nur aufgrund der Sondervorschriften des Art. 56 Abs. 1 und 2 GRG besteht und die gemäß Art. 56 Abs. 3 GRG als versicherungspflichtig nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 SGB V gelten. Bezieht ein Versicherungspflichtiger zwar eine Rente, beruht seine Versicherungspflicht aber auf einem anderen, vorrangigen Tatbestand der Versicherungspflicht (zum Beispiel einer versicherungspflichtigen Beschäftigung gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V), so ist nicht von § 237 SGB V, sondern von der für den vorrangigen Tatbestand geltenden Regelung zu den beitragspflichtigen Einnahmen auszugehen (§ 226, §§ 232 ff. SGB V)<sup>29</sup>.

Nach § 237 Satz 1 SGB V werden bei versicherungspflichtigen Rentnern im Sinne der vorangegangenen Ausführungen außer dem Arbeitseinkommen nach § 15 SGB IV (§ 237 Satz 1 Nr. 3 SGB V) und dem Zahlbetrag der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung im Sinne des § 228 SGB V (§ 237 Satz 1 Nr. 1 SGB V) auch der Zahlbetrag der der Rente vergleichbaren Einnahmen (§ 237 Satz 1 Nr. 2 SGB V) der Beitragsbemessung in der GKV zugrunde gelegt. § 237 Satz 2 SGB V erklärt einige Vorschriften des SGB V für entsprechend anwendbar und verweist dabei unter anderem auf die Legaldefinition der der Rente vergleichbaren Einnahmen (Versorgungsbezüge) in § 229 Abs. 1 Satz 1 SGB V. Als der Rente vergleichbare Einnahmen (Versorgungsbezüge) im Sinne des § 237 Satz 1 Nr. 2 SGB V gehören nach Maßgabe des § 229 Abs. 1 Satz 1 SGB V zu den beitragspflichtigen Einnahmen dieser versicherungspflichtigen Rentner damit auch „Renten der betrieblichen Altersversorgung“ im Sinne des § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V, soweit sie wegen einer Einschränkung der Erwerbsfähigkeit oder zur Alters- oder Hinterbliebenenversorgung erzielt werden und auf einer früheren Beschäftigung des Rentners beruhen<sup>30</sup>.

---

26 Zur Rechtslage nach der RVO vor Inkrafttreten des § 237 SGB V vgl. näher Gerlach, in: Hauck/Noftz, § 237 SGB V Rn. 3

27 Rixen, in: Becker/Kingreen, SGB V, § 237 Rn. 1; Rixen, in: Sodan, Handbuch des Krankenversicherungsrechts, § 37 Rn. 74; Gerlach, in: Hauck/Noftz, § 237 SGB V Rn. 2

28 Vgl. zu diesem Personenkreis näher oben zu Gliederungspunkt 2.1.1.

29 Peters, in: Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, § 237 SGB V Rn. 2 f.; Baier, in: Krauskopf, Soziale Krankenversicherung/Pflegeversicherung, § 237 SGB V Rn. 2 f.; Gerlach, in: Hauck/Noftz, § 237 SGB V Rn. 2; Hebel, in: LPK-SGB V, § 237 Rn. 1

30 Peters, in: jurisPK-SGB V, § 237 Rn. 18 f.; Gerlach, in: Hauck/Noftz, § 237 SGB V Rn. 6

### 2.3.1.1. Begriff der Betriebsrenten als Versorgungsbezüge im Sinne des § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V

#### 2.3.1.1.1. Versorgungsbezüge als beitragspflichtige Einnahmen im Sinne des § 229 Abs. 1 Satz 1 SGB V

§ 229 Abs. 1 Satz 1 SGB V zählt insgesamt fünf Einnahmearten auf, die „als der Rente vergleichbare Einnahmen (Versorgungsbezüge)“ beitragspflichtig sind, soweit sie wegen einer Einschränkung der Erwerbsfähigkeit oder zur Alters- oder Hinterbliebenenversorgung erzielt werden. Die Ziffern 1 (Versorgungsbezüge aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis oder aus einem Arbeitsverhältnis mit Anspruch auf Versorgung nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen) und 3 (Renten der Versicherungs- und Versorgungseinrichtungen, die für Angehörige bestimmter Berufe errichtet sind) sind dabei von untergeordneter Bedeutung, weil ihre Bezüher als (ehemalige) Beamte oder Selbständige gemäß § 5 SGB V in der Regel ohnehin nicht versicherungspflichtig oder nach § 6 Abs. 1 Nr. 2 SGB V versicherungsfrei sind. Bedeutung erlangen diese Regelungen vor allem hinsichtlich der Hinterbliebenenbezüge, wenn der Hinterbliebene gesetzlich krankenversichert ist. Die Ziffern 2 (Bezüge aus der Versorgung der Abgeordneten, Parlamentarischen Staatssekretäre und Minister) und 4 (Renten und Landabgabenrenten nach dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte) betreffen nur vergleichsweise kleine Personengruppen. Die mit Abstand größte praktische Bedeutung kommt daher der Beitragspflicht von Renten der betrieblichen Altersversorgung einschließlich der Zusatzversorgung im öffentlichen Dienst und der hüttenknappschaftlichen Zusatzversorgung im Sinne des § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V zu<sup>31</sup>. Dabei handelt es sich um den Tatbestand, der rechtlich am schwierigsten zu handhaben ist und der deshalb in erheblichem Umfang die Gerichte beschäftigt hat<sup>32</sup>.

#### 2.3.1.1.2. Einkommens- oder Unterhaltersatzfunktion der Versorgungsbezüge im Sinne des § 229 Abs. 1 Satz 1 SGB V

Die von § 229 SGB V erfassten Einnahmen haben gemeinsam, dass sie an eine (frühere) Erwerbstätigkeit anknüpfen. Sie ersetzen das während des Erwerbslebens bezogene Einkommen oder von diesem Einkommen abgeleitete Unterhaltsansprüche<sup>33</sup>. Der Eingangssatz des § 229 Abs. 1 Satz 1 SGB V enthält insoweit ein wichtiges einschränkendes Merkmal, das bei der Anwendung des gesamten Katalogs der Ziffern 1 bis 5 und damit auch für die Renten der betrieblichen Altersversorgung im Sinne des § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V zu beachten ist<sup>34</sup>. Danach gelten – wie bereits erwähnt – „als der Rente vergleichbare Einnahmen (Versorgungsbezüge)“ die im Katalog dieser Vorschrift genannten Bezüge nur, soweit sie wegen einer Einschränkung der Erwerbsfähigkeit oder zur Alters- oder Hinterbliebenenversorgung erzielt werden. Die Bezüge müssen demnach die Funktionen der entsprechenden Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen, das heißt wie bei Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit (§§ 43 ff. SGB VI) und

---

31 Rolfs, Die Beitragspflicht von Versorgungsbezügen, in: KrV 2013, 45 (46)

32 Peters, in: jurisPK-SGB V, § 229 Rn. 34

33 Peters, in: jurisPK-SGB V, § 229 Rn. 13

34 Peters, in: Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, § 229 SGB V Rn. 5



Renten wegen Alters (§§ 35 ff. SGB VI) Einkommensersatzfunktion sowie bei Renten wegen Todes (§§ 46 ff. SGB VI) Unterhaltersatzfunktion haben<sup>35</sup>. Am deutlichsten wird die Einkommensersatzfunktion, wenn die Leistungen der Versorgungseinrichtung durch einkommensgerechte Beiträge erworben werden und auch die Leistungen selbst nach dem früheren Einkommen und den entsprechenden Beiträgen berechnet werden. Die frühere Entrichtung von Beiträgen durch den Bezieher der Leistung kann indes – wie bei Versorgungsbezügen von Beamten nach § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V – ganz fehlen. Auch kann auf der Leistungsseite die konkrete Einkommensbezogenheit in Einzelheiten fehlen und sie nur noch in allgemeiner Form (Zahlung einkommensunabhängiger Pauschalbeträge, jedoch mit Einkommensersatzfunktion) gewahrt sein<sup>36</sup>.

Da die von der Regelung des § 229 Abs. 1 Satz 1 SGB V erfassten Einnahmen im Wesentlichen die Funktionen einer Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen müssen, also insbesondere einen Zusammenhang zwischen dem Erwerb des Anspruchs auf eine bestimmte Leistung und der früheren Beschäftigung sowie eine rentenvergleichbare Einkommens-(Lohn- bzw. Entgelt-)Ersatzfunktion aufweisen müssen<sup>37</sup>, werden folgerichtig Einnahmen, die nicht unmittelbar auf ein früheres Beschäftigungsverhältnis oder auf eine frühere Erwerbstätigkeit zurückzuführen sind, zur Beitragspflicht nicht herangezogen<sup>38</sup>. Nicht beitragspflichtig sind bei versicherungspflichtigen Rentnern deshalb insbesondere – ohne Zusammenhang mit einer früheren Erwerbstätigkeit erworbene – Einnahmen aufgrund betriebsfremder privater Eigenvorsorge, auch wenn sie „wie eine Rente“ regelmäßig erzielt werden<sup>39</sup>. Das Gleiche gilt für Entschädigungsleistungen aufgrund von Sonderopfern für die Allgemeinheit, da sie ihre Ursachen nicht in einem Beschäftigungsverhältnis oder einer Erwerbstätigkeit haben (z. B. bei Impfschäden, Gewalttaten, Kriegsfolgen oder Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz)<sup>40</sup>. Da die Einbeziehung der Bezüge in die Beitragspflicht nach dem Eingangssatz des § 229 Abs. 1 Satz 1 SGB V auf die dort genannten Versorgungsfälle beschränkt ist, kommen auch Unfallrenten und sonstige unfallbedingte Leistungen nicht in Betracht<sup>41</sup>. Nicht beitragspflichtig sind auch Renten der gesetzlichen Unfallversicherung, unfallbedingte Erhöhungen von Versorgungsbezügen und private oder öffentlich geleistete Schadensersatzleistungen. Diese Einnahmen ersetzen nicht in erster Linie Arbeitsentgelt oder

---

35 Peters, in: Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, § 229 SGB V Rn. 5

36 Peters, in: Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, § 229 SGB V Rn. 5

37 Vgl. Bundessozialgericht, Urteil vom 25. Mai 2011 – B 12 P 1/09 R, SozR 4-2500 § 229 SGB V Nr. 14 Rn. 14 mit Nachweisen aus der vorangegangenen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts

38 Gerlach, in: Hauck/Noftz, § 229 SGB V Rn. 7; Peters, in: jurisPK-SGB V, § 229 Rn. 19; Hebel, in: LPK-SGB V, § 229 Rn. 1

39 BSGE, 58, 10 (12) = SozR 2200 § 180 RVO Nr. 25 S. 90 f. unter Hinweis auf BT-Drs. 9/458 S. 34; BSG SozR 3-2500 § 229 SGB V Nr. 13 S. 69; BSG, Urteil vom 25. Mai 2011 – B 12 P 1/09 R, SozR 4-2500 § 229 SGB V Nr. 14 Rn. 14; Hebel, in: LPK-SGB V, § 229 Rn. 1; Gerlach, in: Hauck/Noftz, SGB V, § 229 Rn. 7; Peters, in: Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, § 229 SGB V Rn. 4; Ulmer, in: BeckOK SGB V, § 229 Rn. 10; Fraedrich, Sozialversicherungsrechtliche Grundlagen der betrieblichen Altersversorgung, in: NZA 2012, 129 (133)

40 Vgl. die Begründung zum RAG 1982, in BT-Drs. 9/458 S. 34 zu § 180 RVO

41 Gerlach, in: Hauck/Noftz, § 229 SGB V Rn. 8

Arbeitseinkommen sondern vorrangig einen immateriellen Schaden<sup>42</sup>. Aufgrund des abschließenden Charakters der nach § 229 Abs. 1 Satz 1 SGB V als beitragspflichtige Einnahmen zu berücksichtigenden Versorgungsbezüge<sup>43</sup> scheidet eine Analogie zulasten des Versicherten aus<sup>44</sup>.

### 2.3.1.1.3. Institutionelle Abgrenzung der betrieblichen Altersversorgung im Sinne des § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V von der privaten Altersvorsorge

§ 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V bestimmt den Begriff der „betrieblichen Altersversorgung“ nicht näher. Eine Legaldefinition des Begriffs der betrieblichen Altersversorgung findet sich hingegen in § 1 Abs. 1 Satz 1 des Betriebsrentengesetzes (BetrAVG)<sup>45</sup>. Als betriebliche Altersversorgung werden in § 1 Abs. 1 Satz 1 BetrAVG Leistungen der Alters-, Invaliditäts- oder Hinterbliebenenversorgung definiert, die einem Arbeitnehmer aus Anlass seines Arbeitsverhältnisses vom Arbeitgeber zugesagt worden sind. Hinsichtlich des Begriffs der „betrieblichen Altersversorgung“ nimmt das Bundessozialgericht in ständiger Rechtsprechung jedoch seit jeher eine am Sinn und Zweck der krankenversicherungsrechtlichen Vorschriften orientierte eigenständige Auslegung des § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V vor, die nicht streng der Legaldefinition des § 1 Abs. 1 Satz 1 BetrAVG folgt<sup>46</sup>.

Das Bundessozialgericht hat seine Auffassung, der Begriff der betrieblichen Altersversorgung im Sinne des Beitragsrechts der GKV sei – auch unter der Geltung des SGB V – gegenüber dem Begriff der betrieblichen Altersversorgung im BetrAVG eigenständig auszulegen, damit begründet, dass das Beitrags- und das Betriebsrentenrecht unterschiedliche Ziele verfolgten und der Begriff der betrieblichen Altersversorgung deshalb nach Zweck und Systematik des Beitragsrechts abzugrenzen sei<sup>47</sup>. Trotz der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts habe der Gesetzgeber

---

42 Vgl. die Begründung zum RAG 1982, in BT-Drs. 9/458 S. 29 und 34; Gerlach, in: Hauck/Noftz, § 229 SGB V Rn. 8

43 Vgl. Bundessozialgericht, Urteil vom 25. August 2004 – B 12 KR 30/03 R, SozR 4-2500 § 229 SGB V Nr. 3; Peters, in: Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, § 229 SGB V Rn. 4; Peters, in: jurisPK-SGB V, § 229 Rn. 19; Seywald-Rewitz, in: Krauskopf, Soziale Krankenversicherung/Pflegeversicherung, § 229 SGB V Rn. ?; Ulmer, in: BeckOK SGB V, § 229 vor Rn. 1

44 Ulmer, in: BeckOK SGB V, § 229 Rn. 1; anderer Ansicht Peters, in: Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, § 229 SGB V Rn. 4

45 Gesetz zur Verbesserung der betrieblichen Altersversorgung (Betriebsrentengesetz – BetrAVG) vom 19. Dezember 1974 (BGBl. I S. 3610), zuletzt geändert durch Art. 4e des Gesetzes vom 21. Dezember 2008 (BGBl. I S. 2940)

46 BSG, Urteil vom 10. Juni 1988 – 12 RK 24/87, SozR 2200 § 180 RVO Nr. 40; BSG, Urteil vom 10. März 1994 – 12 RK 30/91, SozR 3-2500 § 229 SGB V Nr. 3; BSG, Urteil vom 12. November 2008 – B 12 KR 6/08 R, SozR 4-2500 § 229 SGB V Nr. 7; BSG, Urteil vom 30. März 2011 – B 12 KR 16/10 R, BSGE 108, 63 (68) = SozR 4-2500 § 229 SGB V Nr. 12; BSG, Urteil vom 25. Mai 2011 – B 12 P 1/09 R, SozR 4-2500 § 229 SGB V Nr. 14; ebenso Gerlach, in: Hauck/Noftz, SGB V, § 229 Rn. 17; Seywald-Rewitz, in: Krauskopf, Soziale Krankenversicherung/Pflegeversicherung, § 229 SGB V Rn. 14

47 BSG, Urteil vom 25. Mai 2011 – B 12 P 1/09 R, SozR 4-2500 § 229 SGB V Nr. 14 Rn. 13 f. mit umfassenden Nachweisen aus der älteren Rechtsprechung des BSG

§ 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V nicht geändert<sup>48</sup>. Diese – für eine eigenständige Bestimmung des Begriffs der betrieblichen Altersversorgung maßgebende – Begründung hält das Bundessozialgericht weiter für tragfähig<sup>49</sup>. Das Bundessozialgericht habe – so führt das BSG in seinem Urteil vom 25. Mai 2011 aus – in der Vergangenheit insbesondere darauf abgestellt, dass die Einbeziehung von Versorgungsbezügen in die Beitragspflicht der Krankenversicherung der Rentner (KVdR) neben einer Einnahmenerhöhung bei den Krankenkassen auch der Stärkung der Beitragsgerechtigkeit und der Solidarität unter den versicherten Rentnern diene sowie die Gründe hierfür auch in allgemein am Gleichheitssatz des Art. 3 Abs. 1 GG orientierten Erwägungen lägen, nämlich alle aus früherer Berufstätigkeit herrührenden Versorgungseinnahmen gleich zu behandeln<sup>50</sup>. Es entspreche danach dem Willen des Gesetzgebers, lediglich solche Einnahmen unberücksichtigt zu lassen, die nicht (unmittelbar) auf ein früheres Beschäftigungsverhältnis oder auf eine frühere Erwerbstätigkeit zurückzuführen seien, zum Beispiel Einnahmen aufgrund betriebsfremder privater Eigenvorsorge oder Einnahmen aus ererbten Vermögen<sup>51</sup>. Wesentliche Merkmale einer Rente der betrieblichen Altersversorgung (als einer mit der Rente aus der GRV vergleichbaren Einnahme) im Sinne des Beitragsrechts der GKV seien danach – wenn ihr Bezug nicht schon institutionell (Versorgungseinrichtung, Versicherungstyp) vom Betriebsrentenrecht erfasst werde – ein Zusammenhang zwischen dem Erwerb dieser Rente und der früheren Beschäftigung sowie ihre Einkommens-(Lohn- bzw. Entgelt-)Ersatzfunktion als – weiteres – Merkmal der Vergleichbarkeit mit der gesetzlichen Rente<sup>52</sup>.

Nach Auffassung des Bundessozialgerichts ist für die Abgrenzung der „betrieblichen Altersversorgung“ in diesem beitragsrechtlichen Sinne von der privaten Altersvorsorge, deren Leistungen nicht zur Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung herangezogen werden, jedenfalls im Grundsatz nicht auf den im Einzelfall jeweils nachweisbaren Zusammenhang mit dem früheren Erwerbsleben abzustellen, sondern typisierend von einem solchen allgemeinen Zusammenhang auszugehen. Die gesetzliche Regelung unterwerfe – so das Bundessozialgericht – mit den Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und den Versorgungsbezügen im Sinne von § 229 Abs. 1 Satz 1 SGB V grundsätzlich Bezüge bestimmter Institutionen und aus vergleichbaren Sicherungssystemen der Beitragspflicht, bei denen in der Regel ein Zusammenhang zwischen der Zugehörigkeit zu diesem System und einer Erwerbstätigkeit bestehe. Dies führt zu einer sog. „institutionellen Abgrenzung“, die sich daran orientiert, ob die Rente bzw. die einmalige Kapitalleistung von einer Einrichtung der betrieblichen Altersversorgung gezahlt wird; Modalitäten des

---

48 BSG, Urteil vom 25. Mai 2011 – B 12 P 1/09 R, SozR 4-2500 § 229 SGB V Nr. 14 Rn 14 unter Bezugnahme auf das Urteil des BSG vom 11. Oktober 2001 – B 12 KR 4/00 R – juris Rn. 21

49 BSG, Urteil vom 25. Mai 2011 – B 12 P 1/09 R, SozR 4-2500 § 229 SGB V Nr. 14 Rn. 14

50 BSG, Urteil vom 25. Mai 2011 – B 12 P 1/09 R, SozR 4-2500 § 229 SGB V Nr. 14 Rn 14 unter Bezugnahme auf das Urteil des BSG vom 12. November 2008 – B 12 KR 6/08 R, SozR 4-2500 § 229 SGB V Nr. 7 Rn. 16

51 BSG, Urteil vom 25. Mai 2011 – B 12 P 1/09 R, SozR 4-2500 § 229 SGB V Nr. 14 Rn. 14 unter Hinweis auf BT-Drs. 9/458 S. 34 und die ältere Rechtsprechung des Bundessozialgerichts

52 BSG, Urteil vom 25. Mai 2011 – B 12 P 1/09 R, SozR 4-2500 § 229 SGB V Nr. 14 Rn. 14 mit Nachweisen aus der älteren Rechtsprechung des BSG

individuellen Rechtserwerbs bleiben demgegenüber unberücksichtigt<sup>53</sup>. Belanglos ist nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts auch, auf welcher Rechtsgrundlage die Versorgungszusage erteilt worden ist<sup>54</sup>.

Die vom Bundessozialgericht in ständiger Rechtsprechung vertretene sog. „institutionelle Abgrenzung“ erfasst damit alle Leistungen, die entweder vom Arbeitgeber oder von Institutionen der betrieblichen Altersversorgung erbracht werden oder aus vom Arbeitgeber zugunsten des Arbeitnehmers abgeschlossenen Direktversicherungen stammen oder hierauf beruhen<sup>55</sup>. Sie stellt – zumindest grundsätzlich – ein geeignetes Kriterium dar, um beitragspflichtige Versorgungsbezüge und beitragsfreie private Lebensversicherungen voneinander abzugrenzen und entspricht auch der Systematik des Beitragsrechts: Versorgungsbezüge sind – wie oben bereits erwähnt – nach der Legaldefinition im Eingangssatz des § 229 Abs. 1 Satz 1 SGB V „der Rente vergleichbare Einnahmen“. Unter „der Rente“ ist jede Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung (als „Institution“) zu verstehen, auch wenn der Versicherte die Beiträge (in der Regel) teilweise oder sogar vollständig selbst getragen hat. Selbst Renten der GRV, die ausschließlich auf eigenen – also freiwilligen – Beiträgen des Versicherten beruhen, sind zweifelsfrei beitragspflichtig. Dieses ist im Übrigen auch bei Bezügen aus berufsständischen Versicherungs- und Versorgungseinrichtungen im Sinne des § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V der Fall, die in der Regel allein durch Beiträge der Selbständigen finanziert worden sind<sup>56</sup>.

#### 2.3.1.1.4. Differenzierung nach den verschiedenen Durchführungswegen der betrieblichen Altersversorgung im Betriebsrentenrecht

Differenziert man angesichts dieser „institutionellen Abgrenzung“ des Bundessozialgerichts nach den im Betriebsrentengesetz (BetrAVG) vorgesehenen fünf Durchführungswegen der betrieblichen Altersversorgung, so stellt sich die derzeitige Rechtslage wie folgt dar: Wird die Betriebsrente im Wege der unmittelbaren Versorgung direkt vom früheren Arbeitgeber erbracht (§ 1 Abs.

---

53 BSG, Urteil vom 12. November 2008 – B 12 KR 6/08 R, SozR 4-2500 § 229 SGB V Nr. 7; BSG, Urteil vom 30. März 2011 – B 12 KR 16/10 R, BSGE 108, 63 (68); kritisch Hager, NZS 2011, 801 (803 ff.); Hager, NZS 2012, 281 (282 f.); Lodyga VersR 2012, 830 (832)

54 BSG, Urteil vom 26. März 1996 – 12 RK 44/94, SozR 3-2500 § 229 SGB V Nr. 12 = NZA 1996, 1064; zustimmend Seywald-Rewitz, in: Krauskopf, Soziale Krankenversicherung/Pflegeversicherung, § 229 SGB V Rn. 12

55 BSG, Urteil vom 05. Mai 2010 – B 12 KR 15/09 R, NZS 2011, 300

56 Peters, in: Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, § 229 SGB V Rn. 12

Satz 2 BetrAVG<sup>57</sup>) oder schaltet dieser zur Leistungserbringung eine Unterstützungskasse ein (§ 1 b Abs. 4 BetrAVG<sup>58</sup>), so handelt es sich um Leistungen der betrieblichen Altersversorgung im beitragsrechtlichen Sinne. Diese Versorgungsformen stehen für eine private Altersvorsorge nicht zur Verfügung<sup>59</sup>. Dasselbe gilt, trotz seiner Nähe zur fondsgebundenen Lebensversicherung, für den Pensionsfonds (§ 1 b Abs. 3 BetrAVG<sup>60</sup>), weil auch dieser definitionsgemäß Leistungen der betrieblichen Altersversorgung erbringt (§ 112 Abs. 1 Nr. 1 VAG<sup>61</sup>)<sup>62</sup>.

Schwieriger gestaltet sich die Rechtslage bei Pensionskassen (§ 1 b Abs. 3 BetrAVG). Zwar sind auch sie ausweislich der Überschrift vor § 112 VAG Einrichtungen der betrieblichen Altersversorgung; sie sind jedoch hierauf nicht beschränkt. Regulierte Pensionskassen (§ 118 b Abs. 3 VAG) nehmen den Arbeitnehmer als Mitglied im Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit (VVaG) und Versicherungsnehmer auf und gestatten ihm satzungsgemäß in der Regel, im Falle des Ausscheidens aus dem Arbeitsverhältnis mit einer unverfallbaren Anwartschaft (§ 1 b Abs. 3 BetrAVG) mit dem die Pensionskasse tragenden Arbeitgeber die Mitgliedschaft als „außerordentliche“ oder „freiwillige“ Mitgliedschaft sowie die Beitragszahlung aus eigenen Mitteln fortzusetzen.

- 
- 57 Bei einer sog. Direkt- oder Pensionszusage nach § 1 Abs. 1 Satz 2 BetrAVG verspricht der Arbeitgeber seinen Arbeitnehmern bei Eintritt des Versorgungsfalles Leistungen der betrieblichen Altersversorgung ohne die Einschaltung eines externen Trägers. Deshalb wird diese Altersversorgung auch Firmenrente genannt. Bei dieser Form der betrieblichen Altersversorgung werden grundsätzlich keine Beiträge an eine dritte Stelle gezahlt. Während der Zeit vor Eintritt des Versorgungsfalles fließt also kein Geld. Der Arbeitgeber bildet für seinen Betrieb in der Bilanz sog. Pensionsrückstellungen nach § 6a Einkommensteuergesetz (EStG), die steuerrechtlich den Gewinn des Unternehmens mit dem Ergebnis größerer Liquidität vermindern. Zur Absicherung seines Versorgungsversprechens kann der Arbeitgeber zusätzlich eine Rückdeckungsversicherung abschließen und zahlt in dem Fall Beiträge an das Versicherungsunternehmen. Der Arbeitnehmer kann sich an der Finanzierung beteiligen. Beim Eintritt des Versorgungsfalles hat der Arbeitnehmer einen direkten Anspruch gegen den Arbeitgeber. Zur Direkt- oder Pensionszusage nach § 1 Abs. 1 Satz 2 BetrAVG näher Fraedrich, in: NZA 2012, 129 (130)
- 58 Bei der Unterstützungskasse nach § 1b Abs. 4 BetrAVG wird die betriebliche Altersversorgung von einer rechtsfähigen Versorgungseinrichtung – häufig in der Rechtsform einer GmbH, eines eingetragenen Vereins oder einer Stiftung – durchgeführt, die nicht der Versicherungsaufsicht unterliegt (interner Durchführungsweg). Finanziert wird die Unterstützungskasse durch Zuwendungen der Arbeitgeber als Trägerunternehmen und aus eigenen Kapitalerträgen. Sie gewährt den Arbeitnehmern der Trägerunternehmen keinen Rechtsanspruch auf die Versorgungsleistungen. Dieser kann der Arbeitnehmer nur gegenüber dem Trägerunternehmen geltend machen. Zur Unterstützungskasse vgl. näher Fraedrich, in: NZA 2012, 129 (130)
- 59 Rolfs, Die Beitragspflicht von Versorgungsbezügen, in: KrV 2013, 45 (46)
- 60 Bei dem Pensionsfonds nach § 1b Abs. 3 BetrAVG handelt es sich um eine rechtlich selbständige Versorgungseinrichtung, die dem Versorgungsberechtigten auf seine Leistungen einen unmittelbaren Rechtsanspruch gegenüber dem Pensionsfonds gewährt (externer Durchführungsweg). Der Pensionsfonds ist durch das Gesetz zur Reform der gesetzlichen Rentenversicherung und zur Förderung eines kapitalgedeckten Altersvorsorgevermögens (Altersvermögensgesetz – AVmG) vom 26. Juni 2001 (BGBl. I S. 1310) mit Wirkung vom 01. Januar 2002 erstmals als weiterer Durchführungsweg für die betriebliche Altersversorgung eingeführt worden. Er wird durch Einzahlungen des Arbeitgebers bzw. des Arbeitnehmers finanziert.
- 61 Versicherungsaufsichtsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 17. Dezember 1992 (BGBl. 1993 I S. 2), zuletzt geändert durch Art. 6 Abs. 13 des Gesetzes vom 28. August 2013 (BGBl. I S. 3395)
- 62 Rolfs, Die Beitragspflicht von Versorgungsbezügen, in: KrV 2013, 45 (46). Anders allenfalls dann, wenn der Arbeitnehmer ausnahmsweise nach seinem Ausscheiden selbst Vertragspartner des Fonds geworden ist, vgl. de Groot, DB 2011, 532 (533 f.)

zen<sup>63</sup>. Deregulierte Pensionskassen schließen den Versicherungsvertrag demgegenüber mit dem Arbeitgeber ab<sup>64</sup>, mit der Folge, dass eine Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses durch den Arbeitnehmer nach seinem Ausscheiden nur im allseitigen Einvernehmen erfolgen kann. Auch hier besteht indes die Anknüpfung an das (frühere) Arbeitsverhältnis<sup>65</sup>. Dementsprechend hat das Bundessozialgericht zur typisierenden Anknüpfung bei Pensionskassen die Auffassung vertreten, deren Leistungen stellten sich auch dann als solche der „betrieblichen Altersversorgung“ im Sinne von § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V dar, wenn der Rentner der Einrichtung nur aufgrund einer früheren Berufstätigkeit habe beitreten können, auch wenn er während der Mitgliedschaft keine Berufstätigkeit mehr ausgeübt und die Beiträge allein getragen habe<sup>66</sup>. Wer – so das Bundessozialgericht – aufgrund einer bestimmten früheren Berufstätigkeit Mitglied einer entsprechenden Einrichtung werden könne und das Recht ausübe, sich für seine zusätzliche Sicherung nicht irgendeiner Form der privaten Vorsorge zu bedienen, sondern sich der Pensionskasse anzuschließen, um sich damit in gewissem Umfang deren Vorteile nutzbar zu machen, unterwerfe sich im beitragsrechtlichen Sinne den Regeln der betrieblichen Altersversorgung<sup>67</sup>.

Besondere Abgrenzungsschwierigkeiten ergeben sich, wenn die betriebliche Altersversorgung über ein Unternehmen der Lebensversicherung (Direktversicherung, § 1 b Abs. 2 BetrAVG<sup>68</sup>) durchgeführt wird, da sich hier die „institutionelle Abgrenzung“ nicht ohne Weiteres durchhalten lässt: Die Unternehmen der Lebensversicherung bieten ihre Produkte nicht nur den Arbeitgebern, sondern auch den Arbeitnehmern selbst an. Die Versicherungsbedingungen sind in der Regel identisch, lediglich die Prämien und damit das Preis-/Leistungsverhältnis sind im Rahmen der betrieblichen Altersversorgung wegen der deutlich geringeren Verwaltungskosten auf Seiten der Versicherer günstiger<sup>69</sup>. Hinzu kommt, dass im allseitigen Einvernehmen der Arbeitnehmer während eines laufenden Vertrages ausgetauscht werden kann: Ein vom Arbeitnehmer zur Privatvorsorge abgeschlossener Vertrag kann vom Arbeitgeber als Direktversicherung fortge-

---

63 Reich, VersR 2011, 454 (456)

64 Rolfs, in: Blomeyer/Rolfs/Otto, Gesetz zur Verbesserung der betrieblichen Altersversorgung, Kommentar, Anhang § 1 Rn. 807 b

65 Rolfs, Die Beitragspflicht von Versorgungsbezügen, in: KrV 2013, 45 (46)

66 BSG, Urteil vom 06. Februar 1992 – 12 KR 37/91 - BSGE 70, 105 (109); BSG, Urteil vom 12. November 2008 – B 12 KR 6/08 R, SozR 4-2500 § 229 SGB V Nr. 7

67 BSG, Urteil vom 06. Februar 1992 – 12 KR 37/91, BSGE 70, 105 (109)

68 Die Direktversicherung nach § 1 b Abs. 2 BetrAVG ist eine Lebensversicherung auf das Leben des Arbeitnehmers, die durch den Arbeitgeber bei einem Versicherungsunternehmen abgeschlossen wird und bei der der Arbeitnehmer oder seine Hinterbliebenen ein unmittelbares Bezugsrecht auf die Versorgungsleistung gegenüber dem externen Versicherer haben (externer Durchführungsweg). Bei dieser Form der betrieblichen Altersversorgung hat der Arbeitnehmer einen Rechtsanspruch auf Versorgungsleistungen gegenüber dem externen Versicherer. Die Finanzierung erfolgt durch den Arbeitgeber, gegebenenfalls auch unter Beteiligung des Arbeitnehmers.

69 Ludyga VersR 2012, 830 (832); Rolfs, in: Blomeyer/Rolfs/Otto, Gesetz zur Verbesserung der betrieblichen Altersversorgung, Kommentar, § 2 Rn. 228

führt<sup>70</sup>, umgekehrt ein Direktversicherungsvertrag vom Arbeitnehmer – insbesondere nach seinem Ausscheiden aus dem Arbeitsverhältnis – selbst übernommen werden<sup>71</sup>.

Angesichts dieser Nähe der Direktversicherung zur privaten Vorsorge hat sich die Rechtsprechung in der Vergangenheit insbesondere mit derartigen „Wechselfällen“ beschäftigen müssen, bei denen Vertragspartner des Versicherungsunternehmens zeitweise der Arbeitgeber und zeitweise der spätere Versorgungsberechtigte selbst war. Das Bundessozialgericht wollte ursprünglich auch in diesen Fällen die gesamte Rente bzw. Kapitalleistung der Beitragspflicht unterwerfen<sup>72</sup>, ist jedoch vom Bundesverfassungsgericht mit Blick auf den allgemeinen Gleichheitssatz des Art. 3 Abs. 1 GG korrigiert worden. Es werde – so das Bundesverfassungsgericht in seinem Beschluss vom 28. September 2010<sup>73</sup> – Ungleiches ohne sachliche Rechtfertigung gleichbehandelt, wenn die Beitragspflicht auch auf Leistungsanteile ausgedehnt werde, die der Arbeitnehmer nach Beendigung seiner Erwerbstätigkeit auf den Lebensversicherungsvertrag unter Einrücken in die Stellung des Versicherungsnehmers eingezahlt habe. Der Gesetzgeber unterwerfe Erträge aus privaten Lebensversicherungen bei pflichtversicherten Rentnern keiner Beitragspflicht. Zu dieser gesetzgeberischen Grundsatzentscheidung stünde es in Widerspruch, wenn die Einzahlungen auf private Lebensversicherungsverträge allein deshalb der Beitragspflicht Pflichtversicherter unterworfen würden, weil die Verträge ursprünglich vom Arbeitgeber des Bezugsberechtigten abgeschlossen wurden und damit dem Regelwerk des Betriebsrentenrechts unterlagen, obwohl sie danach vollständig aus dem betrieblichen Bezug gelöst worden und ohne Probleme in einen betrieblichen und einen privaten Teil bei der Auszahlung zu trennen seien<sup>74</sup>.

Das Bundessozialgericht hat dem vorgenannten Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 28. September 2010 in der Folgezeit Rechnung getragen. Im Anschluss an diesen Beschluss hat das Bundessozialgericht mit Urteil vom 30. März 2011<sup>75</sup> entschieden, dass nicht regelmäßig wiederkehrende Leistungen aus einer als Direktversicherung abgeschlossenen Kapitallebensversicherung bei Pflichtversicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung nur insoweit der Beitragspflicht nach § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V unterworfen seien, als sie auf Prämien beruhten, die während der Zeit geleistet wurden, als der Arbeitgeber Versicherungsnehmer war (sog. prämienermittelnde Ermittlung). Dieser Entscheidung des Bundessozialgerichts lag ein Fall zugrunde, in dem ein Arbeitgeber während des Arbeitsverhältnisses als Versicherungsnehmer eine Direktversicherung zugunsten des Arbeitnehmers als Bezugsberechtigtem abgeschlossen hatte und der Arbeitnehmer diese nach seinem Ausscheiden aus dem Betrieb in der Weise fortführte, dass er selbst in die Stellung des Versicherungsnehmers einrückte. Gleichzeitig hat das Bundessozialge-

---

70 So im Falle vom BSG, Urteil vom 30. März 2011 – B 12 KR 24/09 R, SozR 4-2500 § 229 SGB V Nr. 13

71 So im Falle vom BSG, Urteil vom 30. März 2011 – B 12 KR 16/10 R, BSGE 108, 63 (72 f.)

72 BSG, Urteil vom 12. Dezember 2007 – B 12 KR 2/07 R, juris

73 Bundesverfassungsgericht, Beschluss vom 28. September 2010 – 1 BvR 1660/08, SozR 4-2500 § 229 SGB V Nr. 11 Rn. 12 ff.

74 Bundesverfassungsgericht, Beschluss vom 28. September 2010 – 1 BvR 1660/08, SozR 4-2500 § 229 SGB V Nr. 11 = NZS 2011, 539

75 BSG, Urteil vom 30. März 2011 – B 12 KR 16/10 R, SozR 4-2500 § 229 SGB V Nr. 12 = BSGE 108, 63 (72 f.)

richt zur Abgrenzung der Direktversicherung von einer privaten Lebensversicherung des Arbeitnehmers in derartigen Wechselfällen weiterführende Grundsätze aufgestellt. Die Grundsätze zur Abgrenzung beitragspflichtiger von beitragsfreien Kapitalleistungen aus einem Kapitallebensversicherungsvertrag kommen nach einem weiteren Urteil des Bundessozialgerichts vom 30. März 2011<sup>76</sup> auch in der zweiten Gruppe der „Wechselfälle“ zur Anwendung, in denen eine zunächst vom Arbeitnehmer als Versicherungsnehmer zum Zwecke der Privatvorsorge abgeschlossene Lebensversicherung später im Wege der Direktversicherung vom Arbeitgeber als Versicherungsnehmer fortgeführt wird.

Die vorgenannte Rechtsprechung betrifft bislang allein den Durchführungsweg der „Direktversicherung“. Ob sie auf weitere Formen der betrieblichen Altersversorgung übertragbar ist, erscheint zweifelhaft<sup>77</sup>. In der rechtswissenschaftlichen Literatur wird zum Teil die Auffassung vertreten, jedenfalls auf die Pensionskassenversorgung sei diese Judikatur uneingeschränkt übertragbar, wenn der Arbeitnehmer nach seinem Ausscheiden aus dem Arbeitsverhältnis die aufrechterhaltene unverfallbare Anwartschaft als Versicherungsnehmer übernehme und mit eigenen Prämien weiter erhöhe<sup>78</sup>. Beim Pensionsfonds bestehe diese Möglichkeit dagegen nur ausnahmsweise<sup>79</sup>.

Da die Bestimmung des § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts nicht unmittelbar an das BetrAVG anknüpft, können schließlich auch Durchführungsformen der betrieblichen Altersversorgung in Betracht kommen, die nicht in den Anwendungsbereich des Betriebsrentenrechts fallen. So hat das Bundessozialgericht mit Urteil vom 25. Mai 2011<sup>80</sup> entschieden, von einer Stiftung an frühere Mitarbeiter der Firmengruppe des Stifters gezahlte „Altersrenten“ seien als Renten der betrieblichen Altersversorgung im Sinne des § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V beitragspflichtig in der GKV, wenn ein Zusammenhang zwischen dem Erwerb dieser Leistungen und der früheren Beschäftigung bestehe und sie dazu bestimmt seien, entgangenes Erwerbseinkommen zu ersetzen.

#### 2.3.1.1.5. Bedeutungslosigkeit der betriebsrentenrechtlichen Differenzierung nach der Aufbringung der Mittel durch den Arbeitgeber oder den Arbeitnehmer für das Beitragsrecht der GKV

Mit dieser „institutionellen Abgrenzung“ verbunden ist zugleich eine Absage an eine nach der Aufbringung der Mittel differenzierende Betrachtungsweise. Das BetrAVG unterscheidet in vielfältiger Hinsicht streng zwischen der arbeitgeber- und der im Wege der Entgeltumwandlung arbeitnehmerfinanzierten Versorgung<sup>81</sup>. Das gilt selbst dann, wenn eine einheitliche Versorgungs-

---

76 BSG, Urteil vom 30. März 2011 – B 12 KR 24/09 R, SozR 4-2500 § 229 SGB V Nr. 13

77 Vgl. hierzu näher Peters, in: jurisPK-SGB V, § 229 SGB V Rn. 45.2

78 Reich, in: VersR 2011, 454 (456); Rolfs, KrV 2013, 45 (48); anderer Ansicht Peters, in: jurisPK-SGB V, § 229 SGB V Rn. 45.2

79 de Groot, DB 2011, 532 (533 f.)

80 BSG, Urteil vom 25. Mai 2011 – B 12 P 1/09 R, SozR 4-2500 § 229 SGB V Nr. 14

81 Vgl. die Sonderregelungen für die Entgeltumwandlung in § 1 b Abs. 5, § 2 Abs. 5 a, § 7 Abs. 5 Satz 3 Nr. 1, § 16 Abs. 5 BetrAVG



zusage von beiden Parteien - also gemischt - finanziert wird. Hier müssen bei einem vorzeitigen Ausscheiden des Arbeitnehmers aus dem Arbeitsverhältnis, im Falle der Insolvenz des Arbeitgebers und im Hinblick auf die Anpassung der Rente die Anwartschaftsanteile je nach der Herkunft der Mittel aufgespalten werden<sup>82</sup>.

Das Bundessozialgericht hat es jedoch abgelehnt, diese betriebsrentenrechtliche Differenzierung auch für das Beitragsrecht des § 229 Abs. 1 Nr. 5 SGB V nachzuvollziehen<sup>83</sup>. Begründet wird dies mit einem systematischen Vergleich der in § 229 Abs. 1 SGB V der Beitragspflicht unterworfenen Versorgungsbezüge: Soweit es sich dabei um Renten handele, brauchten sie nicht vom Arbeitgeber finanziert oder auch nur mitfinanziert zu sein, sondern könnten allein auf Beiträgen der Versicherten beruhen; das gelte insbesondere für die Renten aus Versicherungs- und Versorgungseinrichtungen nach § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V, die für Angehörige bestimmter Berufe eingerichtet seien. Dies lege es nahe, auch den in § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V verwendeten Begriff der „Renten der betrieblichen Altersversorgung“ nicht auf Leistungen zu beschränken, die ganz oder zum Teil vom Arbeitgeber finanziert seien, sondern ihnen grundsätzlich auch solche Leistungen zuzurechnen, zu denen allein die Arbeitnehmer beigetragen hätten<sup>84</sup>. Hinzu komme, dass die Gesetzesbegründung zum seinerzeitigen § 180 Abs. 8 RVO bei der Abgrenzung der in die Beitragspflicht zur KVdR einbezogenen Versorgungsbezüge auf deren „Einkommensersatzfunktion“ hingewiesen habe; aus ihr ergebe sich, dass alle Einnahmen zu berücksichtigen seien, die „wie die Rente bei der Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit oder als Alters- bzw. Hinterbliebenenversorgung Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen ersetzen“<sup>85</sup>. Eine solche Ersatzfunktion hätten alle betrieblichen Renten unabhängig von der Art ihrer Finanzierung und nicht nur solche, die vom Arbeitgeber (mit-)finanziert worden seien. Selbst wenn der Arbeitnehmer die Prämien zu einer vom Arbeitgeber abgeschlossenen Direktversicherung durch Verzicht auf einen Teil seiner Abfindung wegen vorzeitiger Beendigung des Arbeitsverhältnisses finanziert habe, blieben ihre Leistungen als Versorgungsbezüge beitragspflichtig<sup>86</sup>.

Kritik entzündet sich vor allem daran, dass auf diese Weise eine „doppelte Verbeitragung“ in der Anwartschafts- und in der Rentenbezugsphase eintreten kann<sup>87</sup>. Allerdings betrifft dies nur eine relativ geringe Zahl von Versorgungsberechtigten, weil eine Entgeltumwandlung in der Anwartschaftsphase nach § 1 Abs. 2 Nr. 3 BetrAVG in Höhe von bis zu 4 Prozent der jährlichen Beitragsbemessungsgrenze in der allgemeinen Rentenversicherung (2014: 4 Prozent von 71.400 Euro

---

82 Rolfs, in: Blomeyer/Rolfs/Otto, BetrAVG, § 1 Rn. 160; Rolfs, KrV 2013, 45 (47)

83 Grundlegend BSG, Urteil vom 18. Dezember 1984 – 12 RK 36/84, BSGE 58, 10 (11); ferner BSG, Urteil vom 15. Dezember 1994 – 12 RK 57/92, SozR 3-2500 § 229 SGB V Nr. 4 = NZS 1995, 177; BSG, Urteil vom 30. März 1995 – 12 RK 10/94, SozR 3-2500 § 229 SGB V Nr. 10 = NZS 1995, 515; BSG, Urteil vom 29. Februar 2012 – B 12 KR 19/09 R, juris; zustimmend Seywald-Rewitz, in: Krauskopf, Soziale Krankenversicherung/Pflegeversicherung, § 229 SGB V Rn. 14

84 BSG, Urteil vom 18. Dezember 1984 – 12 RK 36/84, BSGE 58, 10 (12)

85 BT-Drs. 9/458, S. 34

86 BSG, Urteil vom 26. März 1996 – 12 RK 21/95, SozR 3-2500 § 229 SGB V Nr. 13 = NZA 1997, 119

87 Eingehend hierzu Giesen, in: VSSR 2005, 21ff. und VSSR 2005, 77 ff.; ferner unter anderem Rieble, BetrAV 2007, 5 ff.; Rochlitz, BetrAV 2007, 209 ff.

= 2.856 Euro) gemäß § 14 Abs. 1 Satz 2 SGB IV bei den Durchführungswegen Direktzusage und Unterstützungskasse bzw. gemäß § 1 Abs. 1 Satz 1 Nr. 9 SvEV<sup>88</sup> bei den Durchführungswegen Pensionskasse, Pensionsfonds und Direktversicherung beitragsfrei bleibt<sup>89</sup>.

2.3.1.2. Beitragspflicht von Betriebsrenten im Sinne des § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V, die als regelmäßig wiederkehrende Leistungen gewährt werden

2.3.1.2.1. Verfassungskonformität der beitragsrechtlichen Berücksichtigung von laufenden Versorgungsbezügen

Nach § 229 Abs. 1 Satz 1 SGB V sind Versorgungsbezüge und damit auch Renten der betrieblichen Altersversorgung im Sinne des § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V – wie zuvor dargelegt – dann als beitragspflichtige Einnahmen anzusehen, wenn sie „als der Rente vergleichbare“ Leistung wegen einer Einschränkung der Erwerbsfähigkeit oder zur Alters- oder Hinterbliebenenversorgung erbracht werden. Erfasst werden von dieser Regelung – wie sich auch aus einem Umkehrschluss aus § 229 Abs. 1 Satz 3 SGB V ergibt – vor allem regelmäßig wiederkehrende Bezüge, also laufende Geldleistungen<sup>90</sup>. Inwieweit darüber hinaus auch „nicht regelmäßig wiederkehrende“ Bezüge, das heißt einmalige Kapitalleistungen, die zur Abgeltung eigentlich geschuldeter laufender Leistungen wegen einer Einschränkung der Erwerbsfähigkeit oder zur Alters- oder Hinterbliebenenversorgung geleistet werden, als Versorgungsbezüge im Sinne des § 229 Abs. 1 Satz 1 SGB V gelten und damit der Beitragspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung unterliegen, ist demgegenüber in § 229 Abs. 1 Satz 3 SGB V geregelt<sup>91</sup>.

Die beitragsrechtliche Berücksichtigung von laufenden Versorgungsbezügen verstößt nach der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts<sup>92</sup> und des Bundesverfassungsgerichts<sup>93</sup> nicht gegen das Grundgesetz (GG). Hierbei wurde insbesondere darauf abgestellt, dass die Gründe für die Einbeziehung der Versorgungsbezüge in die Beitragspflicht der Krankenversicherung der

---

88 Verordnung über die sozialversicherungsrechtliche Beurteilung von Zuwendungen des Arbeitgebers als Arbeitsentgelt (Sozialversicherungsentgeltverordnung – SvEV) vom 21. Dezember 2006 (BGBl. I S. 3385), zuletzt geändert durch Art. 1 der Verordnung vom 21. Oktober 2013 (BGBl. I S. 3871)

89 Rolfs, Die Beitragspflicht von Versorgungsbezügen, 2013, 45 (47)

90 Peters, in: jurisPK-SGB V, § 229 SGB V Rn. 14 und 20

91 Zur Beitragspflicht von Betriebsrenten im Sinne des § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V, die als einmalige Kapitalleistung gewährt werden, vgl. die nachfolgenden Ausführungen zu dem Gliederungspunkt 2.2.1.3.

92 Vgl. zuletzt etwa BSG, Urteil vom 30. März 2011 – B 12 KR 24/00 R, SozR 4-2500 § 229 SGB V Nr. 13 Rn. 18; BSG, Urteil vom 17. März 2010 – B 12 KR 5/09 R, SozR 4-2500 § 229 SGB V Nr. 9 Rn. 9; BSG, Urteil vom 12. November 2008 – B 12 KR 6/08 R, SozR 4-2500 § 229 SGB V Nr. 7 Rn. 16 jeweils mit weiteren Nachweisen aus der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts

93 Vgl. zuletzt etwa Bundesverfassungsgericht, Beschluss vom 07. April 2008 – 1 BvR 1924/07, SozR 4-2500 § 229 SGB V Nr. 5 Rn. 31; Bundesverfassungsgericht, Beschluss vom 28. Februar 2008 – 1 BvR 2137/06, SozR 4-2500 § 248 SGB V Nr. 3 Rn. 24; Bundesverfassungsgericht, Beschluss vom 06. September 2010 – 1 BvR 739/08, SozR 4-2500 § 229 SGB V Nr. 10; Beschluss vom 06. Dezember 1988 – 2 BvR 18/84, BVerfGE 79, 223 ff. jeweils mit weiteren Nachweisen aus der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts

---

Rentner (KVdR) mit dem Rentenanpassungsgesetz (RAG) 1982 neben einer Einnahmeerhöhung der Krankenkassen vor allem auf sozialpolitischem Gebiet (Stärkung der Beitragsgerechtigkeit und der Solidarität unter den versicherten Rentnern) und allgemein am Gleichheitssatz des Art. 3 Abs. 1 GG orientierten Erwägungen, insbesondere der Absicht, alle aus früherer Berufstätigkeit herrührenden Versorgungseinnahmen gleich zu behandeln, gelegen haben. Der Gesetzgeber habe sich im Rahmen seines weiten Gestaltungsspielraums einerseits darauf beschränken dürfen, unter Außerachtlassung der Einkünfte aus privaten Sicherungsformen nur die aus dem früheren Berufsleben herrührenden und funktional anstelle von Arbeitsentgelt, Dienstbezügen und Arbeitseinkommen insbesondere der Altersversorgung dienenden Versorgungsbezüge der Beitragsbemessung zu unterwerfen, sei aber andererseits durch den allgemeinen Gleichheitssatz des Art. 3 Abs. 1 GG gehalten gewesen, im Blick auf die Änderung der Versichertengemeinschaft durch die Einbeziehung der Rentner das Solidaritätsprinzip zumindest im Wege einer Verbreiterung der Bemessungsgrundlage zu wahren<sup>94</sup>.

Nach ihrer ursprünglichen Konzeption sei die GKV im Wesentlichen eine Versicherung der abhängig Beschäftigten gewesen, bei der sich die Beiträge allein am Arbeitsverdienst orientiert hätten. Durch die Schaffung der KVdR habe sich dieses in sich ausgewogene System verändert. Dadurch seien Personen sehr unterschiedlicher beruflicher Herkunft in die Versicherungspflicht einbezogen worden. Eine niedrige Rente bedeute keineswegs eine entsprechend geringe wirtschaftliche Leistungsfähigkeit. Wer neben seiner Rente weitere Einkünfte aus einer früheren beruflichen Betätigung habe, die der Sicherstellung der Altersversorgung dienten, bei dem müssten auch diese weiteren Einnahmen, welche die beschäftigungsbezogene Leistungsfähigkeit bestimmten, zur Beitragsbemessung herangezogen werden<sup>95</sup>. Es sei unbillig, wenn ein Rentner-Pensionär aufgrund von Beiträgen, die allein nach seiner niedrigen Rente bemessen und daher gering seien, in den vollen Genuss der Vorteile der KVdR komme, während seine weiteren beschäftigungsbezogenen Einnahmen, die beträchtlich seien und seine eigentliche Lebensgrundlage bildeten, außer Betracht blieben. Vor allem gebe es keinen sachlichen Grund dafür, die in einem Beschäftigungsverhältnis stehenden Kassenmitglieder den Krankenversicherung-Schutz auch solcher Rentner mittragen zu lassen, die mit ihren gesamten Einnahmen zur Altersversorgung sich in einer wirtschaftlich besseren Lage befänden als der Durchschnitt dieser „aktiven“ Mitglieder. Insoweit dürfe nicht unbeachtet bleiben, dass die Ausgaben der Krankenkassen für je einen Rentner die Ausgaben für je einen noch im Berufsleben stehenden Versicherten deutlich überstiegen<sup>96</sup>. Ebenso bedeute der Zufluss von Versorgungsbezügen auch für die Versicherten der GKV, welche noch nicht Rentner seien, eine Stärkung ihrer wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit, die ihren entscheidenden Ausgangspunkt in einer Beschäftigung habe. Auch bei ihnen sei die

---

94 So die Zusammenfassung der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts und des Bundesverfassungsgerichts im Urteil des BSG vom 12. November 2008 – B 12 KR 6/08 R, SozR 4-2500 § 229 SGB V Nr. 7 Rn. 16

95 Bundesverfassungsgericht, Beschluss vom 28. Februar 2008 – 1 BvR 2137/06, SozR 4-2500 § 248 SGB V Nr. 3 Rn. 24

96 So das Bundesverfassungsgericht in seinem Beschluss vom 28. Februar 2008 – 1 BvR 2137/06, SozR 4-2500 § 248 SGB V Nr. 3 Rn. 24 und die Ausführungen des Bundessozialgerichts in seinem Urteil vom 12. November 2008 – B 12 KR 6/08 R, SozR 4-2500 § 229 SGB V Nr. 7 Rn. 16

Heranziehung der Versorgungsbezüge daher mit Art. 1 Abs. 1 GG vereinbart. Sie würden unter Einsatz der Arbeitskraft erworben und hätten Entgeltersatzcharakter<sup>97</sup>.

#### 2.3.1.2.2. Bagatell- bzw. Freigrenze

Aufgrund der Verweisung in § 237 Satz 2 SGB V gilt die Bestimmung des § 226 Abs. 2 SGB V entsprechend. Versorgungsbezüge – und damit auch Renten der betrieblichen Altersversorgung im Sinne des § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V – sind daher nur beitragspflichtig, wenn diese monatlichen Einnahmen – gegebenenfalls zusammen mit neben einer Betriebsrente erzielttem Arbeitseinkommen – insgesamt die Mindestgrenze bzw. „Bagatellgrenze“ von einem Zwanzigstel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV<sup>98</sup> übersteigen. Soweit diese Bezüge die genannte Grenze nicht übersteigen, sind sie bei der Beitragsberechnung nicht zu berücksichtigen<sup>99</sup>. Im Falle der Überschreitung ist allerdings nicht nur der die Mindestgrenze übersteigende Betrag, sondern der Gesamtbetrag – ohne Freibetrag - beitragspflichtig<sup>100</sup>. Wiederkehrende Einmalzahlungen – wie Sonderzuwendungen, Weihnachtsgeld und dergleichen – zu den Versorgungsbezügen sind dabei nach dem Zuflussprinzip im Monat der Zahlung auf die Grenze des § 226 Abs. 2 SGB V anzurechnen und nicht in analoger Anwendung des § 23a Abs. 3 und 4 SGB IV aufzuteilen<sup>101</sup>. Die Beitragspflicht ist in einem Monat deshalb auch dann gegeben, wenn zwar die Einkünfte regelmäßig unter der Mindestgrenze liegen, diese jedoch in dem betreffenden Monat durch eine Einmalzahlung oder Nachzahlung überschritten wird<sup>102</sup>. Aus dem Wortlaut des § 226 Abs. 2 SGB V („insgesamt“) wird deutlich, dass sämtliche Einnahmen in Form von Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen zusammenzurechnen sind. Die Mindestgrenze gilt also nicht getrennt (= zweimal) für jeden von (etwa vorhandenen) mehreren Versorgungsbezügen und auch nicht getrennt einerseits für Versorgungsbezüge und daneben nochmals für Arbeitseinkommen<sup>103</sup>.

Mit der in § 237 Satz 2 i. V. m. § 226 Abs. 2 SGB V vorgesehenen Beitragsfreiheit für solche Einnahmen aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen, die ein Zwanzigstel der monatlichen

---

97 Bundessozialgericht, Urteil vom 12. November 2008 – B 12 KR 6/08 R, SozR 4-2500 § 229 SGB V Nr. 7 Rn. 16 mit weiteren Nachweisen aus der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts und des Bundesverfassungsgerichts

98 Sozialgesetzbuch (SGB) Viertes Buch (IV) – Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung – (Art. 1 des Gesetzes vom 23. Dezember 1976, BGBl. I S. 3845) in der Fassung der Bekanntmachung vom 12. November 2009 (BGBl. I S. 3710, 3973; 2011 I S. 363), zuletzt geändert durch Art. 4 des Gesetzes vom 19. Oktober 2013 (BGBl. I S. 3836)

99 Gerlach, in: Hauck/Noftz, § 237 SGB V Rn. 8; Baier, in: Krauskopf, Soziale Krankenversicherung/Pflegeversicherung, § 226 SGB V Rn. 13; Gerlach, in: Hauck/Noftz, § 226 SGB V Rn. 43

100 Gerlach, in: Hauck/Noftz, § 237 SGB V Rn. 8; Rixen, in: Becker/Kingreen, § 237 SGB V Rn. 4; Gerlach, in: Hauck/Noftz, § 226 SGB V Rn. 43; Peters, in: jurisPK-SGB V, § 226 SGB V Rn. 55; Baier, in: Krauskopf, Soziale Krankenversicherung/Pflegeversicherung, § 237 SGB V Rn. 9; Ulmer, in: BeckOK Sozialrecht, § 226 SGB V Rn. 7

101 Bundessozialgericht, Urteil vom 18. März 1993 – 8 RKn 2/92 – SozR 3-2200 § 180 RVO Nr. 9 = USK 9309 = Beiträge 1993, 507; Baier, in: Krauskopf, Soziale Krankenversicherung/Pflegeversicherung, § 226 SGB V Rn. 13

102 Gerlach, in: Hauck/Noftz, § 226 SGB V Rn. 43

103 Peters, in: Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, § 226 SGB V Rn. 19; Peters, in: jurisPK-SGB V, § 226 Rn. 55; Gerlach, in: Hauck/Noftz, § 226 SGB V Rn. 43

Bezugsgröße nach § 18 SGB IV nicht übersteigen, hat der Gesetzgeber des GRG inhaltlich die Regelung des § 381 Abs. 2 Satz 3 Reichsversicherungsordnung (RVO) übernommen<sup>104</sup>. Die in § 381 Abs. 2 Satz 3 RVO festgelegte Bagatellgrenze war als fester beitragsfreier Betrag von monatlich 10 DM ausgestaltet<sup>105</sup>. Die damalige Regelung hatte zur Folge, dass Versicherte mit gleich hohen beitragspflichtigen Einnahmen je nach Beitragssatz ihrer Krankenkasse diesen Bagatellbetrag über- oder unterschritten<sup>106</sup>.

Mit dem am 01. Januar 1989 in Kraft getretenen SGB V hat der Gesetzgeber im Interesse der Gleichbehandlung aller Versicherten unabhängig von den damals unterschiedlichen Beitragssätzen der Krankenkassen die bisherige Beitragsfreigrenze von 10 DM nach § 381 Abs. 2 Satz 3 RVO durch eine auf die betreffenden beitragspflichtigen Einnahmen bezogene Bagatell- bzw. Freigrenze ersetzt und diese dynamisiert<sup>107</sup>. Danach fallen nunmehr alle Versicherten mit gleich hohen Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen unter diese Grenze oder nicht. Die endgültige Beitragsbelastung bei Überschreiten der Grenze konnte bis Ende 2008 nur wegen unterschiedlicher Beitragssätze verschieden sein. Seit dem 01. Januar 2009 ist sie jedoch wegen des nunmehr bundeseinheitlichen allgemeinen Beitragssatzes nach § 241 SGB V gleich<sup>108</sup>. Die Regelung des § 226 Abs. 2 SGB V dient in erster Linie der Verwaltungsvereinfachung. Ein unangemessener Verwaltungsaufwand durch die Berechnung und den Einzug von Beiträgen in sehr geringer Höhe soll vermieden werden. Sinnvoller Weise orientiert sich aus Gleichbehandlungsgründen die Untergrenze nicht am individuellen Beitrag, sondern an der Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen<sup>109</sup>.

Die monatliche Einnahmegrenze gemäß § 226 Abs. 2 SGB V liegt – wie bereits erwähnt – bei einem Zwanzigstel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV. Nach der Legaldefinition in § 18 Abs. 1 SGB IV ist Bezugsgröße im Sinne der Vorschriften für die Sozialversicherung, soweit in den besonderen Vorschriften für die einzelnen Versicherungszweige nichts Abweichendes bestimmt ist, das Durchschnittsentgelt der gesetzlichen Rentenversicherung im vorvergangenen Kalenderjahr, aufgerundet auf den nächst höheren, durch 420 teilbaren Betrag. § 18 Abs. 2 SGB IV sieht für das Beitrittsgebiet, also das in Art. 3 des Einigungsvertrages genannte Gebiet (§ 18 Abs. 3 SGB IV), wegen der noch vom übrigen Bundesgebiet abweichenden Arbeitsentgelte eine abweichende Bezugsgröße vor<sup>110</sup>. Die Bezugsgröße in § 18 Abs. 1 SGB IV gilt aufgrund der spezi-

---

104 Vgl. die Begründung im Entwurf eines Gesetzes zur Strukturreform im Gesundheitswesen (Gesundheits-Reformgesetz - GRG) in BT-Drs. 11/2237 vom 03. Mai 1988, S. 223 zu § 235 Abs. 2

105 Peters, in: Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, § 226 SGB V Rn. 19; Peters, in: jurisPK-SGB V, § 237 Rn. 4

106 Peters, in: Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, § 226 SGB V Rn. 19

107 Vgl. die Gesetzesbegründung des Entwurfs eines Gesetzes zur Strukturreform im Gesundheitswesen (Gesundheits-Reformgesetz - GRG) in BT-Drs. 11/2237 S. 223, damals zu § 235 Abs. 2, in der in diesem Zusammenhang allerdings nicht von „Freigrenze“, sondern von „Freibetrag“ die Rede ist.

108 Peters, in: Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, § 226 SGB V Rn. 19

109 Gerlach, in: Hauck/Noftz, § 226 SGB V Rn. 43

110 Fischer, in: jurisPK-SGB IV, § 18 Rn. 20

ellernen Regelung in § 18 Abs. 2 und 3 SGB IV daher grundsätzlich nur für die alten Bundesländer und West-Berlin<sup>111</sup>. Bis zur Angleichung der wirtschaftlichen Verhältnisse in den alten und neuen Bundesländern sollten für das Beitrittsgebiet die Überleitungsregelungen der §§ 308 ff. SGB V gelten<sup>112</sup>. Entsprechend war gemäß § 313 Abs. 2 SGB V alter Fassung die Beitragsuntergrenze des § 226 Abs. 2 SGB V für im Beitragsgebiet versicherte Mitglieder aus der dort geltenden Bezugsgröße zu ermitteln. Im Zuge der Einführung des bundesweiten Risikostrukturausgleichs wurden jedoch die Rechengrößen in den alten und neuen Bundesländern früher als vorgesehen, nämlich bereits mit Wirkung vom 01. Januar 2001, vereinheitlicht und die vorgenannte Sonderregelung durch Art. 1 des Gesetzes zur Rechtsangleichung in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 22. Dezember 1999<sup>113</sup> aufgehoben.

Soweit sich Regelungen des SGB V auf die Bezugsgröße des § 18 Abs. 1 SGB IV beziehen, gelten seit dem 01. Januar 2001 die in diesen Vorschriften maßgebenden Werte nunmehr auch für das in Art. 3 des Einigungsvertrages genannte Gebiet (§ 309 Abs. 1 Nr. 1 in der Fassung des Art. 1 Nr. 2 des Gesetzes zur Rechtsangleichung in der gesetzlichen Krankenversicherung). Eine Sonderregelung ergab sich bereits vom 01. Januar 1995 an in Berlin-Ost, da von diesem Zeitpunkt an gemäß § 308 Abs. 3 Satz 3 SGB V alter Fassung<sup>114</sup> für Gesamt-Berlin einheitlich die Rechengrößen der alten Bundesländer wirksam waren. Für die gesetzliche Krankenversicherung gilt die Bezugsgröße nach § 18 Abs.1 SGB IV damit für das gesamte Bundesgebiet.

Da sich die Bezugsgröße nach dem Durchschnittsentgelt der gesetzlichen Rentenversicherung im vorvergangenen Kalenderjahr richtet und jährlich an die Einkommensentwicklung angepasst wird, ist sie dynamisch<sup>115</sup>. Bei diesem jährlich dynamisierten, allgemeinen Maßstab handelt es sich um einen objektiv-statistisch ermittelten Durchschnittswert und damit um einen ökonomischen Tatbestand<sup>116</sup>. Der Wert der Bezugsgröße wird gemäß § 17 Abs. 2 Satz 1 SGB IV vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales im Voraus für jedes Kalenderjahr durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates bestimmt und jährlich mit der jeweiligen Verordnung über maßgebende Rechengrößen der Sozialversicherung (Sozialversicherungs-Rechengrößenverordnung) bekannt gegeben. Nach § 2 Abs. 1 der Sozialversicherungs-Rechengrößenverordnung 2014 beträgt die Bezugsgröße im Sinne des § 18 Abs. 1 SGB IV im Jahr 2014 jährlich 33.180 Euro und monatlich 2.765 Euro. Da Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung für Versorgungsbezüge – und damit auch für Renten der betrieblichen Altersversorgung im Sinne des § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr.5 SGB IV – nach § 237 Satz 2 in Verbindung mit § 226 Abs. 2 SGB V – wie dargelegt –

---

111 Fischer, in: jurisPK-SGB IV, § 18 Rn. 23

112 §§ 308 ff. angefügt durch Einigungsvertrag vom 31. August 1990, BGBl. II, S. 889, aufgehoben durch Art. 1 Nr. 1 des Gesetzes zur Rechtsangleichung in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 22. Dezember 1999, BGBl. I S. 2657

113 BGBl. I S. 2657

114 aufgehoben durch Art. 1 Nr. 1 des Gesetzes zur Rechtsangleichung in der gesetzlichen Krankenversicherung

115 Mette, in: BeckOK SGB IV, § 18 Rn. 4; Seewald, in: Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, SGB IV § 18 Rn. 2

116 Seewald, in: Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, SGB IV § 18 Rn. 2

nur dann zu entrichten sind, wenn sie monatlich ein Zwanzigstel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV übersteigen, sind Versorgungsbezüge im gesamten Bundesgebiet im Jahr 2014 bis zu einem monatlichen Betrag von 138,25 Euro (= 2.765 Euro : 20) in der Krankenversicherung beitragsfrei<sup>117</sup>. Im Falle einer auch nur geringfügigen Überschreitung dieses monatlichen Betrages von 138,25 Euro ist – wie dargelegt – nicht nur der die Mindestgrenze übersteigende Betrag, sondern der Gesamtbetrag der Versorgungsbezüge in vollem Umfang beitragspflichtig.

#### 2.3.1.3. Beitragspflicht von Betriebsrenten im Sinne des § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V, die als einmalige Kapitalleistung gewährt werden

Nach § 229 Abs. 1 Satz 1 SGB V sind Versorgungsbezüge und damit auch Renten der betrieblichen Altersversorgung im Sinne des § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V – wie oben im Einzelnen dargelegt – dann als beitragspflichtige Einnahme anzusehen, wenn sie „als der Rente vergleichbare“ Leistung wegen einer Einschränkung der Erwerbsfähigkeit oder zur Alters- oder Hinterbliebenenversorgung erbracht werden. Erfasst werden von dieser Regelung – wie soeben dargelegt – vor allem regelmäßig wiederkehrende Bezüge, also laufende Geldleistungen. Fraglich ist, ob und unter welchen Voraussetzungen darüber hinaus auch Kapitalleistungen, d. h. einmalige Zahlungen, die zur Abgeltung eigentlich geschuldeter laufender Leistungen wegen einer Einschränkung der Erwerbsfähigkeit oder zur Alters- bzw. Hinterbliebenenversorgung geleistet werden, als Versorgungsbezüge im Sinne des § 229 Abs. 1 Satz 1 SGB V gelten und damit der Beitragspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung unterliegen.

##### 2.3.1.3.1. Rechtslage bis zum 31. Dezember 2003

Nach § 229 Abs. 1 Satz 3 SGB V in der bis zum 31. Dezember 2003 geltenden Fassung<sup>118</sup> wurde eine nicht regelmäßig wiederkehrende Leistung – also eine einmalige Kapitalleistung – nur dann von der Beitragspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung erfasst, wenn sie „an die Stelle der Versorgungsbezüge“ trat. Bereits zu der weitgehend inhaltsgleichen Vorgängervorschrift des § 180 Abs. 8 Satz 4 RVO hat das Bundessozialgericht (BSG) entschieden, diese Vorschrift greife nur ein, wenn die Ersetzung eines ursprünglich vereinbarten laufenden Versorgungsbezugs (z. B. einer Rente) durch eine nicht regelmäßig wiederkehrende Leistung in Form z. B. einer einmaligen Kapitalabfindung nach Eintritt des Versicherungsfalles vereinbart wurde. Hingegen sei die Vorschrift unanwendbar, wenn der Anspruch auf die Kapitalleistung vor Eintritt des Versicherungsfalles zugesichert werde bzw. die einmalige Leistung von vornherein als solche vereinbart oder zugesagt worden sei<sup>119</sup>.

An dieser Rechtsprechung hat das BSG auch nach Inkrafttreten des § 229 Abs. 1 Satz 3 SGB V in der bis zum 31. Dezember 2003 geltenden Fassung festgehalten. Eine Kapitalleistung (Kapitalabfindung) trete nur dann im Sinne des § 229 Abs. 1 Satz 3 SGB V an die Stelle der Versorgungsbe-

---

117 Figge/Minn, Beitrags- und versicherungsrechtliche Änderungen in der Sozialversicherung zum Jahreswechsel 2013/2014, in: Der Betrieb (DB) 2013, Beilage Nr. 5, S. 1 (26)

118 in der Fassung des Gesetzes zur Strukturreform im Gesundheitswesen (Gesundheits-Reformgesetz – GRG) vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477, 2482), in Kraft getreten am 01. Januar 1989

119 Bundessozialgericht, Urteil vom 18. Dezember 1984 – 12 RK 36/84 – BSGE 58,10 (13 f.)

zügen, wenn eine bereits geschuldete Rente durch die Kapitalleistung ersetzt werde. Geschuldet werde eine Rentenzahlung aber erst, wenn der Versicherungsfall eingetreten sei, d. h. bei Berufsunfähigkeits- bzw. Erwerbsunfähigkeits-Renten Berufsunfähigkeit oder Erwerbsunfähigkeit vorliege oder bei Altersrenten das Rentenalter erreicht sei<sup>120</sup>. Das BSG hat die Beitragspflicht auch dann verneint, wenn zwar ursprünglich eine laufende Leistung vereinbart war, sie aber noch vor Eintritt des Versicherungsfalles in eine Kapitalleistung umgestaltet wurde<sup>121</sup>. Für die Abgrenzung einer nicht beitragspflichtigen einfachen Kapitalleistung von einer beitragspflichtigen, weil laufende Versorgungsbezüge ersetzenden Kapitalleistung, könne nicht darauf abgestellt werden, ob nach dem ursprünglichen Inhalt des Versicherungsvertrages auch oder sogar nur eine Rentenleistung vereinbart worden sei. Sei Gegenstand einer Versicherung von vornherein wahlweise entweder eine Rentenleistung oder eine Kapitalleistung, so werde mit der Wahl der Kapitalleistung der Versicherungsvertrag inhaltlich umgestaltet und nunmehr für den Zeitpunkt des Versicherungsfalles allein noch die Kapitalleistung geschuldet. Nur bei dieser Auslegung des § 229 Abs. 1 Satz 3 SGB V sei auch eine hinreichend sichere und praktikable Abgrenzung von beitragspflichtigen, eine Rente ersetzenden Kapitalleistungen und nicht beitragspflichtigen Kapitalleistungen möglich<sup>122</sup>. Die unterschiedliche Behandlung von laufenden sowie von kapitalisierten laufenden Versorgungsbezügen einerseits und von vornherein vereinbarten einmaligen Versorgungsleistungen andererseits nach § 229 Abs. 1 Satz 3 SGB V alter Fassung verstieß nach Auffassung des BSG<sup>123</sup> nicht gegen den allgemeinen Gleichheitssatz des Art. 3 Abs. 1 GG<sup>124</sup>. Als Konsequenz aus dieser Rechtsprechung erhoben die Krankenkassen Beiträge aus einer Kapitalabfindung nur dann, wenn sie einen aufgrund des Eintritts des Versicherungsfalles (Erwerbsminderung, Alter) bereits geschuldeten Versorgungsbezug ersetzte; in allen anderen Fällen blieben Kapitalzahlungen beitragsfrei.

#### 2.3.1.3.2. Rechtslage seit dem 01. Januar 2004

Durch Art. 1 Nr. 143 des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) vom 14. November 2003<sup>125</sup> ist die Bestimmung des § 229 Abs. 1 Satz 3 SGB V neu gefasst und die bis zum 31. Dezember 2003 maßgebliche Rechtslage mit Wirkung vom 01. Januar 2004 geändert worden. Nach § 229 Abs. 1 Satz 3 SGB V in der seit diesem Zeitpunkt geltenden Fassung unterliegen Kapitalleistungen oder Kapitalabfindungen, die der Alters- oder Hinterbliebenenversorgung oder der Versorgung bei vermin-

120 Bundessozialgericht, Urteil vom 30 März 1995 – 12 RK 10/94, SozR 3-2500 § 229 SGB V Nr. 10 S. 58

121 Bundessozialgericht, Urteil vom 30. März 1995 – 12 RK 10/94, SozR 3-2500 § 229 SGB V Nr. 10 = NZS 1995, 515

122 Bundessozialgericht, Urteil vom 30 März 1995 – 12 RK 10/94, SozR 3-2500 § 229 SGB V Nr. 10 S. 58

123 Bundessozialgericht, Urteil vom 18. Dezember 1984 – 12 RK 36/84 – BSGE 58,10 (13 ff.) = SozR 2200 § 180 RVO Nr. 25; Bundessozialgericht, Urteil vom 12. Dezember 1994 – 12 RK 57/92 – SozR 3-2500 § 229 SGB V Nr. 4 = NZS 1995,177

124 Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 100-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch Art. 1 des Gesetzes vom 11. Juli 2012 (BGBl. I S. 1478)

125 Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190)



derter Erwerbsfähigkeit dienen, nunmehr auch dann der Beitragspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung, wenn eine solche Leistung bereits vor Eintritt des Versorgungsfalls vereinbart oder zugesagt worden ist (§ 229 Abs. 1 Satz 3 Variante 2). Die bis zum 31. Dezember 2003 maßgebliche Rechtsprechung des Bundessozialgerichts vom 30 März 1995<sup>126</sup>, nach der – wie oben dargelegt – in solchen Fällen keine Beitragspflicht bestand, ist damit obsolet. Mit der Änderung und Ergänzung des § 229 Abs. 1 Satz 3 SGB V durch Einfügung der Textpassage „oder ist eine solche Leistung vor Eintritt des Versicherungsfalls vereinbart oder zugesagt worden“ sollten nach der Gesetzesbegründung Umgehungsmöglichkeiten bei der Beitragspflicht aus Versorgungsbezügen durch entsprechende Vereinbarungen beseitigt und eine gleichmäßige Behandlung aller Betroffenen gewährleistet werden<sup>127</sup>. Die Neufassung des § 229 Abs. 1 Satz 3 SGB V trägt auch der Entschließung des Deutschen Bundestages zum Gesetz über die Anpassung der Renten der gesetzlichen Rentenversicherung im Jahr 1982<sup>128</sup> Rechnung, in der bereits seinerzeit eine Überprüfung der Regelungen über die Beitragspflicht von Kapitalleistungen durch die Bundesregierung vorgesehen war, um mögliche Umgehungen der Beitragspflicht, z. B. durch verstärkt vereinbarte originäre Einmalzahlungen, auszuschließen.

Seit der Änderung des § 229 Abs. 1 Satz 3 SGB V ist jede Kapitalleistung, die als Versorgungsbezug zu werten ist, weil sie anstelle von Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen aus früherer Beschäftigung oder Tätigkeit tritt, beitragspflichtig<sup>129</sup>. Das gilt unabhängig davon, ob an sich zugesagte oder vereinbarte laufende Versorgungsbezüge kapitalisiert werden. Ohne Bedeutung ist auch, ob ein Wahlrecht zwischen einer laufenden und einer einmaligen Leistung bestand und wann gegebenenfalls die Entscheidung für eine Kapitalleistung getroffen wurde oder zu treffen war<sup>130</sup>. Dies folgt daraus, dass die Regelung des § 229 Abs. 1 Satz 3 SGB V neuer Fassung – abweichend zu der bis zum 31. Dezember 2003 geltenden Rechtslage – auch originäre Kapitalleistungen erfassen und hierdurch aus Gründen der Gleichbehandlung verhindern soll, dass die Beitragspflicht durch entsprechende Vereinbarungen verhindert werden kann<sup>131</sup>. Der Einbeziehung von originär vereinbarten Kapitalleistungen in die Beitragspflicht steht auch nicht die allgemeine Definition des § 229 Abs. 1 Satz 1 SGB V entgegen, wonach es sich bei Versorgungsbezügen um der Rente vergleichbare Einnahmen handeln muss und insoweit nur laufende Bezüge erfasst wären. Entscheidend ist ausschließlich, ob es sich um eine Leistung zur Alters- oder Hinterbliebenenversorgung oder um eine Versorgung bei Erwerbsminderung handelt und ein Bezug zum

---

126 Bundessozialgericht, Urteil vom 30 März 1995 – 12 RK 10/94, SozR 3-2500 § 229 SGB V Nr. 10

127 Vgl. die Begründung im Entwurf eines zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) in BT-Drs. 15/1525 vom 08. September 2003 S. 139

128 zu Abschnitt II der BT-Drs. 9/884

129 Seywald-Rewitz, in: Krauskopf, Soziale Krankenversicherung/Pflegeversicherung, § 229 SGB V Rn. 9; Peters, in: jurisPK-SGB V, § 229 Rn. 59

130 Seywald-Rewitz, in: Krauskopf, Soziale Krankenversicherung/Pflegeversicherung, § 229 SGB V Rn. 9; Peters, in: jurisPK-SGB V, § 229 Rn. 59

131 Vgl. die Begründung im Entwurf eines zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) in BT-Drs. 15/1525 vom 08. September 2003, S. 139

früheren Erwerbsleben besteht<sup>132</sup>. Auch eine vor dem vereinbarten Versicherungsfall (Erreichen des Rentenalters) ausgezahlte Kapitalleistung einer im Rahmen der betrieblichen Altersversorgung abgeschlossenen Direktversicherung ist als nicht regelmäßig wiederkehrende Leistung zur Bemessung der Krankenversicherungsbeiträge eines Rentners heranzuziehen, wenn sie von ihm nach dem Betriebsrentengesetz<sup>133</sup> als vorzeitige Altersleistung bezogen wird<sup>134</sup>. Wegen Beendigung des Arbeitsverhältnisses vor Eintritt des vereinbarten Versicherungsfalles in einem Einmalbetrag ausgezahlte Abfindungen einer unverfallbaren Anwartschaft auf Leistungen aus einer Direktversicherung sind als kapitalisierte Versorgungsleistungen ebenfalls in der gesetzlichen Krankenversicherung beitragspflichtig. Der Rechtscharakter dieser (Kapital)Leistung als Versorgungsbezug geht durch deren vorzeitige Auszahlung nicht verloren<sup>135</sup>. Leistungen der betrieblichen Altersversorgung sind auch dann als „nicht regelmäßig wiederkehrende Leistung“ im Sinne des § 229 Abs. 1 Satz 3 SGB V der Beitragspflicht unterworfen, wenn von vornherein eine Auszahlung in Raten vereinbart war<sup>136</sup>.

Mangels einer vom Gesetzgeber getroffenen Übergangsregelung ist § 229 Abs. 1 Satz 3 SGB V auch auf Altverträge bzw. Versorgungszusagen anzuwenden, die vor dem 01. Januar 2004 geschlossen worden sind<sup>137</sup>. Die Beitragspflicht von Versorgungsbezügen, die als Kapitalleistung gewährt werden, gilt daher für alle Versorgungszusagen – auch in laufenden Verträgen – bei denen der Versicherungs-/Versorgungsfall nach dem 31. Dezember 2003 eintritt<sup>138</sup>. Bei Versicherungs-/Versorgungsfällen vor dem 01. Januar 2004 gilt demgegenüber weiterhin das bisherige Recht. Dies bedeutet, dass die Kapitalleistung nicht beitragspflichtig ist, sofern sie vor dem Eintritt des Versicherungs-/Versorgungsfalles vereinbart oder zugesagt und vor dem 01. Januar 2004 ausgezahlt wurde. Diese Beitragsfreiheit gilt ferner in den Fällen, in denen der Versicherungsfall

- 
- 132 Rundschriften der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung zur Durchführung des GKV-Modernisierungsgesetzes vom 12. Februar 2004, S. 12 (Gliederungspunkt 2.7): Uckermann, in: Das Recht der betrieblichen Altersversorgung, Kommentar, Kapitel 15 Rn. 59
- 133 Gesetz zur Verbesserung der betrieblichen Altersversorgung (Betriebsrentengesetz – BetrAVG) vom 19. Dezember 1974 (BGBl. I S. 3610), zuletzt geändert durch Art. 4 e des Gesetzes vom 21. Dezember 2008 (BGBl. I S. 2940)
- 134 Bundessozialgericht, Urteil vom 12. November 2008 – B 12 KR 10/08 R – SozR 4-2500 § 229 SGB V Nr. 6; Hebel, in: LPK-SGB V, § 229 Rn. 7; Seywald-Rewitz, in: Krauskopf, Soziale Krankenversicherung/Pflegeversicherung, § 229 SGB V Rn. 9; Peters, in: jurisPK-SGB V, § 229 SGB V Rn. 59; Peters, in: Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, § 229 SGB V Rn. 22
- 135 Bundessozialgericht, Urteil vom 25. April 2012 – B 12 KR 26/10 R – SozR 4-2500 § 229 SGB V Nr. 16 Rn. 18 ff.; Peters, in: jurisPK-SGB V, § 229 Rn. 59.1
- 136 Vgl. hierzu Bundessozialgericht, Urteil vom 17. März 2010 – B 12 KR 5/09 R – SozR 4-2500 § 229 SGB V Nr. 9; Peters, in: jurisPK-SGB V, § 229 Rn. 57
- 137 Fraedrich, Sozialversicherungsrechtliche Grundlagen der betrieblichen Altersversorgung, in: NZA 2012,129 (133); Uckermann, in: Das Recht der betrieblichen Altersversorgung, Kommentar, Kapitel 15 Rn. 63
- 138 Gerlach, in: Hauck/Noftz, SGB V, § 229 Rn. 26; Uckermann, in: Das Recht der betrieblichen Altersversorgung, Kommentar, Kapitel 15 Rn. 63; Rundschriften der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung zur Durchführung des GKV-Modernisierungsgesetzes vom 12. Februar 2004, S. 13 (2.7.2)

vor dem 01. Januar 2004 eingetreten ist, die Kapitalleistung jedoch erst nach dem 31. Dezember 2003 ausgezahlt wird<sup>139</sup>.

#### 2.3.1.3.3. Ein Einhundertzwanzigstel der Kapitalleistung als fiktiver monatlicher Zahlbetrag der Versorgungsbezüge

Unterliegen kapitalisierte Versorgungsbezüge gemäß § 229 Abs. 1 Satz 1 und 3 SGB V der Beitragspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung, gilt ein Einhundertzwanzigstel der Kapitalleistung als fiktiver monatlicher Zahlbetrag der Versorgungsbezüge, längstens jedoch für einhundertzwanzig Monate (§ 229 Abs. 1 Satz 3 letzter Satzteil). Auf eine kapitalisierte Leistung aus der betrieblichen Altersversorgung (Kapitalabfindung oder -leistung) ist bei der Berechnung der Krankenversicherungsbeiträge diese Einhundertzwanzigstel-Regelung auch dann anzuwenden, wenn das Versorgungskapital in Raten ausgezahlt wird<sup>140</sup>. Die Frist von 10 Jahren beginnt mit dem Ersten des auf die Auszahlung der Kapitalleistung folgenden Kalendermonats<sup>141</sup>. Wird die Kapitalleistung in Raten ausgezahlt, ist für die Ermittlung des beitragspflichtigen Anteils im Rahmen der Einhundertzwanzigstel-Regelung dennoch der Gesamtbetrag heranzuziehen<sup>142</sup>. Sofern die Kapitalleistung (z. B. als Abfindung für einen laufenden Versorgungsbezug) für einen kürzeren Zeitraum als 10 Jahre (= 120 Monate) erfolgt, ist sie für die Beitragsbemessung auch nur auf den entsprechend kürzeren Zeitraum umzulegen<sup>143</sup>. Sollte der Versorgungsempfänger vor Ablauf von 10 Jahren versterben, endet auch die Beitragspflicht mit diesem Zeitpunkt. Die Erben zahlen dementsprechend keine Beiträge für den Zeitraum zwischen Tod und Ablauf der Zehn-Jahres-Frist. Für die Hinterbliebenen kann allerdings dann eine eigene Beitragspflicht entstehen, wenn diese als Hinterbliebenenversorgung einen eigenen Kapitalbetrag beanspruchen können<sup>144</sup>. Fließt die Kapitalleistung aus einer betrieblichen Versorgungsmaßnahme, obwohl der Versicherte noch weiterarbeitet bzw. sich weiterhin in einem aktiven Beschäftigungsverhältnis befindet, beginnt auch in diesen Fällen die Zehn-Jahres-Frist mit dem Ersten des auf die Auszahlung des

---

139 Uckermann, in: Das Recht der betrieblichen Altersversorgung, Kommentar, Kapitel 15 Rn. 63; Rundschreiben der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung zur Durchführung des GKV-Modernisierungsgesetzes vom 12. Februar 2004, S. 13 (2.7.2)

140 Bundessozialgericht, Urteil vom 17. März 2010 – B 12 KR 5/09 R – SozR 4-2500 § 229 SGB V Nr. 9; Hebler, in: LPK-SGB V, § 229 Rn. 8; zu den Berechnungsmodalitäten, wenn eine Pension als betriebliche Altersversorgung nicht als zunächst vorgesehene monatliche Rentenleistung, sondern nach Vereinbarung in jährlichen Raten erbracht wird, vgl. Landessozialgericht Schleswig-Holstein vom 29. April 2009, L 5 KR 14/08, juris

141 Gerlach, in: Hauck/Noftz, SGB V, § 229 Rn. 30; Uckermann, NZS 2010, 491

142 Rundschreiben der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung zur Durchführung des GKV-Modernisierungsgesetzes vom 12. Februar 2004, S. 12 (2.7.1); Uckermann, in: Das Recht der betrieblichen Altersversorgung, Kommentar, Kapitel 15 Rn. 60

143 Gerlach, in: Hauck/Noftz, SGB V, § 229 Rn. 30; Figge/Minn, Beitrags- und versicherungsrechtliche Änderungen in der Sozialversicherung zum Jahreswechsel 2013/2014, in: Der Betrieb (DB), Beilage Nr. 5 zu Heft 50 vom 13. Dezember 2013, S. 1 (26)

144 Uckermann, Betriebliche Altersversorgung und Zeitwertkonten, S. 60; Uckermann, in: Das Recht der betrieblichen Altersversorgung, Kommentar, Kapitel 15 Rn. 60; Rundschreiben der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung zur Durchführung des GKV-Modernisierungsgesetzes vom 12. Februar 2004, S. 12 (2.7.1); zur Beitragspflichtigkeit von Leistungen an Hinterbliebene, vgl. näher Rolfs, Die Beitragspflicht von Versorgungsbezügen, in: Kranken- und Pflegeversicherung (KRV), 2013, 45 (49 f.)

Kapitalbetrages folgenden Monats. Soweit in dieser Zeit ein Beschäftigungsverhältnis ausgeübt wird, in der der Versicherte mit seinem Arbeitsentgelt über der Beitragsbemessungsgrenze (§ 223 Abs. 3 SGB V) liegt, fallen aus der Kapitalleistung zunächst keine Beiträge an. Die Zehn-Jahres-Frist wird dadurch nicht verändert<sup>145</sup>.

#### 2.3.1.3.4. Bagatell- bzw. Freigrenze

Für den nach den vorgenannten Maßstäben ermittelten (fiktiven) monatlichen Zahlbetrag der Versorgungsbezüge ist neben der Beitragsbemessungsgrenze des § 223 Abs. 3 SGB V auch die Bestimmung über den mindestbeitragspflichtigen Betrag nach § 226 Abs. 2 SGB V zu beachten, da die in dieser Vorschrift festgelegte „Bagatell- bzw. Freigrenze“ nicht nur für regelmäßig wiederkehrende Leistungen, also laufende Versorgungsbezüge zur Anwendung kommt<sup>146</sup>, sondern gleichermaßen auch für Kapitalleistungen gilt<sup>147</sup>. Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung sind somit aus Kapitalleistungen nicht zu entrichten, wenn der nach Maßgabe des § 229 Abs. 1 Satz 3 SGB V auf den Kalendermonat umgelegte Anteil der Kapitalleistung ein Zwanzigstel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 SGB IV, im Jahr 2014 also 138,25 Euro<sup>148</sup>, nicht übersteigt<sup>149</sup>. Dies hat zur Folge, dass Kapitalleistungen, die im Kalenderjahr 2014 nicht mehr als 16.590 Euro betragen, nicht der Beitragspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung der Rentner unterliegen, es sei denn, der Versicherte bezieht noch weitere beitragspflichtige Versorgungsbezüge und/oder Einnahmen<sup>150</sup>. Sobald ein Einhundertzwanzigstel der als Kapitalleistung ausgezahlten Versorgungsbezüge und/oder das Arbeitseinkommen in einem Monat die „Mindest- bzw. Bagatellgrenze“ des § 226 Abs. 2 SGB V überschreiten, sind die Beiträge von dem Gesamtbetrag, also ohne Beachtung dieser Freigrenze, zu ermitteln und an die Krankenkasse abzuführen<sup>151</sup>.

145 Rundschriften der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung zur Durchführung des GKV-Modernisierungsgesetzes vom 12. Februar 2004, S. 13 (2.7.1); Uckermann, in: Das Recht der betrieblichen Altersversorgung, Kommentar, Kapitel 15 Rn. 62

146 Vgl. hierzu eingehend oben zu Gliederungspunkt 2.3.1.2.2.

147 Gerlach, in: Hauck/Noftz, SGB V, § 226 Rn. 43; Gerlach, in: Hauck/Noftz, SGB V, § 229 Rn. 30; Figge/Minn, Beitrags- und versicherungsrechtliche Änderungen in der Sozialversicherung zum Jahreswechsel 2013/2014, in: Der Betrieb (DB), Beilage Nr. 5 zu Heft 50 vom 13. Dezember 2013, S. 1 (26); Uckermann, in: Das Recht der betrieblichen Altersversorgung, Kommentar, Kapitel 15 Rn. 61; Rundschriften der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung zur Durchführung des GKV-Modernisierungsgesetzes vom 12. Februar 2004, S. 12 (2.7.1)

148 Vgl. hierzu näher oben zu Gliederungspunkt 2.3.1.2.2.

149 Gerlach, in: Hauck/Noftz, SGB V, § 229 Rn. 30; Uckermann, in: Das Recht der betrieblichen Altersversorgung, Kommentar, Kapitel 15 Rn. 61; Figge/Minn, Beitrags- und versicherungsrechtliche Änderungen in der Sozialversicherung zum Jahreswechsel 2013/2014, in: Der Betrieb (DB), Beilage Nr. 5 zu Heft 50 vom 13. Dezember 2013, S. 1 (26 f.); Rundschriften der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung zur Durchführung des GKV-Modernisierungsgesetzes vom 12. Februar 2004, S. 12 (2.7.1)

150 Gerlach, in: Hauck/Noftz, SGB V, § 229 Rn. 30; Figge/Minn, Beitrags- und versicherungsrechtliche Änderungen in der Sozialversicherung zum Jahreswechsel 2013/2014, in: Der Betrieb (DB), Beilage Nr. 5 zu Heft 50 vom 13. Dezember 2013, S. 1 (27); Rundschriften der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung zur Durchführung des GKV-Modernisierungsgesetzes vom 12. Februar 2004, S. 12 (2.7.1)

151 Figge/Minn, Beitrags- und versicherungsrechtliche Änderungen in der Sozialversicherung zum Jahreswechsel 2013/2014, in: Der Betrieb (DB), Beilage Nr. 5 zu Heft 50 vom 13. Dezember 2013, S. 1 (27)

Dies gilt auch dann, wenn nur in einem Monat der Grenzbetrag durch einmalig gezahlte Betriebsrenten (z. B. als Urlaubs- oder Weihnachtsgeld) überschritten wird<sup>152</sup>. Dies hat zur Folge, dass selbst bei nur geringfügigster Überschreitung des Betrages in Höhe von 16.590 Euro nicht nur der die Mindestgrenze übersteigende Betrag, sondern der Gesamtbetrag der Versorgungsbezüge in vollem Umfang beitragspflichtig ist<sup>153</sup>.

#### 2.3.1.3.5. Verfassungskonformität der Beitragspflicht von Kapitalleistungen

Nach Auffassung des Bundessozialgerichts<sup>154</sup> und des Bundesverfassungsgerichts<sup>155</sup> bestehen gegen die Heranziehung von Versorgungsbezügen in der Form der nicht wiederkehrenden Leistungen und deren seit dem 01. Januar 2004 geltende uneingeschränkte Beitragspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 229 Abs. 1 Satz 3 SGB V keine verfassungsrechtlichen Bedenken.

Im Rahmen seines Nichtannahmebeschlusses vom 07. April 2008<sup>156</sup> führte das Bundesverfassungsgericht zunächst aus, dass § 229 Abs. 1 Satz 3 SGB V in der Fassung des Art. 1 Nr. 143 GMG mit dem allgemeinen Gleichheitssatz des Art. 3 Abs. 1 GG vereinbar sei<sup>157</sup>. Es unterliege keinen verfassungsrechtlichen Bedenken, dass der Gesetzgeber mit der Bestimmung des § 229 Abs. 1 Satz 3 SGB V neuer Fassung Kapitalleistungen aus betrieblichen Direktversicherungen, welche die vom Bundessozialgericht aufgestellten Kriterien erfüllten, den Versorgungsbezügen nach § 229 Abs. 1 Satz 1 SGB V gleichstelle und damit der Beitragspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung unterwerfe. Die gegenteilige Ansicht, dass einmaligen Kapitalzahlungen die notwendige strukturelle Ähnlichkeit mit den Renten der gesetzlichen Rentenversicherung fehle, dies jedoch der legitimierende Anknüpfungspunkt für die Einbeziehung anderer Versorgungsleistungen in die Beitragspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung sei, überzeuge nicht. Es könne kein wesentlicher materieller Unterschied bezüglich der beschäftigungsbezogenen Einnahmen zwischen laufend gezahlten Versorgungsbezügen und nicht regelmäßig wiederkehrenden Leistungen identischen Ursprungs und gleicher Zwecksetzung, insbesondere einmaligen Kapitalleistungen aus Direktversicherungen, festgestellt werden. Beide Leistungen knüpften an ein Dienst- oder Beschäftigungsverhältnis an und seien Teil einer versicherungsrechtlich or-

---

152 Figge/Minn, Beitrags- und versicherungsrechtliche Änderungen in der Sozialversicherung zum Jahreswechsel 2013/2014, in: Der Betrieb (DB), Beilage Nr. 5 zu Heft 50 vom 13. Dezember 2013, S. 1 (27)

153 Vgl. hier bereits oben zu Gliederungspunkt 2.3.1.2.2.

154 Vgl. u. a. BSG, Urteil vom 17. März 2010 – B 12 KR 5/09 R, SozR 4-2500 § 229 SGB V Nr. 9 Rn. 9; BSG, Urteil vom 12. November 2008 – B 12 KR 6/08 R, SozR 4-2500 § 229 SGB V Nr. 7 Rn. 17; BSG, Urteil vom 12. November 2008 – B 12 KR 10/08 R, SozR 4-2500 § 229 SGB V Nr. 6 Rn. 18; BSG, Urteil vom 13. September 2006 – B 12 KR 5/06 R, SozR 4-2500 § 229 SGB V Nr. 4 jeweils mit weiteren Nachweisen aus der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts

155 Bundesverfassungsgericht, Beschluss vom 07. April 2008 – 1 BvR 1924/07, SozR 4-2500 § 229 SGB V Nr. 5 Rn. 27 ff.; Beschluss vom 06. September 2010 – 1 BvR 739/08, SozR 4-2500 § 229 SGB V Nr. 10 Rn. 9 ff.

156 Bundesverfassungsgericht, Beschluss vom 07. April 2008 – 1 BvR 1924/07, SozR 4-2500 § 229 SGB V Nr. 5

157 Beschluss vom 07. April 2008 – 1 BvR 1924/07, SozR 4-2500 § 229 SGB V Nr. 5 Rn. 32

ganisierten, durch Beiträge gespeisten zusätzlichen Altersversorgung, welche dem Versicherten mit dem Eintritt des Versicherungsfalls einen unmittelbaren Leistungsanspruch vermittele.

Ausgangspunkt der durch § 229 Abs. 1 Satz 3 SGB V angeordneten Gleichbehandlung der nicht wiederkehrenden Leistungen mit den laufenden Versorgungsbezügen seien die mit dem Versicherungsfall eintretende Erhöhung der Einnahmen des Versicherten und ihr Ziel der Alterssicherung. Die im Beschäftigungsverhältnis wurzelnde, auf einer bestimmten Ansparleistung während des Erwerbslebens beruhende einmalige Zahlung einer Kapitalabfindung sei nicht grundsätzlich anders zu bewerten als eine auf gleicher Ansparleistung beruhende, laufende Rentenleistung; sie unterschieden sich allein durch die Art der Auszahlung. Auch das Betriebsrentengesetz (BetrAVG) werte Leistungen, die auf eine laufende Altersversorgung (z. B. durch einen Pensionsfonds oder eine Pensionskasse) gerichtet seien, gleich mit Leistungen aus einer Direktversicherung, die sich in einer einmaligen Kapitalauszahlung erschöpften. Daher sei es nicht zu beanstanden, wenn der Gesetzgeber diese Leistungen auch beitragsrechtlich in der gesetzlichen Krankenversicherung gleich behandle. Andernfalls würde – so das Bundesverfassungsgericht – die privatautonom getroffene Entscheidung über das Versicherungsprodukt in der aktiven Phase der Beschäftigung über die Frage der späteren Beitragspflicht entscheiden und damit die Möglichkeit zu ihrer Umgehung eröffnen<sup>158</sup>.

Darüber hinaus führte das Bundesverfassungsgericht in seinem Beschluss vom 07. April 2008 aus, dass die Einbeziehung der nicht wiederkehrenden Versorgungsleistungen in die Beitragspflicht auch mit dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit vereinbar sei<sup>159</sup>. Sie bilde ein geeignetes und erforderliches Mittel zur Stärkung der Finanzgrundlagen der GKV<sup>160</sup>. Den betroffenen Personen seien die damit verbundenen Folgen zumutbar. Der Gesetzgeber sei von Verfassungs wegen berechtigt, jüngere Krankenversicherte von der Finanzierung des höheren Aufwands für die Rentner zu entlasten und die Rentner entsprechend ihrem Einkommen verstärkt zur Finanzierung heranzuziehen<sup>161</sup>. Der Gesetzgeber könne dazu auch Teilgruppen herausgreifen und diese zu höheren Beitragszahlungen heranziehen, wenn dies durch einen sachlichen Grund gerechtfertigt sei. Hierzu dürfe der Gesetzgeber vor allem die bisherige Privilegierung der Bezieher nicht wiederkehrender Versorgungsleistungen beseitigen, deren Besserstellung gegenüber den Beziehern laufender Versorgungsleistungen ohnedies verfassungsrechtlich problematisch gewesen sei. Die Höhe der dadurch hervorgerufenen Beitragsbelastung bewirke auch keinen unzumutbaren Eingriff in die Vermögensverhältnisse der Betroffenen<sup>162</sup>. Zwar stelle die nach § 229 Abs. 1 Satz 3

158 Bundesverfassungsgericht, Beschluss vom 07. April 2008 – 1 BvR 1924/07, SozR 4-2500 § 229 SGB V Nr. 5 Rn. 32

159 Bundesverfassungsgericht, Beschluss vom 07. April 2008 – 1 BvR 1924/07, SozR 4-2500 § 229 SGB V Nr. 5 Rn. 34 f.

160 Bundesverfassungsgericht, Beschluss vom 07. April 2008 – 1 BvR 1924/07, SozR 4-2500 § 229 SGB V Nr. 5 Rn. 34 f. unter Bezugnahme auf BVerfGE 103, 392 (404)

161 Bundesverfassungsgericht, Beschluss vom 07. April 2008 – 1 BvR 1924/07, SozR 4-2500 § 229 SGB V Nr. 5 Rn. 34 f. unter Bezugnahme auf BVerfGE 69, 272 (313); Bundesverfassungsgericht, Beschluss der 1. Kammer des Ersten Senats vom 13. Dezember 2002 – 1 BvR 660/96, SozR 3-2500 § 248 SGB V Nr. 6

162 Bundesverfassungsgericht, Beschluss vom 07. April 2008 – 1 BvR 1924/07, SozR 4-2500 § 229 SGB V Nr. 5 Rn. 35

SGB V auf zehn Jahre begrenzte Beitragspflicht eine erhebliche Belastung der Betroffenen dar, sie habe jedoch keine grundlegende Beeinträchtigung der Vermögensverhältnisse im Sinne einer erdrosselnden Wirkung zur Folge<sup>163</sup>.

Schließlich verstößt die Neuregelung der Beitragspflicht auf einmalige Kapitaleistungen gemäß § 229 Abs. 1 Satz 3 SGB V in der Fassung des Art. 1 Nr. 143 GMG nach Auffassung des Bundesverfassungsgerichts<sup>164</sup> auch nicht gegen Art. 2 Abs. 1 GG in Verbindung mit dem rechtsstaatlichen Grundsatz des Vertrauensschutzes. Die beitragsrechtliche Berücksichtigung nicht wiederkehrend gezahlter Versorgungsleistungen beurteile sich – so das Bundesverfassungsgericht – nach den Grundsätzen über die unechte Rückwirkung von Gesetzen<sup>165</sup>. Die Regelung greife mit Wirkung für die Zukunft in ein öffentlich-rechtliches Versicherungsverhältnis ein und gestalte dies zum Nachteil für die betroffenen Versicherten um. Solche Regelungen seien verfassungsrechtlich grundsätzlich zulässig und entsprächen dem rechtsstaatlichen Vertrauensschutzprinzip, wenn das schutzwürdige Bestandsinteresse des Einzelnen die gesetzlich verfolgten Gemeinwohlinteressen bei der gebotenen Interessenabwägung nicht überwiege<sup>166</sup>. Diesen Grundsätzen genüge die Bestimmung des § 229 Abs. 1 Satz 3 SGB V neuer Fassung. Die Versicherten hätten, nachdem der Gesetzgeber bereits mit dem RAG 1982 vom 01. Dezember 1981 laufende Versorgungsbezüge in die Beitragspflicht einbezogen habe, in den Fortbestand der die einmaligen Kapitaleistungen gegenüber einem fortwährenden Versorgungsbezug privilegierenden Rechtslage nicht vertrauen können. Übergangsregelungen seien verfassungsrechtlich nicht geboten gewesen, vor allem auch deshalb, weil bei der Einmalzahlung von Versorgungsbezügen den Versicherten schon am Beginn der Belastung die gesamte Liquidität zur Tragung der finanziellen Mehrbelastung zur Verfügung stehe<sup>167</sup>.

Mit Beschluss vom 06. September 2010<sup>168</sup> hat das Bundesverfassungsgericht seine vorgenannte Entscheidung vom 07. April 2008<sup>169</sup> noch einmal bestätigt<sup>170</sup>. Mit seinen Entscheidungen vom 12.

- 
- 163 Bundesverfassungsgericht, Beschluss vom 07. April 2008 – 1 BvR 1924/07, SozR 4-2500 § 229 SGB V Nr. 5 Rn. 35 unter Bezugnahme auf – und mit Blick auf Art. 14 GG – BVerfGE 82, 159 (190)
- 164 Bundesverfassungsgericht, Beschluss vom 07. April 2008 – 1 BvR 1924/07, SozR 4-2500 § 229 SGB V Nr. 5 Rn. 36 f.
- 165 Bundesverfassungsgericht, Beschluss vom 07. April 2008 – 1 BvR 1924/07, SozR 4-2500 § 229 SGB V Nr. 5 Rn. 36 f. unter Bezugnahme auf BVerfGE 95, 64 (86); 103, 392 (403)
- 166 Bundesverfassungsgericht, Beschluss vom 07. April 2008 – 1 BvR 1924/07, SozR 4-2500 § 229 SGB V Nr. 5 Rn. 36 f. unter Bezugnahme auf BVerfGE 101, 239 (263); 103, 392 (403)
- 167 Bundesverfassungsgericht, Beschluss vom 07. April 2008 – 1 BvR 1924/07, SozR 4-2500 § 229 SGB V Nr. 5 Rn. 36 f.
- 168 Bundesverfassungsgericht, Beschluss vom 06. September 2010 – 1 BvR 739/08, SozR 4-2500 § 229 SGB V Nr. 10
- 169 Bundesverfassungsgericht, Beschluss vom 07. April 2008 – 1 BvR 1924/07, SozR 4-2500 § 229 SGB V Nr. 5
- 170 Bundesverfassungsgericht, Beschluss vom 06. September 2010 – 1 BvR 739/08, SozR 4-2500 § 229 SGB V Nr. 10 Rn. 9

November 2008<sup>171</sup>, vom 17. März 2010<sup>172</sup> und vom 30. März 2011<sup>173</sup> hat sich das Bundessozialgericht der vorgenannten Auffassung des Bundesverfassungsgerichts, gegen die Heranziehung von Versorgungsbezügen in der Form einer nicht regelmäßig wiederkehrenden Leistung bestünden verfassungsrechtliche Bedenken auch dann nicht, wenn das entsprechende Rechtsverhältnis bereits vor dem 01. Januar 2004 abgeschlossen worden sei, angeschlossen. Die Einbeziehung der nicht wiederkehrenden Versorgungsleistungen in die Beitragspflicht sei mit dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit vereinbar<sup>174</sup>. Sie bilde ein geeignetes und erforderliches Mittel zur Stärkung der Finanzgrundlagen der GKV. Es habe dem Gestaltungsermessen des Gesetzgebers obliegen, zu entscheiden, ob er auch von vornherein als Einmalzahlungen vereinbarte Versorgungsleistungen im Interesse einer möglichst lückenlosen Regelung und zur Verhinderung von Umgehungsmöglichkeiten zur Beitragsbemessung heranziehe oder sie aus Vereinfachungs- und Praktikabilitätsgründen vernachlässige und zunächst die Auswirkungen der bestehenden gesetzlichen Regelung beobachte. Jedenfalls sei es verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden, wenn der Gesetzgeber nunmehr zum 01. Januar 2004 nach einer über zwanzigjährigen Beobachtungsphase in Wahrnehmung dieses Spielraumes auch im Hinblick auf Umgehungsmöglichkeiten Versorgungsbezüge in Form einmaliger Kapitalzahlungen mit regelmäßig wiederkehrend gezahlten Versorgungsbezügen gleichstellt habe und damit bei gleichartiger Verwurzelung in der früheren Erwerbstätigkeit eine Gleichbehandlung ohne Berücksichtigung der Zahlungsmodalitäten geschaffen habe. Dabei habe er – so führt das Bundessozialgericht in seinen beiden Entscheidungen vom 12. November 2008 weiter aus – im Wege einer sog. unechten Rückwirkung auch an in der Vergangenheit begründete Rechtsverhältnisse anknüpfen dürfen<sup>175</sup>. Bezüglich der beschäftigungsbezogenen Einnahmen könne ein wesentlicher materieller Unterschied zwischen laufend gezahlten Versorgungsbezügen und nicht regelmäßig wiederkehrenden Leistungen identischen Ursprungs und gleicher Zielsetzung, insbesondere einmaligen Kapitalleistungen aus Direktversicherungen, nicht festgestellt werden. Auch einmalige Kapitalzahlungen erhöhten zudem ebenso wie regelmäßig wiederkehrende Zahlungen die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des Versicherten, und zwar nicht nur im Monat der Auszahlung, sondern darüber hinaus. Die einmalige Kapitalzahlung verliere ihren Charakter als dem Lebensunterhalt nach der Beendigung oder Einschränkung der beruflichen Tätigkeit dienende Leistung nicht dadurch, dass der Versicherte die einmalige Kapitalzahlung zur Deckung eines Sonderbedarfes bestimmt habe. Auch bei wiederkehrenden beitragspflichtigen Versorgungsbezügen hänge die Beitragspflicht nicht davon ab, ob und wofür der Versicherte diese verbrauchen wolle oder verbraucht habe.

---

171 Bundessozialgericht, Urteil vom 12. November 2008 – B 12 KR 6/08 R – SozR 4-2500 § 229 SGB V Nr. 7 Rn. 17; Bundessozialgericht, Urteil vom 12. November 2008 – B 12 KR 10/08 R – SozR 4-2500 § 229 SGB V Nr. 6 Rn. 18

172 Bundessozialgericht, Urteil vom 17. März 2010 – B 12 KR 5/09 R – SozR 4-2500 § 229 SGB V Nr. 9 Rn. 9

173 Bundessozialgericht, Urteil vom 30. März 2011 – B 12 KR 24/09 R – SozR 4-2500 § 229 SGB V Nr. 13 Rn. 18

174 Bundessozialgericht, Urteil vom 12. November 2008 – B 12 KR 10/08 R – SozR 4-2500 § 229 SGB V Nr. 6 Rn. 18; Bundessozialgericht, Urteil vom 12. November 2008 – B 12 KR 6/08 R – SozR 4-2500 § 229 SGB V Nr. 7 Rn. 17

175 Bundessozialgericht, Urteil vom 12. November 2008 – B 12 KR 10/08 R – SozR 4-2500 § 229 SGB V Nr. 6 Rn. 18; Bundessozialgericht, Urteil vom 12. November 2008 – B 12 KR 6/08 R – SozR 4-2500 § 229 SGB V Nr. 7 Rn. 17



### 2.3.2. Freiwillig versicherte Rentner

Die beitragspflichtigen Einnahmen freiwilliger Mitglieder, also die Bemessungsgrundlage, nach der sich – zusammen mit dem Beitragssatz – der Beitrag richtet, sind in § 240 SGB V geregelt. Diese Vorschrift gilt für alle freiwilligen Mitglieder der GKV und damit auch für freiwillig versicherte Rentner<sup>176</sup>.

#### 2.3.2.1. Regelungskompetenz des GKV-Spitzenverbandes

Nach § 240 Abs. 1 Satz 1 SGB V wird die Beitragsbemessung für freiwillige Mitglieder einheitlich durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen geregelt. § 240 SGB V überlässt die Regelung der Bemessungsgrundlagen damit der Regelungskompetenz des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, dessen Normsetzungsermessen jedoch durch die gesetzlichen Bestimmungen des § 240 SGB V begrenzt wird<sup>177</sup>. In Ausgestaltung der Ermächtigungsnorm des § 240 Abs. 1 Satz 1 SGB V hat der GKV-Spitzenverband „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)“ vom 27. Oktober 2008, zuletzt geändert am 27. November 2013, vorgelegt. Sie enthalten für alle Krankenkassen verpflichtende Vorgaben zur einheitlichen Bemessung und Erhebung der Beiträge zur Krankenversicherung und zur Pflegeversicherung freiwilliger Mitglieder. Es handelt sich bei diesen Bestimmungen um abstrakt-generelle Regelungen sui generis, die das unabgeschlossene Spektrum der Rechtsquellen und Normsetzungsbefugnisse der GKV erweitern<sup>178</sup>.

#### 2.3.2.2. Berücksichtigung der gesamten wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit des freiwilligen Mitglieds

Die Festlegung der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder muss nach § 240 Abs. 1 Satz 2 SGB V sicherstellen, dass die Beitragsbelastung die gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des freiwilligen Mitglieds berücksichtigt (Gebot der individuellen, leistungsfähigkeitsbezogenen Beitragsgerechtigkeit)<sup>179</sup>. Dies ist ein Erfordernis des in der gesetzlichen Krankenversicherung geltenden Solidaritätsprinzips, wonach jedes Mitglied zur Finanzierung der Aufgaben der Krankenkasse nach seinen wirtschaftlichen Möglichkeiten beiträgt<sup>180</sup>. Die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit bestimmt sich insoweit nach den Einnahmen und Geldmitteln, die das Mitglied zum Lebensunterhalt verbraucht oder verbrauchen könnte, ohne Rücksicht auf die steuerliche Behand-

---

176 Mecke, in: Becker/Kingreen, SGB V, § 240 Rn. 1; Gerlach, in: Hauck/Noftz, SGB V, § 240 Rn. 32; Peters, in: Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, § 240 SGB V Rn. 22

177 Vgl. etwa Mecke, in: Becker/Kingreen, § 240 SGB V Rn. 7 ff.

178 Vgl. näher Peters, in: Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, § 240 SGB V Rn. 24 ff.; Baier, in: Krauskopf, Soziale Krankenversicherung/Pflegeversicherung, § 240 SGB V Rn. 4 ff.

179 Bernsdorff, in: jurisPK-SGB V § 240 Rn. 14; Baier, in: Krauskopf, Soziale Krankenversicherung/Pflegeversicherung, § 240 SGB V Rn. 10 f.; Gerlach, in: Hauck/Noftz, § 240 SGB V Rn. 46

180 Gerlach, in: Hauck/Noftz, § 240 SGB V Rn. 45

lung<sup>181</sup>. Diese Vorgabe beinhaltet die grundsätzliche Ausrichtung der Beitragsbelastung an der Gesamtheit der Einnahmen, nicht dagegen an der Differenz zwischen Einnahmen und (notwendigen) Ausgaben<sup>182</sup>. Welche beitragspflichtigen Einnahmen zur Ermittlung der gesamten wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit im Sinne des § 240 Abs. 1 Satz 2 SGB V zu berücksichtigen sind, wird vom GKV-Spitzenverband in § 3 Abs. 1 der Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler (BVSzGs) konkretisiert<sup>183</sup>. Zu den beitragspflichtigen Einnahmen der freiwillig Versicherten zählen danach das Arbeitsentgelt, das Arbeitseinkommen, der Zahlbetrag der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung, der Zahlbetrag der Versorgungsbezüge sowie alle Einnahmen und Geldmittel, die für den Lebensunterhalt verbraucht werden oder verbraucht werden können, ohne Rücksicht auf ihre steuerliche Behandlung (§ 3 Abs. 1 Satz 1 BVSzGs). Die Einnahmen sind nach wirtschaftlichen Gesichtspunkten abzugrenzen; eine die beitragspflichtigen Einnahmen mindernde Berücksichtigung von Zwecksetzungen einzelner Einnahmen findet nicht statt, 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 (§ 3 Abs. 1 Satz 3 BVSzGs).

### 2.3.2.3. Beitragspflichtige Einnahmen versicherungspflichtig Beschäftigter als Mindestgrenze

§ 240 Abs. 1 Satz 2 SGB V wird durch die Regelung in § 240 Abs. 2 Satz 1 SGB V ergänzt<sup>184</sup>. Danach sind bei der Bestimmung der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit freiwilliger Mitglieder „mindestens“ die Einnahmen zu berücksichtigen, die bei einem vergleichbaren versicherungspflichtig Beschäftigten der Beitragsbemessung zugrunde zu legen sind. Durch § 240 Abs. 2 Satz 1 SGB V soll die Beitragsbemessung der versicherungspflichtig Beschäftigten als Mindestbasis für die freiwillig Versicherten übernommen und so verhindert werden, dass ein freiwilliges Mitglied beitragsmäßig geringer belastet wird als ein vergleichbarer versicherungspflichtig Beschäftigter<sup>185</sup>. § 240 Abs. 2 Satz 1 SGB V bestimmt lediglich eine Untergrenze und schließt die Einbeziehung von Einkünften, die beim Pflichtmitglied unberücksichtigt bleiben, die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des freiwilligen Mitglieds aber mitbestimmen, nicht aus<sup>186</sup>. Regelungen des GKV-Spitzenverbandes in den „Beitragsverfahrensgrundsätzen Selbstzahler“ (BVSzGs), die bei freiwilligen Mitgliedern über die Mindestbasis hinausgehen, sind deshalb zulässig und häufig sogar erforderlich<sup>187</sup>. Der gesetzlich vorgeschriebene Vergleich ist lediglich auf die Einnahmearten be-

181 Vgl. die Gesetzesbegründung zum GRG, in: BT-Drs. 11/2237 S. 225 zu Art. 1 § 249 Abs. 1

182 Bundessozialgericht, Urteil vom 23. Februar 1995 – 12 RK 66/93, SozR 3-2500 § 240 SGB V Nr. 19

183 Gerlach, in: Hauck/Noftz, § 240 SGB V Rn. 47

184 Baier, in: Krauskopf, Soziale Krankenversicherung/Pflegeversicherung, § 240 SGB V Rn. 13

185 So die Begründung des Entwurfs zum GRG 1989, Regierungsentwurf – GRG S. 225 zu § 249 Abs. 2 = § 240 Abs. 2 des Gesetzes; vgl. auch Peters, in: Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, § 240 SGB V Rn. 31; , Baier, in: Krauskopf, Soziale Krankenversicherung/Pflegeversicherung, § 240 SGB V Rn. 13; Bernsdorff, in: jurisPK-SGB V § 240 Rn. 15

186 Baier, in: Krauskopf, Soziale Krankenversicherung/Pflegeversicherung, § 240 SGB V Rn. 13; Bernsdorff, in: jurisPK-SGB V § 240 Rn. 15; Schlegel, in: Küttner, Personalbuch, Krankenversicherungsbeiträge, Rn. 20 f.

187 Peters, in: Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, § 240 SGB V Rn. 31

zogen<sup>188</sup>. § 240 Abs. 2 Satz 1 SGB V setzt nicht etwa die Orientierung an einer beruflich und wirtschaftlich ebenbürtigen Vergleichsperson unter den versicherungspflichtig Beschäftigten und den beitragspflichtigen Einnahmen dieses Beschäftigten voraus<sup>189</sup>.

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen muss danach bei seiner „Regelung“ jedenfalls beachten, dass dem Grunde und der Höhe nach wenigstens die Einnahmen, die bei einem versicherungspflichtig Beschäftigten gemäß § 226 Abs. 1 SGB V zu berücksichtigen sind, auch der Beitragsbemessung freiwillig Versicherter zugrunde gelegt werden<sup>190</sup>. Beitragspflichtige Einnahmearten sind bei versicherungspflichtig Beschäftigten nach § 226 Abs. 1 Satz 1 SGB V das Arbeitsentgelt aus einer versicherungspflichtigen Beschäftigung im Sinne des § 14 SGB IV (Nr. 1), der Zahlbetrag der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung im Sinne des § 228 SGB V (Nr. 2), der Zahlbetrag der der Rente vergleichbaren Einnahmen (Versorgungsbezüge) im Sinne des § 229 SGB V (Nr. 3) und das Arbeitseinkommen aus selbständiger Tätigkeit im Sinne des § 15 SGB IV, soweit es neben einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung oder Versorgungsbezügen erzielt wird (Nr. 4). Diese vier Einnahmearten des § 226 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 - 4 SGB V sind im Rahmen dieser Bestimmung im Sinne der vorgenannten gesetzlichen Bezugsregelungen (§§ 14, 15 SGB IV; §§ 228, 229 SGB V) zu verstehen, die bei der jeweiligen Einnahme zu einer Einschränkung der bei versicherungspflichtig Beschäftigten zu berücksichtigenden Einnahmen führen<sup>191</sup>.

Die vier Einnahmearten des § 226 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 - 4 SGB V werden in § 3 Abs. 1 Satz 1 der „Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler“ (BVSzGs) des GKV-Spitzenverbandes jedoch ohne diese Einschränkungen des § 226 SGB V als beitragspflichtige Einnahmen bezeichnet<sup>192</sup>, so dass diese Einschränkungen bei der Beitragsbemessung für freiwillige Mitglieder nach § 240 SGB V nicht gelten<sup>193</sup>. Es handelt sich zum einen um die Ausnahme des § 226 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V, wonach das Arbeitseinkommen (§ 15 SGB IV) bei versicherungspflichtig Beschäftigten nur beitragspflichtig ist, wenn es neben einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung oder Versorgungsbezügen erzielt wird. Im Hinblick darauf, dass § 240 Abs. 2 Satz 1 SGB V nur eine Untergrenze festlegt, ist Arbeitseinkommen aus selbständiger Tätigkeit freiwilliger Mitglieder deshalb ohne die in § 226 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V enthaltene Einschränkung heranzuziehen<sup>194</sup>.

---

188 Bernsdorff, in: jurisPK-SGB V § 240 Rn. 15

189 Bundessozialgericht, Urteil vom 15. September 1992 - 12 RK 51/91, SozR 3-2500 § 240 SGB V Nr. 9 S. 34 unter Hinweis auf den Meinungsstand in der Literatur

190 Baier, in: Krauskopf, Soziale Krankenversicherung/Pflegeversicherung, § 240 SGB V Rn. 13; Peters, in: Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, § 240 SGB V Rn. 32; Bernsdorff, in: jurisPK-SGB V § 240 Rn. 15

191 Peters, in: Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, § 240 SGB V Rn. 32

192 Vgl. hierzu oben zu Gliederungspunkt 2.3.2.2.

193 Peters, in: Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, § 240 SGB V Rn. 32

194 Peters, in: Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, § 240 SGB V Rn. 32; Bernsdorff, in: jurisPK-SGB V § 240 Rn. 15; Gerlach, in: Hauck/Noftz, § 240 SGB V Rn. 104

Auch die bei versicherungspflichtigen Mitgliedern für Versorgungsbezüge und Arbeitseinkommen im Sinne des § 226 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 und 4 SGB V vorgesehene Bagatellklausel bzw. Freigrenze des § 226 Abs. 2 SGB V gilt bei der Beitragsbemessung für freiwillige Mitglieder nach § 240 SGB V nicht<sup>195</sup>. Deren Geltung ist in § 3 Abs. 4 der „Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler“ (BVSzGs) des GKV-Spitzenverbandes für § 240 SGB V vielmehr ausdrücklich ausgeschlossen worden. Anders als bei versicherungspflichtigen Rentnern<sup>196</sup> sind Beiträge aus Versorgungsbezügen – und damit auch aus Renten der betrieblichen Altersversorgung im Sinne des § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V – von freiwillig versicherten Rentnern folglich auch dann zu erheben, wenn diese die Mindestgrenze bzw. „Bagatellgrenze“ von einem Zwanzigstel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV nicht übersteigen<sup>197</sup>. Dass § 226 Abs. 2 SGB V für die Beitragsberechnung bei freiwilligen Mitgliedern nicht beachtet werden muss, ist auch deshalb konsequent, weil diese Regelung der Verwaltungsvereinfachung insofern dient, als für geringfügige Beträge keine gesonderte Beitragsberechnung mit dem hieraus folgenden Einzug beim Versicherten erfolgen soll<sup>198</sup>. Da bei freiwilligen Mitgliedern ohnehin die gesamten beitragspflichtigen Einnahmen festzustellen sind und das Mitglied auch die Beiträge einzuzahlen hat, können aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen auch geringe Beträge bei der Beitragsbemessung zugrunde gelegt werden<sup>199</sup>.

#### 2.3.2.4. Die allgemeine Mindesteinnahmenregelung des § 240 Abs. 4 Satz 1 SGB V

Der Grundsatz der individuellen wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit gemäß § 240 Abs. 1 Satz 2 SGB V wird durch die gesetzlich festgelegte Mindestbemessungsgrundlage des § 240 Abs. 4 Satz 1 SGB V eingeschränkt<sup>200</sup>. Eine darüber hinausgehende Einrichtung von weiteren Mindestbemessungsgrundlagen ist auch durch Festlegung des GKV-Spitzenverbandes im Rahmen seiner Regelungskompetenz des § 240 Abs. 1 Satz 1 SGB V nicht möglich<sup>201</sup>. Nach § 240 Abs. 4 Satz 1 SGB V gilt – vorbehaltlich der in den Sätzen 2 bis 8 des Absatzes 4 geregelten Ausnahmen – als beitragspflichtige Einnahmen für den Kalendertag mindestens der neunzigste Teil der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV, was in § 3 Abs. 3 der „Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler“ des GKV-Spitzenverbandes wiederholt wird. Nach § 2 Abs. 1 der Sozialversicherungs-Rechengrößenverordnung 2014 vom 02. Dezember 2013<sup>202</sup> beträgt die Bezugsgröße im Sinne des §

195 Bernsdorff, in: jurisPK-SGB V § 240 Rn. 15; Peters, in: Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, § 240 SGB V Rn. 32; Gerlach, in: Hauck/Noftz, § 240 SGB V Rn. 73 und 104

196 Vgl. hierzu eingehend oben zu den Gliederungspunkten 2.3.1.2.2. und 2.3.1.3.4.

197 Gerlach, in: Hauck/Noftz, § 240 SGB V Rn. 73

198 Dazu, dass die Regelung des § 226 Abs. 2 SGB V in erster Linie der Verwaltungsvereinfachung dient und ein unangemessener Verwaltungsaufwand durch die Berechnung und den Einzug von Beiträgen in sehr geringer Höhe vermieden werden soll, vgl. bereits oben zu Gliederungspunkt 2.3.1.2.2.

199 Gerlach, in: Hauck/Noftz, § 240 SGB V Rn. 104

200 Vgl. etwa Gerlach, in: Hauck/Noftz, § 240 SGB V Rn. 122

201 Gerlach, in: Hauck/Noftz, § 240 SGB V Rn. 122

202 Verordnung über maßgebende Rechengrößen der Sozialversicherung für 2014 (Sozialversicherungs-Rechengrößenverordnung 2014) vom 02. Dezember 2013 (BGBl. I S. 4038)

18 Abs. 1 SGB IV im Jahr 2014 jährlich 33.180 Euro und monatlich 2.765 Euro. Für die gesetzliche Krankenversicherung gelten diese Werte der Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 SGB IV seit dem 01. Januar 2001 – wie oben näher dargelegt<sup>203</sup> – im gesamten Bundesgebiet. Daraus ergibt sich für die GKV ab dem 01. Januar 2014 als beitragspflichtige Einnahme für den Monat zu 30 Tagen (vgl. § 223 Abs. 2 Satz 2 SGB V) ein kalendertäglicher Mindestbetrag von 30,72 Euro und ein monatlicher Mindestbetrag von 921,67 Euro<sup>204</sup>.

Die fiktiven beitragspflichtigen Mindesteinnahmen nach § 240 Abs. 4 Satz 1 SGB V sollen einen vertretbaren Ausgleich zwischen Leistung und Gegenleistung bei freiwilligen Mitgliedern erreichen und verhindern, dass freiwillige Mitglieder sich zu unangemessenen Beiträgen versichern können<sup>205</sup>. Infolge der Fiktion von Mindesteinnahmen werden hier Beiträge von Mitgliedern erhoben, obwohl bei ihnen Einnahmen nicht oder nicht in dieser Höhe vorhanden sind. Das trägt dem Versicherungsprinzip Rechnung: Auch wer keine oder nur geringe Einnahmen hat, soll gewisse Beiträge entrichten und nicht kostenlos krankenversichert sein<sup>206</sup>. Die Rechtsprechung hat die mit dem Inkrafttreten des SGB V am 01. Januar 1989 vorgenommene Verdoppelung der Mindestbeiträge nicht beanstandet<sup>207</sup>. Ein Unterschreiten der gesetzlichen Mindestgrenze durch den GKV-Spitzenverband oder durch die Krankenkasse ist unzulässig, soweit nicht das Gesetz selbst Ausnahmen zulässt<sup>208</sup>. Andererseits dürfen keine höheren Mindesteinnahmen als die gesetzlich festgelegten bestimmt, Mindestgrenze und Mindestbeitrag also nicht angehoben werden<sup>209</sup>.

#### 2.3.2.5. Leistungen der betrieblichen Altersversorgung als beitragspflichtige Einnahmen freiwillig versicherter Rentner

Zu den die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit bestimmenden, zum Lebensunterhalt zur Verfügung stehenden Einnahmen im Sinne des § 240 Abs. 1 Satz 2 in Verbindung mit Abs. 2 Satz 1 SGB V zählen – wie oben bereits erwähnt<sup>210</sup> – zumindest die Versorgungsbezüge im Sinne des § 229 Abs. 1 Satz 1 und 3 SGB V und damit auch die Renten der betrieblichen Altersversorgung im Sinne des § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 und Satz 3 SGB V. Auch wenn in § 240 Abs. 2 Satz 5 SGB V zur Anwendbarkeit anderer Vorschriften nur der Absatz 2 des § 229 SGB V ausdrücklich erwähnt

---

203 Vgl. hierzu eingehend oben zu Gliederungspunkt 2.3.1.2.2.

204 Figge/Minn, Beitrags- und sozialversicherungsrechtliche Änderungen in der Sozialversicherung zum Jahreswechsel 2013/2014, in: (DB), Beilage Nr. 5 zu Heft 50 vom 13. Dezember 2013, S. 1 (25)

205 Baier, in: Krauskopf, Soziale Krankenversicherung/Pflegeversicherung, § 240 SGB V Rn. 36

206 Peters, in: Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, § 240 SGB V Rn. 50

207 BSGE 70, 13 = SozR 3-2500 § 240 SGB V Nr. 6; BSG SozR 3-2500 § 240 SGB V Nr. 7; BSG SozR 3-1300 § 40 Nr. 2 und Nichtannahmebeschluss des Bundesverfassungsgerichts in SozR 3-2500 § 240 SGB V Nr. 3

208 Peters, in: Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, § 240 SGB V Rn. 50

209 So zunächst für eine Rückwirkung BSGE 70, 149 = SozR 3-2500 § 240 SGB V Nr. 8, dann allgemein für Selbstständige BSGE 71, 137 = SozR 3-2500 § 240 SGB V Nr. 9 = NZS 1993, 77 und für Sozialhilfeempfänger BSGE 71, 237 = SozR 3-2500 § 240 SGB V Nr. 12 = NZS 1993, 309

210 Vgl. hierzu bereits die Ausführungen zu den Gliederungspunkten 2.3.2.2. und 2.3.2.3.

wird, so sind gleichwohl auch für die Erhebung von Beiträgen aus Versorgungsbezügen bei freiwillig Versicherten sämtliche Regelungen des § 229 SGB V zu beachten<sup>211</sup>. Dies ergibt sich aus § 240 Abs. 2 Satz 1 SGB V, nach dem die Regelung des GKV-Spitzenverbandes mindestens die Einnahmen des freiwilligen Mitglieds berücksichtigen muss, die bei einem vergleichbaren versicherungspflichtig Beschäftigten der Beitragsbemessung zugrunde zu legen sind. Versorgungsbezüge unterliegen danach über § 240 Abs. 2 Satz 1 SGB V in Verbindung mit § 226 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V und § 229 SGB V auch bei freiwillig Versicherten der Beitragspflicht, soweit sie wegen einer Einschränkung der Erwerbsfähigkeit oder zur Alters- oder Hinterbliebenenversorgung erzielt werden<sup>212</sup>. Die Leistung ist in vollem Umfang beitragspflichtig, der Grad der Erwerbsminderung ist unerheblich<sup>213</sup>.

Renten der betrieblichen Altersversorgung unterliegen als Versorgungsbezüge grundsätzlich auch dann in vollem Umfang der Beitragspflicht, wenn sie ganz oder teilweise auf eigenen Beitragsleistungen beruhen<sup>214</sup>. Dies gilt nach neuerer Rechtsprechung jedenfalls in den Fällen, in denen auch nach dem Ausscheiden des Arbeitnehmers aus dem Arbeitsverhältnis der ehemalige Arbeitgeber eine Direktversicherung als Versicherungsnehmer innerhalb der institutionellen Vorgaben des Betriebsrentengesetzes fortführt. Hat dagegen der Arbeitnehmer nach Beendigung des Arbeitsverhältnisses unter Einrücken in die Stellung des Versicherungsnehmers in einen Lebensversicherungsvertrag eingezahlt, dann kann die später auf diese Beiträge entfallende Kapitalleistung insoweit nicht als Versorgungsbezug der Beitragspflicht unterworfen werden<sup>215</sup>. Der auf die private Vorsorge entfallende Teil der Versorgungsleistung ist jedoch im Rahmen des § 240 SGB V als sonstige Einnahme mit dem ermäßigten Beitragssatz zur Beitragsbemessung heranzuziehen<sup>216</sup>.

Nachzahlungen von Versorgungsbezügen sind gemäß § 240 Abs. 2 Satz 5 SGB V in Verbindung mit § 229 Abs. 2 SGB V bzw. 228 Abs. 2 Satz 1 SGB V bei der Beitragsbemessung insoweit zu berücksichtigen, als sie auf einen Zeitraum entfallen, in dem der Versicherte Anspruch auf Leistungen nach dem SGB V hatte. Die Beiträge aus der Nachzahlung gelten als Beiträge für die Monate, für die der Versorgungsbezug nachgezahlt wird (§ 228 Abs. 2 Satz 2 SGB V). Wurde für den freiwillig Versicherten jedoch bereits ein Beitragsbescheid im Sinne des § 48 Abs. 1 Satz 1 SGB X<sup>217</sup> (laufender Verwaltungsakt mit Dauerwirkung) erlassen, kann dieser nur dann aufgehoben werden, wenn eine der in § 48 Abs. 1 Satz 2 SGB X abschließend aufgeführten Voraussetzungen

---

211 Allgemeine Auffassung, vgl. zum Beispiel Gerlach, in: Hauck/Noftz, § 240 SGB V Rn. 71

212 Gerlach, in: Hauck/Noftz, § 240 SGB V Rn. 71; Baier, in: Krauskopf, Soziale Krankenversicherung/Pflegeversicherung, § 240 SGB V Rn. 13; Peters, in: Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, § 240 SGB V Rn. 32

213 Gerlach, in: Hauck/Noftz, § 240 SGB V Rn. 71

214 Bundessozialgericht, SozR 3-2500 § 5 Nr. 44; Gerlach, in: Hauck/Noftz, § 240 SGB V Rn. 71

215 Bundesverfassungsgericht, in: USK 2010/112

216 Gerlach, in: Hauck/Noftz, § 240 SGB V Rn. 71

217 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch – Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz – (SGB X) in der Fassung der Bekanntmachung vom 18. Januar 2001 (BGBl. I S. 130), zuletzt geändert durch Art. 6 des Gesetzes vom 25. Juli 2013 (BGBl. I S. 2749)

gegeben ist. Die allein mit der Nachzahlung von Versorgungsbezügen eingetretenen Veränderungen erfüllen diese Bedingung nicht, so dass eine Nachberechnung von Beiträgen aus nachgezahlten Versorgungsbezügen für die Vergangenheit in der Regel ausgeschlossen ist<sup>218</sup>, und zwar ungeachtet dessen, dass das einschlägige materielle Recht – hier § 229 Abs. 2 SGB V – eine Berücksichtigung nachgezahlter Versorgungsbezüge erlaubt und deren Zuordnung regelt<sup>219</sup>.

Werden regelmäßig gezahlte Renten der betrieblichen Altersversorgung im Sinne des § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V oder sonstige Versorgungsbezüge im Sinne des § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 bis 4 SGB V durch eine einmalig gezahlte Kapitaleistung abgelöst oder ist eine solche Leistung vor Eintritt des Versicherungsfalls vereinbart oder zugesagt worden, gilt – wie oben im Einzelnen bereits dargelegt wurde<sup>220</sup> – seit dem 01. Januar 2004 ein Hundertzwanzigstel der Leistung als monatlicher Zahlbetrag der Versorgungsbezüge, längstens jedoch für einhundertzwanzig Monate. Diese vom 01. Januar 2004 an geltende Neufassung des § 229 Abs. 1 Satz 3 SGB V ist auch bei der Beitragsbemessung für freiwillig Versicherte zu beachten<sup>221</sup>. Dementsprechend ist auch eine vor dem vereinbarten Versicherungsfall ausgezahlte Kapitaleistung einer im Rahmen der betrieblichen Altersversorgung abgeschlossenen Direktversicherung als nicht regelmäßig wiederkehrende Leistung im Sinne des § 229 Abs. 1 Satz 3 SGB V zur Festsetzung der beitragspflichtigen Einnahmen eines freiwillig versicherten Rentners heranzuziehen, wenn sie nach dem Betriebsrentengesetz als vorzeitige Altersleistung bezogen wird<sup>222</sup>. Vor dem 01. Januar 2004 konnten Kapitalleistungen auch für freiwillig Versicherte nur dann zur Beitragsbemessung herangezogen werden, wenn dies in einer entsprechenden Satzungsregelung festgelegt war<sup>223</sup>.

Über die Versorgungsbezüge im Sinne des § 229 Abs. 1 Satz 1 und 3 SGB V hinaus sind nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts bei freiwillig Versicherten zum Beispiel auch Kapitalzahlungen aus einem privaten Rentenversicherungsvertrag<sup>224</sup> mit dem Zahlbetrag und nicht nur dem Ertragsanteil<sup>225</sup> beitragspflichtig. Gleichzeitig sind zum Beispiel Kapitalerträge aus einer zur Sicherung einer Darlehensforderung abgetretenen Lebensversicherung als Einnahmen eines frei-

---

218 BSG, in: USK 2005/25

219 Gerlach, in: Hauck/Noftz, § 240 SGB V Rn. 72

220 Vgl. hierzu eingehend oben zu den Gliederungspunkten 2.3.1.3.2. und 2.3.1.3.3.

221 Gerlach, in: Hauck/Noftz, § 240 SGB V Rn. 74; Baier, in: Krauskopf, Soziale Krankenversicherung/Pflegeversicherung, § 240 SGB V Rn. 15

222 Bundessozialgericht, Urteil vom 12. November 2008 – B 12 KR 10/08 R – SozR 4-2500 § 229 SGB V Nr. 6; Baier, in: Krauskopf, Soziale Krankenversicherung/Pflegeversicherung, § 240 SGB V Rn. 15

223 Bundessozialgericht, Urteil vom 27. Januar 2000 – B 12 KR 17/99 R – SozR 3-2500 § 240 SGB V Nr. 32

224 Bundessozialgericht, Urteil vom 27. Januar 2010 – B 12 KR 28/08 R – SozR 4-2500 § 240 SGB V Nr. 13

225 Bundessozialgericht, Urteil vom 27. Januar 2010 – B 12 KR 28/08 R – SozR 4-2500 § 240 SGB V Nr. 13 Rn. 16; Bundessozialgericht, Urteil vom 06. September 2001 – B 12 KR 14/00 R – SozR 3-2500 § 240 SGB V Nr. 40 sowie BSG, Urteil vom 12. November 2008 – B 12 KR 6/08 R – SozR 4-2500 § 229 SGB V Nr. 7 mit weiteren Nachweisen

willig Versicherten auch dann beitragspflichtig, wenn sie zur Tilgung des Darlehens an das Kreditinstitut ausgezahlt werden<sup>226</sup>.

## 2.4. Beitragssatz und Beitragstragung

### 2.4.1. Allgemeines

#### 2.4.1.1. Allgemeines zur Bedeutung und Höhe des Beitragssatzes

Die Beiträge in der GKV werden in der Regel (Ausnahme z. B. § 244 SGB V) nach einem Vomhundertsatz der beitragspflichtigen Einnahmen (§§ 223, 226 ff. SGB V) des Mitglieds ermittelt. Dieser Vomhundertsatz wird als Beitragssatz bezeichnet. Damit ermittelt sich der individuelle Krankenversicherungs-Beitrag des Mitglieds – wie auch in den weiteren Bereichen der Sozialversicherung und der Arbeitslosenversicherung (vgl. § 341 Abs. 1 SGB III<sup>227</sup>, § 157 SGB VI<sup>228</sup>, §§ 55, 57 SGB XI<sup>229</sup>) – aus dem Produkt von beitragspflichtigen Einnahmen und Beitragssatz<sup>230</sup>. Die Höhe des individuellen Beitrags des Mitglieds wird daher einerseits durch den jeweils maßgeblichen Beitragssatz (§§ 241, 242, 243 - 248 SGB V), andererseits aber auch über die für beitragspflichtig erklärten Einnahmen (§§ 226 - 240 SGB V) bestimmt. Mit dem Abstellen auf die beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds bezieht sich der Krankenkassen-Beitrag auf die individuelle wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des Mitglieds; eine Beitragsbemessung nach dem individuellen Versicherungsrisiko (z. B. nach Alter, Geschlecht, Familienstand, Gesundheitszustand oder individuellen Risiken aus Beruf oder Lebensführung), wie sie in der privaten Krankenversicherung (PKV) erfolgt, ist damit ausgeschlossen<sup>231</sup>.

Während sich der Beitragssatz in den anderen Bereichen der Sozialversicherung und der Arbeitslosenversicherung als einheitlicher Vomhundertsatz darstellt (vgl. § 341 Abs. 2 SGB III, § 158 SGB VI, § 55 SGB XI), setzt sich der für ein GKV-Mitglied jeweils maßgebliche Krankenversicherungs-Beitragssatz aus zwei Komponenten zusammen. Zunächst ist der gesetzliche Beitragssatz zu bestimmen. Insoweit legt bereits das Gesetz in § 241 SGB V – gegebenenfalls in Verbindung mit § 247 Satz 1 SGB V bzw. § 248 Satz 1 SGB V – den allgemeinen Beitragssatz fest. Statt des allgemeinen Beitragssatzes im Sinne von § 241 SGB V sieht das Gesetz für bestimmte Personengruppen einen abweichenden ermäßigten Beitragssatz vor (vgl. §§ 243, 245 - 246, 247 Satz 2, 248

---

226 Bundessozialgericht, Urteil vom 17. März 2010 – B 12 KR 4/09 R – SozR 4-2500 § 240 SGB V Nr. 14

227 Drittes Buch Sozialgesetzbuch – Arbeitsförderung – (Art. 1 des Gesetzes vom 24. März 1997, BGBl. I S. 594, 595), zuletzt geändert durch Art. 11 des Gesetzes vom 19. Oktober 2013 (BGBl. I S. 3836)

228 Sechstes Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Rentenversicherung – in der Fassung der Bekanntmachung vom 19. Februar 2002 (BGBl. I S. 754, 1404, 3384), zuletzt geändert durch Art. 1 des Gesetzes vom 23. Juni 2014 (BGBl. I S. 787)

229 Elftes Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Art. I des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), zuletzt geändert durch Art. 2a des Gesetzes vom 15. Juli 2013 (BGBl. I S. 2423)

230 Baier, in: Krauskopf, Soziale Krankenversicherung/Pflegeversicherung, § 241 SGB V Rn. 5

231 Baier, in: Krauskopf, Soziale Krankenversicherung/Pflegeversicherung, § 241 SGB V Rn. 5



Satz 2 SGB V). Die zweite Komponente des Beitragssatzes besteht aus einem im Gesetz dem Grunde und der Höhe nach nicht festgelegten Beitragssatz, dem kassenindividuellen Zusatzbeitrag im Sinne von § 242 SGB V. Hat die Krankenkasse in ihrer Satzung einen solchen kassenindividuellen Zusatzbeitrag im Sinne von § 242 SGB V bestimmt, tritt dieser zu dem nach den §§ 241, 243, 245 - 248 SGB V jeweils maßgeblichen gesetzlichen Beitragssatz hinzu.

Der allgemeine Beitragssatz ist der Beitragssatz, der für jene Mitglieder gilt, für die kein anderer – ermäßigter – Beitragssatz im Gesetz (§§ 243 - 246, 247 Satz 2, 248 Satz 2 SGB V) bestimmt ist. Er ist auf alle beitragspflichtigen Einnahmen anzuwenden, für die kein abweichender Beitragssatz festgelegt ist. Anders als noch bis zum 31. Dezember 2010, wird der allgemeine Beitragssatz seit Inkrafttreten des GKV-Finanzierungsgesetzes vom 22. Dezember 2010<sup>232</sup> am 01. Januar 2011 nicht mehr durch Rechtsverordnung, sondern durch das Gesetz selbst festgelegt. Der allgemeine Beitragssatz im Sinne von § 241 SGB V beträgt 15,5 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder im Sinne der §§ 226 - 240 SGB V. Die konjunkturpolitisch motivierte vorübergehende Absenkung des Beitragssatzes um 0,6 Beitragspunkte auf 14,9 Prozent wurde damit rückgängig gemacht. Der paritätisch finanzierte Beitragssatz beträgt daher wieder 14,6 Prozent, wie vor der Senkung durch das Konjunkturpaket II. Der mitgliederbezogene Beitragssatzanteil von 0,9 Prozentpunkten blieb erhalten<sup>233</sup>.

#### 2.4.1.2. Allgemeines zur Tragung der Beiträge

Das SGB V unterscheidet zwischen der Tragung der Beiträge (§§ 249 - 251 SGB V) und der Zahlung der Beiträge (§§ 252 - 256 SGB V). Während die Vorschriften über die Beitragszahlung regeln, wer die gesamten Krankenversicherungsbeiträge bei der Einzugsstelle (der Krankenkasse) einzuzahlen hat, also im Verhältnis zur Krankenkasse Beitragsschuldner ist, regeln die Bestimmungen über die Tragung der Beiträge, wer letztlich die Beiträge aufzubringen hat und damit finanziell mit der Beitragspflicht belastet wird<sup>234</sup>. Ungeachtet der Verpflichtung zur Tragung der Beiträge kommen unter Umständen Ausgleichsansprüche gegen Dritte (vgl. z. B. §§ 257, 258 SGB V) in Betracht. Soweit gesetzlich nichts Abweichendes bestimmt ist, sind die Beiträge gemäß § 252 Abs. 1 Satz 1 SGB V von demjenigen zu zahlen, der sie zu tragen hat. Die Zahlung der Beiträge folgt somit in der Regel der Tragung der Beiträge. Abweichende Bestimmungen enthalten die §§ 253 - 256 SGB V.

Bei versicherungspflichtig Beschäftigten nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 und 13 SGB V trägt der Arbeitgeber die Hälfte der Beiträge des Mitglieds aus dem Arbeitsentgelt nach dem um 0,9 Beitragssatzpunkte verminderten allgemeinen oder ermäßigten Beitragssatz; im Übrigen tragen die Beschäf-

---

232 Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz – GKV-FinG) vom 22. Dezember 2010 (BGBl. I S. 2309)

233 Vgl. die Begründung zu § 241 SGB V im Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz – GKV-FinG) in BT-Drs. 17/3040 vom 28. September 2010, S. 27

234 Engelhard, in: Schulin, Handbuch des Sozialversicherungsrechts, Band I: Krankenversicherungsrecht, § 54 Rn. 290; Ebsen, in: Sozialrechtshandbuch (SRH), § 15 Rn. 192; Hebler, in: LPK-SGB V, Vorbemerkung zu §§ 249 - 251 Rn. 1

tigten die Beiträge (§ 249 Abs. 1 Satz 1 SGB V). Versicherungspflichtig Beschäftigte und Arbeitgeber tragen die Beiträge aus dem Arbeitsentgelt nach dem allgemeinen Beitragssatz des § 241 SGB V also nicht genau paritätisch. Bei einem allgemeinen Beitragssatz von 15,5 Prozent (§ 241 SGB V) beträgt der um 0,9 Prozentpunkte verminderte allgemeine Beitragssatz 14,6 Prozent. Hiervon entfallen auf den Arbeitgeber die Hälfte, das heißt 7,3 Prozent. Auf den Beschäftigten entfallen 7,3 Prozent und zuzüglich 0,9 Prozentpunkte, das heißt insgesamt 8,2 Prozent<sup>235</sup>. Bei Versicherungspflichtigen, die eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung im Sinne des § 228 Abs. 1 Satz 1 SGB V beziehen, trägt der Träger der Rentenversicherung die Hälfte der nach der Rente zu bemessenden Beiträge nach dem um 0,9 Beitragssatzpunkte verminderten allgemeinen Beitragssatz; im Übrigen tragen die Rentner die Beiträge (§ 249a Abs. 1 Satz 1 SGB V). Die Vorschrift des § 249a Abs. 1 Satz 1 SGB V enthält einen § 249 Abs. 1 Satz 1 SGB V vergleichbaren Berechnungsmodus und folgt damit ebenfalls dem modifizierten Halbteilungsgrundsatz<sup>236</sup>.

§ 250 SGB V regelt die Beitragstragung durch das Mitglied. Nach Absatz 1 Nr. 1 dieser Bestimmung tragen Versicherungspflichtige die Beiträge aus den Versorgungsbezügen im Sinne des § 229 Abs. 1 Satz 1 SGB V – und damit auch die Beiträge aus Renten der betrieblichen Altersversorgung nach § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V – sowie den Zusatzbeitrag nach § 242 SGB V allein. Für einige besondere Personengruppen ist die Beitragstragung auf Dritte (beispielsweise Rehabilitationsträger, Künstlersozialkasse – nur in eingeschränkten Fällen – Bund, Bundesagentur für Arbeit) abgewälzt (§ 251 SGB V) und gehört, soweit es sich um Sozialleistungsträger handelt, insofern zum dortigen Leistungsspektrum.

#### 2.4.2. Versicherungspflichtige Rentner

##### 2.4.2.1. Beitragssatz und Beitragstragung bei Versorgungsbezügen

§ 248 SGB V regelt, nach welchem Beitragssatz bei versicherungspflichtigen Mitgliedern die Beiträge aus Versorgungsbezügen (§ 229 SGB V) und aus Arbeitseinkommen (selbständige Tätigkeit im Sinne des § 15 SGB IV) berechnet werden. Nach § 248 Satz 1 SGB V in der seit dem 01. Januar 2009 anwendbaren Normfassung gilt bei Versicherungspflichtigen für die Bemessung der Beiträge aus Versorgungsbezügen – und damit auch aus solchen der betrieblichen Altersversorgung im Sinne des § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 und Satz 3 SGB V – der (volle) allgemeine Beitragssatz nach § 241 SGB V. Gleiches gilt nach dieser Bestimmung für die Versorgungsbezüge im Sinne des § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 bis 3 SGB V und Arbeitseinkommen im Sinne des § 15 SGB IV. Abweichend von § 248 Satz 1 SGB V gilt bei Versicherungspflichtigen für die Bemessung der Beiträge aus Versorgungsbezügen nach § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V (Renten und Landabgabenrenten nach dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte) die Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes zuzüglich 0,45 Beitragssatzpunkte. Zusätzlich kann die Krankenkasse von ihren Mitgliedern gemäß § 242 SGB V einen einkommensunabhängigen Zusatzbeitrag erheben, soweit ihr Finanzbedarf nicht ausreichend durch die Beitragserhebung nach § 241 SGB V gedeckt ist. Die danach anfallenden Krankenversicherungsbeiträge haben die pflichtversicherten Versor-

---

235 Hebler, in: LPK-SGB V, § 249 Rn. 1; Ebsen, in: Sozialrechtshandbuch (SRH), § 15 Rn. 192; zu Besonderheiten und Ausnahmen vgl. § 249 Abs. 2 und 3 SGB V und – für geringfügige Beschäftigungen – § 249 Abs. 1 Satz 2 in Verbindung mit § 249 b SGB V

236 Hebler, in: LPK-SGB V, § 249 a Rn. 1

gungsempfänger – wie bereits erwähnt – nach § 250 Abs. 1 Nr. 1 SGB V allein zu tragen. Die Vorschrift des § 248 SGB V in ihrer seit dem 01. Januar 2009 geltenden Fassung hat eine komplizierte Entstehungsgeschichte<sup>237</sup>, die immer noch nachwirkt und deren zumindest cursorische Darlegung insbesondere deshalb als unverzichtbar erscheint, weil nur vor dem Hintergrund des bisherigen Rechts die mit dieser Bestimmung verknüpften verfassungsrechtlichen Probleme hinreichend verständlich werden.

#### 2.4.2.1.1. Grundzüge der Rechtsentwicklung bis zum 31. Dezember 2003

Versorgungsbezüge sind seit ihrer Einbeziehung in die beitragspflichtigen Einnahmen der Versicherungspflichtigen durch § 180 Abs. 5 Nr. 2 RVO in der Fassung des Rentenanpassungsgesetzes (RAG) 1982 vom 01. Dezember 1981<sup>238</sup> gegenüber dem Arbeitsentgelt und der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung als beitragspflichtige Einnahme hinsichtlich des Beitragssatzes und der Beitragstragung differenziert behandelt worden. Beim Arbeitsentgelt gab und gibt es nach wie vor für den Beitragssatz keine besondere Regelung, das heißt es galt unter der RVO der Beitragssatz nach § 385 Abs. 1 RVO, der für Versicherte mit Anspruch auf Krankengeld und Lohnfortzahlung maßgebend war, und es gilt seit Inkrafttreten des SGB V am 01. Januar 1989 der allgemeine Beitragssatz (§ 241 SGB V). Hinsichtlich der Beitragstragung galt für das Arbeitsentgelt bis zum 30. Juni 2005, dass die hierauf erhobenen Beiträge jeweils zur Hälfte vom Arbeitgeber und vom Arbeitnehmer zu tragen waren (§ 381 Abs. 1 RVO und § 249 Abs. 1 SGB V in der bis zum 30. Juni 2005 geltenden Fassung). Für die aus der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erhobenen Beiträge galt seit 1987 faktisch und seit Januar 1992 bis zum 30. Juni 2005 auch rechtlich, dass der Versicherte diese zur Hälfte zu tragen hat (§ 381 Abs. 2 RVO und § 250 SGB V in Verbindung mit § 1304e RVO und § 83e AVG; § 249a SGB V vom 01. Januar 1989 in der vom 01. Januar 1992 bis zum 30. Juni 2005 geltenden Fassung). Auf die der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung vergleichbaren Einnahmen im Sinne von § 180 Abs. 5 Nr. 2 RVO (Versorgungsbezüge) war vor Inkrafttreten des SGB V am 01. Januar 1989 nach der Vorschrift des § 385 Abs. 2a RVO alter Fassung, die mit dem Rentenanpassungsgesetz (RAG) 1982 vom 01. Dezember 1981<sup>239</sup> geschaffen wurde und in der zuletzt geltenden Fassung des Haushaltbegleitgesetzes 1983 vom 20. Dezember 1982<sup>240</sup> voll inhaltlich dem bis zum 31. Dezember 1995 geltenden § 248 Abs. 1 SGB V alter Fassung entsprach, als Beitragssatz nur der halbe allgemeine Beitragssatz der jeweiligen Krankenkasse anzuwenden. Bis zum 31. Dezember 2003 blieb es dabei, dass auf Versorgungsbezüge nach § 229 Abs. 1 Satz 1 SGB V nur der halbe allgemeine Beitragssatz erhoben wurde (§ 248 SGB V in der bis zum 31. Dezember 2003 geltenden Fassung).

Die Beiträge aus Versorgungsbezügen waren seit ihrer Einbeziehung in die beitragspflichtigen Einnahmen der Versicherungspflichtigen im Jahr 1983 immer von den Versicherungspflichtigen

---

237 Vgl. hierzu eingehend Peters, in: Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, § 248 SGB V Rn. ; Propp, in: jurisPK-SGB V, § 248 Rn. 1 ff.; Böttiger, in: Krauskopf, Soziale Krankenversicherung/Pflegeversicherung, § 248 SGB V Rn. 1 ff.

238 BGBl. I S. 1205

239 BGBl. I S. 1205

240 BGBl. I S. 1857

allein zu tragen (§ 381 Abs. 2 RVO in der Fassung des RAG 1982 und § 250 Abs. 1 Nr. 1 SGB V). Diese Regelung über die Beitragstragung bei Versorgungsbezügen beruhte auf dem Grundsatz, dass an der Beitragstragung Dritte neben oder anstelle des Versicherungspflichtigen nur beteiligt werden können, wenn ihre Heranziehung zur Beitragstragung durch eine besondere Verantwortung für die Beteiligung an der Finanzierung gerechtfertigt werden kann. Bei den Versorgungsbezügen sah der Gesetzgeber keine Berechtigung, neben dem Versicherungspflichtigen selbst einen anderen Vermögensträger, wie etwa die Zahlstelle der Versorgungsbezüge, zur Beitragstragung heranzuziehen. Bei Einführung der Beitragspflicht von Versorgungsbezügen sollte die aus der Beitragsregelung folgende Beitragslast der Versicherungspflichtigen - systemwidrig - durch die besonderen Regelungen über den halben Beitragssatz für Versorgungsbezüge gemindert werden. In der Begründung der Bundesregierung zum Entwurf des RAG 1982 war dazu ausgeführt worden, für Versorgungsbezüge solle nur ein halber Beitragssatz gelten, weil auch Arbeitnehmer nur die Hälfte der Beiträge aus ihrem Arbeitsentgelt zu tragen hätten<sup>241</sup>.

Die Regelung über die Beitragserhebung bei Versorgungsbezügen durch das RAG 1982, die im SGB V in § 248 SGB V alter Fassung und § 250 SGB V insoweit zunächst fortgeführt wurde, führte damit zwar zu einer Gleichbehandlung der Versorgungsbezüge mit dem Arbeitsentgelt aus der Sicht der beitragspflichtigen Versicherten. Ihre Beitragslast aus den verschiedenen beitragspflichtigen Einnahmen war rechnerisch gleich. Die Regelung führte aber zwangsläufig zu einer Ungleichbehandlung der Versorgungsbezüge im Verhältnis zum Arbeitsentgelt und der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung aus Sicht der beitrags erhebenden Krankenkassen, da sie Beiträge aus Versorgungsbezügen nur in Höhe der Hälfte der Beiträge erhielten, die sie aus anderen gleich hohen beitragspflichtigen Einkünften der versicherungspflichtigen oder versicherungsfreien Mitglieder erhielten. Mit seiner Beschränkung auf nur eine Beitragshälfte aus Versorgungsbezügen führte § 248 SGB V alter Fassung insbesondere zu unausgewogenen Beitragseinnahmen der Krankenkassen im Verhältnis der versicherten Gruppen zueinander, da die freiwillig Versicherten stets die Beiträge nach dem vollen Beitragssatz allein tragen mussten und müssen. Anknüpfungspunkt für die systemwidrige Ausnahmeregelung beim Beitragssatz war dabei weder ein typischerweise geringeres Risiko wie in den §§ 243, 244 SGB V noch eine typischerweise vorzufindende besondere soziale Bedürftigkeit wie in § 245 SGB V, sondern einzig und allein die Art des Einkommens<sup>242</sup>.

#### 2.4.2.1.2. Rechtsentwicklung seit dem 01. Januar 2004

Die Bemessung der Beiträge aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen Versicherungspflichtiger nach der Hälfte des jeweils am 01. Juli geltenden allgemeinen Beitragssatzes der jeweiligen Krankenkasse für das folgende Kalenderjahr nach der bis zum 31. Dezember 2003 geltenden Fassung des § 248 SGB V wurde mit dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) vom 14. November 2003<sup>243</sup> mit Wirkung vom 01. Januar 2004 aufgegeben. Nach § 248 Satz 1 SGB V in der Fassung des Art. 1 Nr. 148 Buchstabe a GMG galt seit diesem

---

241 Vgl. BT-Drs. 9/458 S. 29, 36

242 Bundessozialgericht, Urteil vom 24. August 2005 – B 12 KR 29/07 R, SozR 4-2500 § 248 SGB V Nr. 1 Rn. 11

243 Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) vom 14. November 2003, BGBl. I S. 2190

Zeitpunkt bei Versicherungspflichtigen für die Bemessung der Beiträge aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen der jeweils am 01. Juli geltende (volle) allgemeine Beitragssatz ihrer Krankenkasse für das folgende Kalenderjahr. Die Halbierung des allgemeinen Beitragssatzes für aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen zu entrichtende Beiträge war damit grundsätzlich entfallen. Die Vorschrift des § 248 Satz 1 SGB V in der Fassung des GMG führte damit faktisch zu einer Verdoppelung der von versicherungspflichtigen Rentnern aus dem Versorgungsbezug zu zahlenden Beiträge gegenüber dem bis zum 31. Dezember 2003 geltenden Recht, weil nach dem unveränderten § 250 Abs. 1 Nr. 1 SGB V die Beiträge weiterhin allein vom Mitglied zu tragen waren.

Maßgeblich für den bis zum 31. Dezember 2003 halbierten allgemeinen Beitragssatz war – wie oben bereits ausgeführt - die Überlegung gewesen, dass es insoweit keinen „Arbeitgeber“ oder „Träger der Rentenversicherung“ gab und gibt, der die „andere“ Hälfte des zu zahlenden Beitrages übernimmt<sup>244</sup>. Der „halbe Beitragssatz“ des § 248 SGB V alter Fassung kam vor allem Rentnern zugute, die neben ihrer Rente noch Versorgungsbezüge, z. B. eine Betriebsrente, bezogen<sup>245</sup>. Hintergrund für die Neuregelung des § 248 Satz 1 SGB V durch das GMG war, dass Rentner, die Versorgungsbezüge und Arbeitseinkommen aus selbständiger Tätigkeit erhalten, in angemessenem Umfang an der Finanzierung der für sie anfallenden Leistungsaufwendungen beteiligt werden sollten<sup>246</sup>. Die Beitragszahlungen der Rentner hätten – so heißt es in der Gesetzesbegründung weiter – im Jahr 1973 noch zu gut 70 Prozent deren Leistungsaufwendungen abgedeckt. Inzwischen deckten die eigenen Beiträge der Rentner nur noch ca. 43 Prozent der Leistungsaufwendungen für sie. Es sei daher ein Gebot der Solidarität der Rentner mit den Erwerbstätigen, den Anteil der Finanzierung der Leistungen durch die Erwerbstätigen nicht noch höher werden zu lassen. Da die Empfänger von Versorgungsbezügen durch deren Zahlstellen lückenlos erfasst seien, erfolge auch eine für alle gerechte Belastung, der sich niemand entziehen könne<sup>247</sup>.

Nach mehreren weiteren – im vorliegenden Zusammenhang allerdings nicht bedeutsamen - Änderungen<sup>248</sup> wurde die Vorschrift des § 248 SGB V schließlich durch Art. 1 Nr. 166 in Verbindung mit Art. 46 Abs. 10 des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) vom 26. März 2007<sup>249</sup> im Zusammenhang mit der Einführung des einheitlichen Beitragssatzes aller Krankenkassen mit Wirkung zum 01. Januar 2009 erneut modifiziert. Aufgrund von § 248 Satz 1 SGB V in der Fassung des GKV-WSG findet nunmehr seit diesem Zeitpunkt für Versicherungspflichtige bei

---

244 Schlegel, in: jurisPR-SozR 5/2003, Anmerkung 4; Propp, in: jurisPK-SGB V § 248 Rn. 6

245 Schlegel, in: jurisPR-SozR 5/2003, Anmerkung 4; Propp, in: jurisPK-SGB V § 248 Rn. 6

246 Vgl. die Begründung zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG), in: BT-Drs. 15/1525 vom 08. September 2003 S. 140 zu Nr. 148

247 Vgl. die Gesetzesbegründung in BT-Drs. 15/1525 S. 140 zu Nr. 148

248 Vgl. zu diesen Änderungen näher Propp, in: jurisPK-SGB V, § 248 Rn. 7 - 10; Peters, in: Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, § 248 SGB V Rn. 3; Gerlach, in: Hauck/Noftz, SGB V, § 248 Rn. 5 - 7

249 Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) vom 26. März 2007, BGBl. I S. 378

der Bemessung der Beiträge aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen für die Versicherten aller Krankenkassen einheitlich der allgemeine Beitragssatz nach § 241 SGB V Anwendung.

#### 2.4.2.2. Verfassungskonformität der Bemessung von Beiträgen aus Versorgungsbezügen nach dem vollen allgemeinen Beitragssatz

Nach Auffassung des Bundessozialgerichts<sup>250</sup> und des Bundesverfassungsgerichts<sup>251</sup> ist die Bemessung der Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung aus Versorgungsbezügen nach dem vollen allgemeinen Beitragssatz gemäß § 248 Satz 1 SGB V in der Fassung des Art. 1 Nr. 148 Buchstabe a GMG vom 14. November 2003<sup>252</sup> und die hiermit einhergehende faktische Verdoppelung der von versicherungspflichtigen Rentnern aus dem Versorgungsbezug zu zahlenden Beiträge gegenüber dem bis zum 31. Dezember 2003 geltenden Recht verfassungskonform und verstößt insbesondere weder gegen den allgemeinen Gleichheitsgrundsatz des Art. 3 Abs. 1 GG noch gegen Art. 2 Abs. 1 GG.

Zur Begründung der Vereinbarkeit des § 248 Satz 1 SGB V in der Fassung des GMG mit dem allgemeinen Gleichheitssatz des Art. 3 Abs. 1 GG führt das Bundesverfassungsgericht in seinem Nichtannahmebeschluss vom 28. Februar 2008<sup>253</sup> zunächst aus, durch die Gesetzesänderung werde bei der Bemessung der Beiträge aus Renten der gesetzlichen Rentenversicherung, Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen nunmehr einheitlich der allgemeine Beitragssatz zugrunde gelegt<sup>254</sup>. Auf der Ebene des Beitragssatzes habe § 248 SGB V in der Fassung des Art. 1 Nr. 148 Buchstabe a GMG nicht eine Ungleichbehandlung eingeführt, sondern eine bis dahin bestehende Ungleichbehandlung beseitigt, welche die Empfänger von Versorgungsbezügen im Vergleich zu den Beziehern einer Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung begünstigt habe, denn Rentenbezieher hätten auch schon vor dem 01. Januar 2004 Beiträge nach dem allgemeinen Beitragssatz entrichten müssen<sup>255</sup>. Eine Ungleichbehandlung erführen die Empfänger von Versorgungsbezügen im Vergleich zu den Personen, die eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung bezögen, erst aufgrund der Regelungen über die Beitragstragung, also über die tatsächliche Zahllast, da bei Beziehern einer gesetzlichen Rente der Rentenversicherungsträger nach § 249a SGB V

---

250 Bundessozialgericht, Urteil vom 24. August 2005 – B 12 KR 29/04 R, SozR 4-2500 § 248 SGB V Nr.1 = NZS 2006, 420; BSG, Urteil vom 10. Mai 2006 – B 12 KR 6/05 R, SozR 4-2500 § 240 SGB V Nr.7 = NZS 2007, 153; BSG, Urteil vom 21. Januar 2009 – B 12 R 11/06 R, SozR 4-2500 § 241 a SGB V Nr.2 = NZS 2010, 30

251 Bundesverfassungsgericht, Beschluss vom 28. Februar 2008 – 1 BvR 2137/06, SozR 4-2500 § 248 SGB V Nr. 3 = NZS 2009, 91; BVerfG, Beschluss vom 07. April 2008 – 1 BvR 2325/07, SozR 4-2500 § 248 SGB V Nr. 4; BVerfG, Beschluss vom 07. April 2008 – 1 BvR 1924/07, SozR 4-2500 § 229 SGB V Nr. 5 Rn. 33; BVerfG, Beschluss vom 06. September 2010 – 1 BvR 739/08, SozR 4-2500 § 229 SGB V Nr. 10 Rn. 12

252 BGBl. I S. 2190

253 Bundesverfassungsgericht, Beschluss vom 28. Februar 2008 – 1 BvR 2137/06, SozR 4-2500 § 248 SGB V Nr. 3

254 Bundesverfassungsgericht, Beschluss vom 28. Februar 2008 – 1 BvR 2137/06, SozR 4-2500 § 248 SGB V Nr. 3 Rn. 26

255 Bundesverfassungsgericht, Beschluss vom 28. Februar 2008 – 1 BvR 2137/06, SozR 4-2500 § 248 SGB V Nr. 3 Rn. 26

die Hälfte der nach der Rente zu bemessenden Beiträge trage, während Bezieher von Versorgungsbezügen die Beiträge nach § 250 Abs. 1 Nr. 1 SGB V allein zu tragen hätten<sup>256</sup>.

Die bis zum 31. Dezember 2003 geltende Regelung, die Versorgungsbezüge anders als Renten aus der GRV nur mit dem halben allgemeinen Beitragssatz zur Beitragsbemessung herangezogen habe, sei aus verfassungsrechtlichen Gründen nicht geboten gewesen. Traditionell gelte im Krankenversicherungsrecht, dass alle beitragspflichtigen Einnahmen mit dem vollen Beitragssatz erfasst würden und reduzierte Beitragssätze nur da angeordnet würden, wo der Gesetzgeber ein typischerweise geringeres Risiko oder eine besondere soziale Schutzbedürftigkeit annehme, wie zum Beispiel bei Wehrdienstleistenden und Zivildienstleistenden, Studenten und Praktikanten. Bei den Versorgungsbezügen sei nach § 248 SGB V alter Fassung Anknüpfungspunkt für den reduzierten Beitragssatz aber lediglich die Einkommensart gewesen. Die durch das Renten Anpassungsgesetz (RAG) 1982 vorgenommene erstmalige Einbeziehung der Versorgungseinkünfte nach Maßgabe nur des halben Beitragssatzes sei durch den Gesetzgeber dementsprechend auch nicht versicherungsrechtlich, sondern sozialpolitisch mit der Erwägung begründet worden, dass auch Arbeitnehmer nur die Hälfte der Beiträge aus ihrem Arbeitsentgelt zu tragen hätten<sup>257</sup>. Systematisch handle es sich damit aber um eine Sondervorschrift, aus der kein rechtlicher und erst recht kein verfassungsrechtlicher Grundsatz abgeleitet werden könne. Das Bundesverfassungsgericht habe bereits in seiner Entscheidung vom 15. März 2000<sup>258</sup> darauf hingewiesen, dass die durch § 248 SGB V alter Fassung begründete unterschiedliche beitragsrechtliche Belastung der Versorgungsbezüge bei Pflichtversicherten, die nur den halben Beitrag hätten zahlen müssen, und den mit dem vollen Beitrag belasteten freiwillig Versicherten einer Überprüfung bedürfe, da es sich für beide Versichertengruppen um Leistungen mit Entgeltersatzcharakter<sup>259</sup> handle.

Aus Art. 3 Abs. 1 GG lasse sich kein verfassungsrechtliches Gebot ableiten, dass die Pflichtmitglieder der GKV jedenfalls im wirtschaftlichen Ergebnis so zu stellen seien, dass sie auf ihre beitragspflichtigen Einkünfte stets nur den halben Beitragssatz zu entrichten hätten. Im Bereich der Sozialversicherung habe der Gesetzgeber einen großen Spielraum, wie er die Finanzierung ausgestalte. Das gelte auch für den Bereich der GKV<sup>260</sup>.

Verfassungsrechtlich sei es auch nicht geboten, an der Finanzierung des Beitrags aus Versorgungsbezügen Dritte in der Weise zu beteiligen, wie dies im Rahmen der Arbeitnehmersversicherung für die Arbeitgeber nach § 249 SGB V und im Rahmen der Krankenversicherung der Rentner für die Rentenversicherungs-Träger gemäß § 249a SGB V gesetzlich angeordnet sei, da im letztere-

---

256 Bundesverfassungsgericht, Beschluss vom 28. Februar 2008 – 1 BvR 2137/06, SozR 4-2500 § 248 SGB V Nr. 3 Rn. 27

257 Bundesverfassungsgericht, Beschluss vom 28. Februar 2008 – 1 BvR 2137/06, SozR 4-2500 § 248 SGB V Nr. 3 Rn. 29 unter Bezugnahme auf BT-Drs. 9/458, S. 29, 36

258 Vgl. BVerfGE 102, 68 (95)

259 Bundesverfassungsgericht, Beschluss vom 28. Februar 2008 – 1 BvR 2137/06, SozR 4-2500 § 248 SGB V Nr. 3 Rn. 29

260 Bundesverfassungsgericht, Beschluss vom 28. Februar 2008 – 1 BvR 2137/06, SozR 4-2500 § 248 SGB V Nr. 3 Rn. 30 unter Bezugnahme auf BVerfGE 11, 105 (115 ff.) und BVerfGE 113, 167 (218 f.)

nannten Fall die Beteiligung eines Dritten an der Finanzierung des Krankenversicherungsbeitrags durch einen speziellen Verantwortungszusammenhang gerechtfertigt sei. Ferner sei der gesetzliche Arbeitgeberbeitrag zur Krankenversicherung den eigentumsrelevanten Eigenleistungen des Versicherten zuzurechnen<sup>261</sup>. Der Anspruch des Rentners, vom Rentenversicherungsträger zur Krankenversicherung einen Zuschuss zu erhalten, sei legitimiert, weil er letztlich auf Eigenleistungen des Versicherten in Form von Rentenversicherungsbeiträgen beruhe, mit denen er nicht nur den Rentenanspruch, sondern auch den Krankenversicherungs-Schutz mitfinanziere<sup>262</sup>.

Demgegenüber widerspräche es – so führt das Bundesverfassungsgericht in seinem Beschluss vom 28. Februar 2008 weiter aus – dem Verantwortungsprinzip, Versorgungswerke und Zahlstellen unterschiedlichster Art, welche ihren Versicherten eine zusätzliche Altersabsicherung anbieten, für die Finanzierung der gesetzlichen KVdR in die Pflicht zu nehmen. Das setze bei Privaten eine besondere Sachnähe zur Absicherung der sozialen Risiken ihrer Leistungsempfänger voraus<sup>263</sup>. Selbst wenn man diese hier bejahen wollte, hätte der Gesetzgeber eine zusätzliche Leistungspflicht der privatrechtlich organisierten Versorgungsträger zur GKV erst für zukünftig entstehende Ansprüche einführen können. Denn die Versorgungsträger erbrächten ihren Versicherten Leistungen nach Maßgabe in der Vergangenheit abgeschlossener Versicherungsverträge. Eine zusätzliche, sofort eintretende Leistungspflicht gegenüber der GKV würde die Beitrags- und Leistungskalkulation der Versorgungsträger rückwirkend entwerten<sup>264</sup>. Darüber hinaus macht das Bundesverfassungsgericht in seiner Entscheidung geltend, dass die praktische Umsetzung einer Inpflichtnahme der Versorgungsträger mit erheblichen ökonomischen und rechtlichen Schwierigkeiten verbunden wäre. Angesichts der Vielzahl und Vielfalt der hier handelnden Einrichtungen und der ganz unterschiedlichen Formen der von ihnen gewährten Leistungen hätte sich die rechtliche Umsetzung schwierig gestaltet und wären die Belastungswirkungen dieser Verpflichtung kaum vorhersehbar. Angesichts dieses Befundes sei es nicht sachwidrig, dass der Gesetzgeber von einer Belastung der Versorgungsträger abgesehen habe<sup>265</sup>.

Schließlich sei es im Hinblick auf Art. 3 Abs. 1 GG auch nicht zu beanstanden, dass die Beiträge aus Versorgungsbezügen nach dem vollen allgemeinen Beitragssatz erhoben würden, obwohl Rentner im Allgemeinen keinen Anspruch auf Krankengeld hätten und § 243 Abs. 1 SGB V für diesen Fall an sich einen ermäßigten Beitragssatz vorsehe<sup>266</sup>. Nach der Rechtsprechung des Bun-

---

261 Bundesverfassungsgericht, Beschluss vom 28. Februar 2008 – 1 BvR 2137/06, SozR 4-2500 § 248 SGB V Nr. 3 Rn. 31 unter Bezugnahme auf BVerfGE 69, 272 (302)

262 Bundesverfassungsgericht, Beschluss vom 28. Februar 2008 – 1 BvR 2137/06, SozR 4-2500 § 248 SGB V Nr. 3 Rn. 31 unter Bezugnahme auf BVerfGE 69, 272 (304 f.)

263 Bundesverfassungsgericht, Beschluss vom 28. Februar 2008 – 1 BvR 2137/06, SozR 4-2500 § 248 SGB V Nr. 3 Rn. 32 unter Bezugnahme auf BVerfGE 75, 108 (146) zur Künstlersozialabgabe

264 Bundesverfassungsgericht, Beschluss vom 28. Februar 2008 – 1 BvR 2137/06, SozR 4-2500 § 248 SGB V Nr. 3 Rn. 32

265 Bundesverfassungsgericht, Beschluss vom 28. Februar 2008 – 1 BvR 2137/06, SozR 4-2500 § 248 SGB V Nr. 3 Rn. 33

266 Bundesverfassungsgericht, Beschluss vom 28. Februar 2008 – 1 BvR 2137/06, SozR 4-2500 § 248 SGB V Nr. 3 Rn. 35



dessozialgerichts stellten die §§ 247, 248 SGB V für die Bezieher von Renten aus der GRV, Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen insgesamt die spezielleren Vorschriften dar. Das Bundessozialgericht verweise hierzu auf die historisch überkommene Sonderstellung der versicherungspflichtigen Rentner, bei denen das Gesetz nicht nur hinsichtlich des Zugangs zur Versicherung, sondern auch hinsichtlich der Beitragserhebung stets eigenen Regeln gefolgt sei. Dagegen sei unter Beachtung der Typisierungsbefugnis des Gesetzgebers von Verfassungen wegen nichts einzuwenden. Der Grundsatz von Äquivalenz von Beitrag und Leistung werde nicht verletzt, da den Rentnern mit der Beitragserhebung nach dem allgemeinen Beitragssatz keine systemwidrige Sonderlast auferlegt werde und die Leistungsaufwendungen der gesetzlichen Krankenkassen für die von den Rentnern in Anspruch genommenen Leistungen die eigenen Beiträge der Rentner bei Weitem übersteigen würden<sup>267</sup>.

§ 248 SGB V in der Fassung des Art. 1 Nr. 148 Buchstabe a GMG verstößt nach Auffassung des Bundesverfassungsgerichts auch nicht gegen Art. 2 Abs. 1 GG. In seinem Beschluss vom 28. Februar 2008 führt das Bundesverfassungsgericht hierzu aus, die Heranziehung der Versorgungsbezüge nach dem vollen allgemeinen Beitragssatz enthalte die Auferlegung einer allgemeinen öffentlich-rechtlichen Abgabepflicht und sei als solche an den Freiheitsrechten, insbesondere also am Grundsatz der Verhältnismäßigkeit, zu messen. Der Eingriff müsse zur Erreichung des gesetzgeberischen Ziels geeignet und erforderlich sein und dürfe schließlich nicht außer Verhältnis zu dem angestrebten Ziel stehen<sup>268</sup>. Diesen Vorgaben genüge § 248 SGB V in der Fassung des GMG. Der Gesetzgeber habe in der Gesetzesbegründung zum GMG ausgeführt, der medizinische Fortschritt und die zunehmende Zahl älterer Menschen würden zu einem Ausgabenanstieg führen, hinter dem die Entwicklung der Einnahmen zurückbleibe. Diese Finanzierungslücke könne nicht durch weitere Beitragssatzsteigerungen gelöst werden, denn dies erhöhe die Arbeitskosten und trage zu einer steigenden Arbeitslosigkeit bei. Ziel des Gesetzes sei eine Stärkung der Finanzgrundlagen der GKV, um damit das Beitragssatzniveau und hierdurch die Lohnnebenkosten deutlich senken zu können. Im Rahmen eines Bündels von Maßnahmen seien alle am System der GKV Beteiligten in die Pflicht genommen worden. Die insgesamt vorgesehenen Maßnahmen zielten auf eine Stabilisierung der GKV, eine Senkung der Beitragssätze und damit auf eine schnelle Senkung der Lohnnebenkosten<sup>269</sup>. Rentner, die Versorgungsbezüge und Arbeitseinkommen aus selbständiger Tätigkeit erhielten, würden in angemessener Weise an der Finanzierung der Leistungsaufwendungen für sie beteiligt. Die Beitragszahlungen der Rentner hätten 1973 noch zu gut 70 Prozent deren Leistungsaufwendungen abgedeckt, inzwischen bestritten sie nur noch ca. 43 Prozent dieser Aufwendungen. Es sei daher ein Gebot der Solidarität der Rentner mit den Er-

---

267 Bundesverfassungsgericht, Beschluss vom 28. Februar 2008 – 1 BvR 2137/06, SozR 4-2500 § 248 SGB V Nr. 3 Rn. 35 unter Bezugnahme auf BVerfGE 79, 87 (101); 90, 226 (240)

268 Bundesverfassungsgericht, Beschluss vom 28. Februar 2008 – 1 BvR 2137/06, SozR 4-2500 § 248 SGB V Nr. 3 Rn. 37 unter Bezugnahme auf BVerfGE 75, 108 (155); 78, 232 (245); 96, 10 (21)

269 Bundesverfassungsgericht, Beschluss vom 28. Februar 2008 – 1 BvR 2137/06, SozR 4-2500 § 248 SGB V Nr. 3 Rn. 38 unter Bezugnahme auf BT-Drs. 15/1525, S. 71 f., 77 f.

werbstätigen, den Anteil der Finanzierung der Leistungen durch die Erwerbstätigen nicht noch höher werden zu lassen<sup>270</sup>.

Die Anhebung des Beitragssatzes auf Versorgungsbezüge sei – so führt das Bundesverfassungsgericht in seiner Entscheidung weiter aus – ein geeignetes und erforderliches Mittel zur Stärkung der Finanzgrundlagen der GKV. Der Gesetzgeber habe aus der zusätzlichen Belastung der Versorgungsbezüge jährliche Einnahmen von 1,6 Milliarden Euro erwartet<sup>271</sup>. Diese Maßnahme sei für die betroffenen Rentner zumutbar gewesen. Der Gesetzgeber sei von Verfassungs wegen berechtigt, jüngere Krankenversicherte von der Finanzierung des höheren Aufwands für die Rentner zu entlasten und die Rentner entsprechend ihrem Einkommen verstärkt zur Finanzierung heranzuziehen<sup>272</sup>. Hierbei sei er allerdings nicht von vornherein verpflichtet, alle Rentner immer gleich zu belasten. Er könne Teilgruppen herausgreifen und diese zu höheren Beitragszahlungen heranziehen, wenn dies durch einen sachlichen Grund gerechtfertigt sei. Hierzu könne der Gesetzgeber auch eine verfassungsrechtlich nicht gebotene Privilegierung der Bezieher von Versorgungseinkünften beseitigen<sup>273</sup>. Die faktische Verdoppelung der auf die Versorgungsbezüge zu zahlenden Beiträge bedeute zwar eine erhebliche Zahllast für solche Versicherte, bei denen die Versorgungsbezüge den wesentlichen Teil der Alterseinkünfte darstellten. Dies sei jedoch die Ausnahme. Wie aus den vom Bundessozialgericht ermittelten statistischen Daten für das Jahr 2001 zu ersehen sei, mache die betriebliche Altersversorgung durchschnittlich nur 23 Prozent im Vergleich zu den Leistungen der GRV aus. Zudem handele es sich bei den Empfängern von Versorgungsbezügen typischerweise um solche Rentenbezieher, deren durchschnittliches Alterseinkommen mehr als doppelt so hoch liege wie das derjenigen, die nur eine Rente aus der GRV bezögen. Ferner sei die tatsächliche Belastung der Versorgungsbezieher bei wirtschaftlicher Betrachtungsweise mit der der Rentner identisch, denn ökonomisch würden die beschäftigungsbezogenen Einkommen beider Gruppen mit dem vollen Beitragssatz belastet; lediglich die Zahllast werde bei der zweiten Gruppe zwischen Versicherungsträger und Rentner hälftig geteilt<sup>274</sup>. Die Belastung mit dem vollen allgemeinen Beitragssatz sei auch dort hinzunehmen, wo die Versorgungsbezüge ausnahmsweise einen hohen Anteil der Alterseinkünfte ausmachten, sofern dies nicht mit einer grundlegenden Beeinträchtigung der Vermögensverhältnisse im Sinne einer erdrosselnden Wirkung verbunden sei<sup>275</sup>.

- 
- 270 Bundesverfassungsgericht, Beschluss vom 28. Februar 2008 – 1 BvR 2137/06, SozR 4-2500 § 248 SGB V Nr. 3 Rn. 38 unter Bezugnahme auf BT-Drs. 15/1525, S. 140
- 271 Bundesverfassungsgericht, Beschluss vom 28. Februar 2008 – 1 BvR 2137/06, SozR 4-2500 § 248 SGB V Nr. 3 Rn. 39 unter Bezugnahme auf den Bericht des Haushaltsausschusses in BT-Drs. 15/1586 S. 2
- 272 Bundesverfassungsgericht, Beschluss vom 28. Februar 2008 – 1 BvR 2137/06, SozR 4-2500 § 248 SGB V Nr. 3 Rn. 39 unter Bezugnahme auf BVerfGE 69, 272 (313); Bundesverfassungsgericht, Beschluss der 1. Kammer des Ersten Senats vom 13. Dezember 2002 – BvR 1660/96 – SozR 3-2500 § 248 SGB V Nr. 6
- 273 Bundesverfassungsgericht, Beschluss vom 28. Februar 2008 – 1 BvR 2137/06, SozR 4-2500 § 248 SGB V Nr. 3 Rn. 39
- 274 Bundesverfassungsgericht, Beschluss vom 28. Februar 2008 – 1 BvR 2137/06, SozR 4-2500 § 248 SGB V Nr. 3 Rn. 40
- 275 Bundesverfassungsgericht, Beschluss vom 28. Februar 2008 – 1 BvR 2137/06, SozR 4-2500 § 248 SGB V Nr. 3 Rn. 41 unter Bezugnahme auf BVerfGE 82, 159 (190) mit Blick auf Art. 14 GG

Auch soweit die Regelung des § 248 Satz 1 SGB V in der Fassung des Art. 1 Nr. 148 Buchstabe a GMG solche Rentner trifft, die bereits vor Inkrafttreten dieser Vorschrift am 01. Januar 2004 Versorgungsbezüge erhielten, liegt nach Auffassung des Bundesverfassungsgerichts kein Verstoß gegen Art. 2 Abs. 1 GG in Verbindung mit dem rechtsstaatlichen Grundsatz des Vertrauensschutzes vor<sup>276</sup>. Die Belastung der Versorgungsbezüge mit dem vollen allgemeinen Beitragssatz beurteile sich nach den Grundsätzen über die unechte Rückwirkung von Gesetzen, da die angegriffene Regelung mit Wirkung für die Zukunft in ein öffentlichrechtliches Versicherungsverhältnis eingreife und dies zum Nachteil für die betroffenen Versicherten umgestalte. Solche Regelungen seien verfassungsrechtlich grundsätzlich zulässig und genügen dem rechtsstaatlichen Vertrauensschutzprinzip, wenn das schutzwürdige Bestandsinteresse des Einzelnen die gesetzlich verfolgten Gemeinwohlinteressen bei der gebotenen Interessenabwägung nicht überwiege<sup>277</sup>. Zwar sei das Vertrauen insbesondere der älteren und gesundheitlich beeinträchtigten Mitglieder der GKV auf den Fortbestand einer günstigen Rechtslage in der Regel hoch einzuschätzen<sup>278</sup>. Vorliegend sei dieses Vertrauen aber nur eingeschränkt schutzwürdig, weil die ihm zugrunde liegende Rechtslage nicht für die Zukunft habe gesichert erscheinen können. Das System der GKV stehe bereits seit Langem unter erheblichem Kostendruck. Angesichts der vielfältigen Bemühungen des Gesetzgebers in den vergangenen Jahren, sowohl auf der Einnahmenseite als auch auf der Ausgabe Seite auf Gefährdungen des Systems zu reagieren, hätten die Versicherten in den Fortbestand privilegierender Regelungen nicht uneingeschränkt vertrauen können<sup>279</sup>. Zudem müssten die mit der Regelung verfolgten öffentlichen Belange im Rahmen der verfassungsrechtlich gebotenen Abwägung als gewichtiger angesehen werden. Die Regelung trage als Teil eines im GMG enthaltenen Bündels von Maßnahmen zur Erhöhung der Beitragseinnahmen und damit zur Erhaltung der Stabilität des Systems der GKV bei. Diesem Gemeinwohlziel komme große Bedeutung zu<sup>280</sup>.

Der Gesetzgeber sei von Verfassungen wegen auch nicht gehalten gewesen, § 248 SGB V neuer Fassung durch Übergangsregelungen zu ergänzen, um die Folgen der Beitragssatzanhebung nicht sofort in vollem Umfang wirksam werden zu lassen. Das Bundesverfassungsgericht habe im Bereich der Krankenversicherung Gesetze mit unechter Rückwirkung ohne Übergangsregelungen auch dann gebilligt, wenn diese mit erheblichen Belastungen für die Betroffenen verbunden gewesen seien<sup>281</sup>. Ein vollständiger Ausschluss der Bestandsrentner von der Erhöhung der Beitraglast hätte – so das Bundesverfassungsgericht – eine lang andauernde Ungleichbehandlung zwi-

---

276 Bundesverfassungsgericht, Beschluss vom 28. Februar 2008 – 1 BvR 2137/06, SozR 4-2500 § 248 SGB V Nr. 3 Rn. 42 ff.

277 Bundesverfassungsgericht, Beschluss vom 28. Februar 2008 – 1 BvR 2137/06, SozR 4-2500 § 248 SGB V Nr. 3 Rn. 43 unter Bezugnahme auf BVerfGE 95, 64 (86); 101, 239 (263); 103, 392 (403)

278 Bundesverfassungsgericht, Beschluss vom 28. Februar 2008 – 1 BvR 2137/06, SozR 4-2500 § 248 SGB V Nr. 3 Rn. 44 unter Bezugnahme auf BVerfGE 103, 392 (404)

279 Bundesverfassungsgericht, Beschluss vom 28. Februar 2008 – 1 BvR 2137/06, SozR 4-2500 § 248 SGB V Nr. 3 Rn. 44

280 Bundesverfassungsgericht, Beschluss vom 28. Februar 2008 – 1 BvR 2137/06, SozR 4-2500 § 248 SGB V Nr. 3 Rn. 45 unter Bezugnahme auf BVerfGE 82, 209 (230); 103, 392 (404)

281 Bundesverfassungsgericht, Beschluss vom 28. Februar 2008 – 1 BvR 2137/06, SozR 4-2500 § 248 SGB V Nr. 3 Rn. 46 unter Bezugnahme auf BVerfGE 69, 272 (313); 79, 223 (239); 103, 392 (404)

schen Gruppen von versicherungspflichtigen Rentnern zur Folge gehabt und die angestrebte Erhöhung der Einnahmen in Höhe von immerhin 1,6 Milliarden Euro pro Jahr erst in vielen Jahren tatsächlich wirksam werden lassen. Aber auch eine auf einen begrenzten Zeitraum bezogene Übergangsregelung sei verfassungsrechtlich nicht geboten gewesen. Ob und in welchem Umfang Übergangsregelungen notwendig seien, müsse einer Abwägung des gesetzlichen Zweckes mit der Beeinträchtigung der Betroffenen entnommen werden. Dabei stehe dem Gesetzgeber ein erheblicher Spielraum zur Verfügung. Unter Berücksichtigung des gesetzgeberischen Regelungsziels, der im Regelfall nicht schwerwiegenden finanziellen Belastungen der Betroffenen und dem Verwaltungsaufwand, den eine zum Beispiel zeitlich nach Beitragssätzen gestaffelte Übergangsregelung bei der Vielzahl der beteiligten Krankenkassen und Versorgungsträger verursacht hätte, sei es nicht zu beanstanden, dass der Gesetzgeber auf Übergangsregelungen verzichtet habe<sup>282</sup>.

Durch seine Beschlüsse vom 07. April 2008<sup>283</sup> und 06. September 2010<sup>284</sup> bestätigte das Bundesverfassungsgericht unter Bezugnahme auf den vorgenannten Nichtannahmebeschluss vom 28. Februar 2008 noch einmal die Verfassungsmäßigkeit der Neuregelung des § 248 Satz 1 SGB V durch Art. 1 Nr. 148 Buchstabe a GMG vom 14. November 2003.

#### 2.4.3. Freiwillig versicherte Rentner

##### 2.4.3.1. Beitragssatz

###### 2.4.3.1.1. Rechtsentwicklung vom 01. Januar 1989 bis zum 31. Dezember 2003

Nach § 248 Abs. 2 SGB V in der Fassung des Art. 1 GRG vom 20. Dezember 1988<sup>285</sup> galt ab dem Inkrafttreten des SGB V am 01. Januar 1989 für alle freiwilligen Mitglieder, die bei Vollendung des 65. Lebensjahres versichert und seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres mindestens neun Zehntel der zweiten Hälfte dieses Zeitraumes Mitglied einer Krankenkasse oder mit einem Mitglied verheiratet und nicht mehr als nur geringfügig beschäftigt oder geringfügig selbständig tätig waren, für die Beiträge auf Versorgungsbezüge nur die Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes, während vor 1989 nach dem Recht der RVO die Versorgungsbezüge bei freiwillig Versicherten ausnahmslos mit dem vollen Beitragssatz belastet wurden. Diese Regelung wurde mit Wirkung vom 01. Januar 1993 an durch Art. 1 Nr. 138 des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) vom 21. Dezember 1992<sup>286</sup> aufgehoben. Begründet wurde die Aufhebung des § 248 Abs. 2 SGB V alter Fassung mit der Absicht, die freiwillig Versicherten

---

282 Bundesverfassungsgericht, Beschluss vom 28. Februar 2008 – 1 BvR 2137/06, SozR 4-2500 § 248 SGB V Nr. 3 Rn. 47 - 48 unter Bezugnahme auf BVerfGE 67, 1 (15); 76, 256 (359 f.)

283 Bundesverfassungsgericht, Beschluss vom 07. April 2008 – 1 BvR 1924/07, SozR 4-2500 § 229 SGB V Nr. 5 Rn. 33; Bundesverfassungsgericht, Beschluss vom 07. April 2008 – 1 BvR 2325/07, SozR 4-2500 § 248 SGB V Nr. 4 Rn. 8

284 Bundesverfassungsgericht, Kammerbeschluss vom 06. September 2010 – 1 BvR 739/08, SozR 4-2500 § 229 SGB V Nr. 10 Rn. 12

285 BGBl. I S. 2477

286 BGBl. I S. 2266

nach dem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben den gleichen Maßstäben zu unterwerfen wie während des Erwerbslebens. Diese Entscheidung des Gesetzgebers, das Versicherungs- und Beitragsrecht im Rentenalter demjenigen während des Erwerbslebens anzugleichen, beruhte nach Auffassung des Bundessozialgerichts auf sachgerechten Erwägungen und verstieß nicht gegen den allgemeinen Gleichheitsgrundsatz des Art. 3 Abs. 1 GG<sup>287</sup>. Die im Ergebnis höhere Beitragsbelastung für freiwillig versicherte Ruheständler gegenüber pflichtversicherten Rentnern mit gleichen Einkünften wurde danach als rechtmäßig angesehen<sup>288</sup>.

Um in den bereits bestehenden Fällen Vertrauensschutz zu gewährleisten, wurde durch Art. 1 Nr. 137 Buchstabe b des GSG in § 240 Abs. 3a SGB V alter Fassung eine Besitzstandsregelung getroffen<sup>289</sup>. Danach galt der nach § 248 Abs. 2 SGB V alter Fassung für Versorgungsbezüge anzuwendende halbe Beitragssatz für die freiwilligen Mitglieder weiter, bei denen am 31. Dezember 1992 § 248 Abs. 2 SGB V alter Fassung anzuwenden war. Diese auch als Altersprivileg bezeichnete Besitzstandsregelung, die zunächst nur für das Mitglied selbst und bei dessen Tod nicht für den hinterbliebenen Ehegatten galt, erfasste nicht nur die Fälle, für die die Beiträge bereits nach dem besonderen Beitragssatz berechnet wurden, sondern auch die Sachverhalte, in denen zwar die Voraussetzungen vorlagen, es aus anderen Gründen aber noch nicht zur Anwendung des halben Beitragssatzes gekommen war (zum Beispiel wegen ausstehenden Nachweises der Vorversicherungszeiten). Für Versorgungsempfänger, die die Voraussetzungen des § 248 Abs. 2 SGB V alter Fassung erst nach dem 31. Dezember 1992 erfüllten, war die Besitzstandsregelung nicht anzuwenden<sup>290</sup>. Das galt nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts<sup>291</sup> auch für die Bezieher einer Hinterbliebenenversorgung, und zwar selbst dann, wenn für den verstorbenen Versorgungsempfänger die Besitzstandsregelung angewendet wurde.

Um hier eine Gleichbehandlung mit Hinterbliebenen pflichtversicherter Rentner herzustellen<sup>292</sup>, wurde durch eine mit Art. 1 Nr. 67 Buchstabe a des Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000) vom 22. Dezember 1999<sup>293</sup> vorgenommene Ergänzung (§ 240 Abs. 3 a Satz 2 SGB V alter Fassung) mit Wirkung vom 01. Januar 2000 an die Besitzstandsregelung auf die hinterbliebenen Ehegatten der bisher begünstigten Versicherten übertragen. Voraussetzung war, dass sie bis zum Tode des Ehegatten familienversichert waren und von dem Recht der freiwilligen Weiterversicherung Gebrauch gemacht hatten. Für diese Hinterbliebenen waren Beiträge aus Versorgungsbezügen vom oben genannten

---

287 BSGE 79, 1 = SozR 3-2500 § 248 SGB V Nr. 4

288 Gerlach, in: Hauck/Noftz, § 240 SGB V Rn. 207

289 Vgl. hierzu die Begründung zum Entwurf eines Gesundheits-Strukturgesetzes in BT-Drs. 12/3608, S. 115 zu § 240 SGB V

290 BSGE 79, 1 = SozR 3-2500 § 248 SGB V Nr. 4

291 BSG, SozR 3-2500 § 248 SGB V Nr. 5

292 Vgl. hierzu die Gesetzesbegründung zum Entwurf eines GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000 in BT-Drs. 14/1245 S. 97

293 BGBl. I S. 2626

Zeitpunkt an nach dem halben Beitragssatz zu erheben. Übergangsregelungen wurden nicht getroffen. Auch für diejenigen Versicherten, die bereits vom 01. Januar 1993 an Beiträge nach dem vollen Beitragssatz zu entrichten hatten, griff die Neuregelung erst zum 01. Januar 2000. Nach dem Wortlaut des Gesetzes hatten hinterbliebene Ehegatten des begünstigten Personenkreises Anspruch auf den ermäßigten Beitragssatz, wenn ihre Versicherung nach § 10 SGB V erloschen und sie der Versicherung beigetreten waren. Unter Beitritt war die Weiterversicherung nach § 9 Abs. 2 SGB V zu verstehen. Eine spätere freiwillige Versicherung, die sich eventuell im Anschluss an eine Pflichtmitgliedschaft als Arbeitnehmer anschloss (§ 9 Abs. 1 Nr. 1 SGB V), konnte die Rechtsfolge des § 240 Abs. 3a Satz 2 SGB V alter Fassung nicht bewirken<sup>294</sup>.

#### 2.4.3.1.2. Rechtslage seit dem 01. Januar 2004

Mit Wirkung vom 01. Januar 2004 wurde die Besitzstandsregelung des § 240 Abs. 3a SGB V durch Art. 1 Nr. 144 Buchstabe b des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) vom 14. November 2003<sup>295</sup> ersatzlos gestrichen. Spätestens mit Ablauf des 31. Dezember 2003 ist damit auch für freiwillig Versicherte jede einfachgesetzliche Möglichkeit entfallen, die Beiträge auf ihre Versorgungsbezüge nur nach dem halben allgemeinen Beitragssatz zu bemessen. Dies ergibt sich daraus, dass – über die Streichung des § 240 Abs. 3a SGB V alter Fassung hinaus – aufgrund der mit Wirkung vom 01. Januar 2004 durch Art. 1 Nr. 144 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb GMG eingefügten Verweisungsvorschrift des § 240 Abs. 2 Satz 3 SGB V alter Fassung (jetzt Satz 5) seit diesem Zeitpunkt die Bestimmung des § 248 SGB V anzuwenden ist, die für Versicherungspflichtige und damit auch für versicherungspflichtige Rentner – wie oben näher dargelegt<sup>296</sup> – seit dem 01. Januar 2004 nunmehr die Erhebung von Beiträgen aus Versorgungsbezügen nach dem vollen allgemeinen Beitragssatz des § 241 SGB V vorsieht. Nach der gesetzlichen Begründung zu § 240 Abs. 2 Satz 3 SGB V in der Fassung des Art. 1 Nr. 144 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb GMG soll mit dem Verweis sichergestellt werden, dass für freiwillig versicherte Rentner keine günstigeren Beitragssätze Anwendung finden als für pflichtversicherte Rentner<sup>297</sup>. Die Regelung, nach der die Beiträge freiwilliger Mitglieder, bei denen Versorgungsbezüge – und damit auch solche der betrieblichen Altersversorgung im Sinne des § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 und Satz 3 SGB V – beitragspflichtige Einnahmen sind, stets nach dem allgemeinen Beitragssatz des § 241 SGB V zu bemessen sind, ist zwingend und gilt daher auch dann, wenn auf die übrigen beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds der ermäßigte Beitragssatz des § 243 SGB V anzuwenden ist<sup>298</sup>.

---

294 Gerlach, in: Hauck/Noftz, § 240 SGB V Rn. 209

295 BGBl. I S. 2190

296 Vgl. hierzu eingehend oben zu dem Gliederungspunkt 2.4.2.1.2.

297 Vgl. die Begründung im Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) in BT-Drs. 15/1525 vom 08. September 2003, S. 139 zu Art. 1 Nr. 144 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb

298 Baier, in: Krauskopf, Soziale Krankenversicherung/Pflegeversicherung, § 240 SGB V Rn. 32; Peters, in: Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, § 240 SGB V Rn. 39

Nach der zum 01. Januar 2009 durch Art. 1 Nr. 165 bzw. 166 in Verbindung mit Art. 46 Abs. 10 des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes vom 26. März 2007<sup>299</sup> vorgenommenen gesetzlichen Anbindung der Beitragssätze des § 247 SGB V (Beitragssatz aus Renten der gesetzlichen Rentenversicherung) und § 248 SGB V (Beitragssatz aus Versorgungsbezügen) an den allgemeinen Beitragssatz nach § 241 SGB V werden Änderungen der Beitragssätze vom gleichen Zeitpunkt an wirksam. Ein zeitversetztes unterschiedliches Inkrafttreten von Beitragssatzveränderungen für verschiedene Einkommensarten freiwilliger Mitglieder, wie sie bis zum 31. Dezember 2008 unter Berücksichtigung des § 247 SGB V alter Fassung bzw. § 248 SGB V alter Fassung möglich war, ist damit seit dem 01. Januar 2009 ausgeschlossen<sup>300</sup>.

#### 2.4.3.2. Beitragstragung

Nach § 250 Abs. 2 SGB V tragen freiwillige Mitglieder und damit auch freiwillig versicherte Versorgungsleistungsempfänger die anfallenden Krankenversicherungsbeiträge allein, die sie gemäß § 252 Abs. 1 Satz 1 SGB V auch zu zahlen haben, da gesetzlich insoweit nichts Abweichendes bestimmt ist. Die Vorschriften der §§ 240 Abs. 2 Satz 3, 248 Satz 1 SGB V in der Fassung des GMG haben bei freiwillig versicherten Rentnern, auf deren Versorgungsbezüge bis zum 31. Dezember 2003 die Bestimmung des § 240 Abs. 3a SGB V alter Fassung Anwendung fand, seit dem 01. Januar 2004 damit faktisch eine Verdoppelung der aus den Versorgungsbezügen zu zahlenden Beiträge gegenüber dem bis zu diesem Zeitpunkt geltenden Recht bewirkt. Weil nach den seit dem Inkrafttreten des SGB V am 01. Januar 1989 unverändert gebliebenen Regelungen in den §§ 250 Abs. 2, 252 Abs. 1 Satz 1 SGB V die Beiträge weiterhin allein vom freiwillig versicherten Mitglied zu tragen und zu zahlen sind, trifft die Erhöhung im wirtschaftlichen wie im rechtlichen Ergebnis allein das Mitglied und verdoppelt dessen Beitragslast aus Versorgungsbezügen<sup>301</sup>.

#### 2.4.3.3. Verfassungskonformität der Aufhebung der Besitzstandsregelung und der Bemessung des Beitrags aus Versorgungsbezügen nach dem vollen allgemeinen Beitragssatz

Nach Auffassung des Bundessozialgerichts verletzt die Aufhebung der Besitzstandsregelung des § 240 Abs. 3a SGB V alter Fassung zum 01. Januar 2004 die betroffenen freiwilligen Mitglieder nicht in ihrem Grundrechten<sup>302</sup>. Ein Grund für die eingeschränkte Fortführung des in § 248 Abs. 2 SGB V in der Fassung des GRG begründeten Beitragsprivilegs durch § 240 Abs. 3a SGB V alter Fassung sei jedenfalls zum 01. Januar 2004 entfallen, da von diesem Zeitpunkt an auch die Beiträge aus den Versorgungsbezügen Pflichtversicherter nach § 248 Satz 1 SGB V in der Fassung des GMG nach dem vollen allgemeinen Beitragssatz bemessen worden seien. Ohne die Aufhebung von § 240 Abs. 3a SGB V alter Fassung wären – so führt das Bundessozialgericht aus – die von dieser Vorschrift Begünstigten beitragsrechtlich gegenüber allen anderen beitragspflichtigen Mitgliedern privilegiert, ohne dass dafür ein rechtfertigender sachlicher Grund ersichtlich sei. Nach Auffassung des Bundessozialgerichts begegnet die gesetzliche Regelung, nach der vom 01.

---

299 BGBI. I S. 378

300 Gerlach, in: Hauck/Noftz, § 240 SGB V Rn. 197

301 Bundessozialgericht, Urteil vom 10. Mai 2006 – B 12 KR 6/05 R, SozR 4-2500 § 240 SGB V Nr. 7 Rn. 15

302 Bundessozialgericht, Urteil vom 10. Mai 2006 – B 12 KR 6/05 R, SozR 4-2500 § 240 SGB V Nr. 7

Januar 2004 an für die Bemessung der Krankenversicherungsbeiträge aus Versorgungsbezügen der volle allgemeine Beitragssatz gilt und die Beiträge allein vom Versicherten zu tragen sind, deshalb nicht nur bei Pflichtversicherten<sup>303</sup>, sondern auch bei freiwillig Versicherten keinen verfassungsrechtlichen Bedenken<sup>304</sup>.

### 3. Soziale Pflegeversicherung

#### 3.1. Versicherter Personenkreis

##### 3.1.1. Allgemeines

In den Schutz der sozialen Pflegeversicherung sind gemäß § 1 Abs. 2 Satz 1 SGB XI<sup>305</sup> kraft Gesetzes alle einbezogen, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind. Das SGB XI folgt damit im Verhältnis zwischen der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung dem Grundsatz: „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“, d. h., wer in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist, ist zugleich auch in der sozialen Pflegeversicherung versichert. Wer gegen Krankheit bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert ist, muss demgegenüber nach § 1 Abs. 2 Satz 2 SGB XI eine private Pflegeversicherung abschließen und ist in diesem Fall auch nicht berechtigt, sich in der sozialen Pflegeversicherung zu versichern, was mit dem Grundgesetz vereinbar ist<sup>306</sup>. Für Rentner gilt danach Folgendes:

##### 3.1.2. Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung für in der GKV pflichtversicherte Rentner

Nach § 20 Abs. 1 Satz 1 SGB XI sind die versicherungspflichtigen Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung auch in der sozialen Pflegeversicherung versicherungspflichtig. Dies sind nach § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 11 SGB XI auch Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, soweit sie nach § 5 Abs. 1 Nr. 11, 11 a oder 12 SGB V der Krankenversicherungspflicht unterliegen<sup>307</sup>.

---

303 Zur Verfassungskonformität der Bemessung von Beiträgen aus Versorgungsbezügen nach dem vollen allgemeinen Beitragssatz bei Pflichtversicherten vgl. eingehend oben zu Gliederungspunkt 2.4.2.2.

304 Bundessozialgericht, Urteil vom 10. Mai 2006 – B 12 KR 6/05 R, SozR 4-2500 § 240 SGB V Nr. 7

305 Elftes Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Art. 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), zuletzt geändert durch Art. 2 a des Gesetzes vom 15. Juli 2013 (BGBl. I S. 2423)

306 So BVerfGE 103, 271 = NJW 2001, 1707; ebenso zuvor Bundessozialgericht, SozR 3-3300 § 20 SGB XI Nr. 3 und 4; Peters, in: Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, § 20 SGB XI Rn. 6

307 Zur Krankenversicherungspflicht der Rentner nach § 5 Abs. 1 Nr. 11, 11 a oder 12 SGB V vgl. näher oben zu Gliederungspunkt 2.1.1.



### 3.1.3. Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung für in der GKV freiwillig versicherte Rentner und Befreiungsmöglichkeiten

§ 20 Abs. 3 SGB XI bestimmt, dass auch freiwillige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung in der sozialen Pflegeversicherung versicherungspflichtig sind. Dass die Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung auch für solche Personen gilt, die in der GKV lediglich freiwillig versichert sind, ist als Durchbrechung des – oben erwähnten – Grundsatzes anzusehen, demzufolge die Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung der Versicherungspflicht in der GKV folgt. Diese Durchbrechung ist jedoch in § 20 Abs. 3 SGB XI klar geregelt und beachtet, weil der Grundsatz insoweit nur system- und nicht auch versicherungsartbezogen gilt<sup>308</sup>. Sofern Rentner nach § 9 SGB V freiwillig in der GKV versichert sind, unterliegen sie mithin dem Versicherungspflichttatbestand des § 20 Abs. 3 SGB XI<sup>309</sup>.

§ 22 SGB XI sieht jedoch eine Befreiung von der Versicherungspflicht nach § 20 Abs. 3 SGB XI vor. Nach Abs. 1 Satz 1 dieser Bestimmung können Personen, die als freiwillig in der GKV Versicherte nach § 20 Abs. 3 SGB XI in der sozialen Pflegeversicherung versicherungspflichtig sind, auf Antrag von der Versicherungspflicht befreit werden, wenn sie nachweisen, dass sie bei einem privaten Versicherungsunternehmen gegen Pflegebedürftigkeit versichert sind und für sich und ihre Angehörigen oder Lebenspartner, die bei Versicherungspflicht nach § 25 SGB XI versichert wären, Leistungen beanspruchen können, die nach Art und Umfang den Leistungen des Vierten Kapitels des SGB XI gleichwertig sind. Der Antrag kann gemäß § 22 Abs. 2 Satz 1 SGB XI allerdings nur innerhalb von drei Monaten nach Beginn der Versicherungspflicht bei der Pflegekasse gestellt werden. § 22 SGB XI bietet den freiwilligen Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung, die grundsätzlich gemäß § 20 Abs. 3 SGB XI in der sozialen Pflegeversicherung versicherungspflichtig sind, somit eine zeitlich befristete Wahlmöglichkeit, sich anstelle einer Mitgliedschaft in der sozialen Pflegeversicherung bei einem privaten Versicherungsunternehmen gegen das Pflegebedürftigkeitsrisiko zu versichern. Die Befreiung von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung kann nach § 22 Abs. 2 Satz 3 SGB XI nicht widerrufen werden.

## 3.2. Beitragsrecht

### 3.2.1. Grundsatz

§ 54 SGB XI enthält die beitragsrechtlichen Grundsätze für die Mitgliedschaft in der sozialen Pflegeversicherung. So bestimmt § 54 Abs. 1 SGB XI, dass die Mittel für die Pflegeversicherung durch Beiträge sowie sonstige Einnahmen gedeckt werden. Die Beiträge werden gemäß § 54 Abs. 2 Satz 1 SGB XI – ebenso wie in der GKV – nach einem Vomhundertsatz (Beitragssatz) von den beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder erhoben. Dabei sind die Beiträge für jeden Kalendertag der Mitgliedschaft zu zahlen, soweit das SGB XI nichts Abweichendes bestimmt (§ 54 Abs. 2 Satz 2 SGB XI). Für die Berechnung der Beiträge ist nach § 54 Abs. 2 Satz 3 SGB XI die Woche zu sieben, der Monat zu 30 und das Jahr zu 360 Tagen anzusetzen. Die beitragspflichtigen Ein-

---

308 Peters, in: Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, § 20 SGB XI Rn. 13 mit weiteren Nachweisen

309 Zur freiwilligen Versicherung der Rentner in der GKV nach § 9 SGB V vgl. näher oben zu Gliederungspunkt 2.1.2.

nahmen der Mitglieder werden gemäß § 54 Abs. 2 Satz 1 SGB XI jedoch auch in der sozialen Pflegeversicherung nicht unbegrenzt zur Berechnung der Beiträge herangezogen, sondern nur bis zur Beitragsbemessungsgrenze des § 55 Abs. 2 SGB XI. Nach dieser Vorschrift sind beitragspflichtige Einnahmen bis zu einem Betrag von 1/360 der in § 6 Abs. 7 SGB V festgelegten Jahresarbeitsentgeltgrenze für den Kalendertag zu berücksichtigen (Beitragsbemessungsgrenze). Gemäß § 4 Abs. 2 der Sozialversicherungs-Rechengrößenverordnung 2014 vom 02. Dezember 2013<sup>310</sup> beträgt die Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 7 SGB V für das Jahr 2014 – wie bereits oben erwähnt<sup>311</sup> – 48.600 Euro. Einnahmen, die diesen Betrag übersteigen, bleiben gemäß §§ 54 Abs. 2 Satz 1, 55 Abs. 2 SGB XI außer Ansatz.

### 3.2.2. Beitragspflichtige Einnahmen

#### 3.2.2.1. Allgemeines

Die der Beitragsbemessung in der sozialen Pflegeversicherung zugrunde zu legenden beitragspflichtigen Einnahmen der Versicherten werden in § 57 SGB XI geregelt. Diese Vorschrift hat im Beitragsrecht der sozialen Pflegeversicherung eine zentrale Bedeutung, weil die beitragspflichtigen Einnahmen – ebenso wie in der GKV – einen der beiden Faktoren bilden, aus denen sich der Beitrag ergibt (beitragspflichtige Einnahmen x Beitragssatz). Auch im Zusammenhang mit den beitragspflichtigen Einnahmen folgt das Gesetz weitgehend den Regelungen der gesetzlichen Krankenversicherung, so dass auch hier der Grundsatz „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“ gilt<sup>312</sup>.

#### 3.2.2.2. Betriebsrenten der in der GKV pflichtversicherten Rentner als Beitragsbemessungsgrundlage in der sozialen Pflegeversicherung

§ 57 Abs. 1 Satz 1 SGB XI bestimmt, dass bei Mitgliedern der Pflegekasse, die in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind, für die Beitragsbemessung unter anderem die §§ 226 bis 238 SGB V gelten. Da bei in der GKV versicherungspflichtigen Rentnern gemäß § 237 Satz 1 Nr. 2 in Verbindung mit den §§ 237 Abs. 2, 229 SGB V – wie oben im Einzelnen dargelegt<sup>313</sup> – Versorgungsbezüge im Sinne des § 229 Abs. 1 Satz 1 und 3 SGB V „als der Rente vergleichbare Einnahmen“ der Beitragsbemessung in der GKV zugrunde gelegt werden, sind Leistungen der betrieblichen Altersversorgung im Sinne des § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 und Satz 3 SGB V der Beitragspflicht in der sozialen Pflegeversicherung in gleichem Umfang unterworfen wie in der GKV. Nach § 57 Abs. 1 Satz 1 SGB XI in Verbindung mit § 237 Abs. 2 SGB V gilt auch die Bagatell- bzw. Freigrenze des § 226 Abs. 2 SGB V entsprechend. Versorgungsbezüge – und damit auch Leistungen der betrieblichen Altersversorgung im Sinne des § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 und Satz 3 SGB V – sind daher auch in der sozialen Pflegeversicherung nur beitragspflichtig, wenn diese

---

310 BGBI. I S. 4038

311 Vgl. oben zu Gliederungspunkt 2.2.

312 Peters, in: Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, § 57 SGB XI Rn. 2

313 2.3.1.

monatlichen Einnahmen insgesamt die Mindestgrenze bzw. „Bagatellgrenze“ von einem Zwanzigstel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV übersteigen<sup>314</sup>.

### 3.2.2.3. Betriebsrenten der in der GKV freiwillig versicherten Rentner als Beitragsbemessungsgrundlage in der sozialen Pflegeversicherung

Nach § 57 Abs. 4 Satz 1 SGB XI ist in der sozialen Pflegeversicherung bei freiwilligen Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung – und damit auch bei freiwillig in der GKV versicherten Rentnern – für die Beitragsbemessung § 240 SGB V entsprechend anzuwenden. Damit werden die beitragspflichtigen Einnahmen derjenigen, die in der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 9 SGB V freiwillig und in der sozialen Pflegeversicherung gemäß § 20 Abs. 3 SGB XI pflichtversichert sind<sup>315</sup>, dem Regelungsgeflecht des § 240 SGB V unterworfen<sup>316</sup>. Auch in der sozialen Pflegeversicherung gilt deshalb grundsätzlich die Regelung der GKV über die (fiktiven) beitragspflichtigen Mindesteinnahmen gemäß § 240 Abs. 4 SGB V<sup>317</sup>. Das führt bei dem betroffenen Personenkreis auch in der sozialen Pflegeversicherung zu Mindestbeiträgen, hier allerdings unter Anwendung des wesentlich niedrigeren Beitragssatzes des § 55 Abs. 1 SGB XI. Die Regelung ist mit dem Grundgesetz vereinbar<sup>318</sup>.

Nach § 240 Abs. 1 Satz 1 SGB V wird – wie oben im Einzelnen ausgeführt – die Beitragsbemessung für freiwillige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung grundsätzlich einheitlich durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen geregelt, dessen Normsetzungsermessen jedoch durch die gesetzlichen Bestimmungen des § 240 SGB V begrenzt wird. In Ausgestaltung der Ermächtigungsnorm des § 240 Abs. 1 Satz 1 SGB V hat der GKV-Spitzenverband „Einheitliche Grundsätze zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und weiterer Mitglieder sowie zur Zahlung und Fälligkeit der von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge (Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler)“ vom 27. Oktober 2008, zuletzt geändert am 27. November 2013, vorgelegt. Sie enthalten – wie dargelegt – für alle Krankenkassen verpflichtende Vorgaben zur einheitlichen Bemessung und Erhebung der Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung und zur sozialen Pflegeversicherung freiwilliger Mitglieder.

Der Verweis in § 57 Abs. 4 Satz 1 SGB XI auf die Vorschriften des § 240 SGB V hat unter anderem zur Konsequenz, dass bei in der GKV freiwillig versicherten und in der sozialen Pflegeversicherung gemäß § 20 Abs. 3 SGB XI damit pflichtversicherten Rentnern die in § 226 Abs. 2 SGB V

---

314 Zur Frei- bzw. Bagatellgrenze für Leistungen der betrieblichen Altersversorgung in der GKV vgl. näher oben zu den Gliederungspunkten 2.3.1.2.2. und 2.3.1.3.4.

315 Vgl. hierzu oben zu Gliederungspunkt 3.1.3.

316 Zu den beitragspflichtigen Einnahmen der in der GKV freiwillig versicherten Rentner nach § 240 SGB V vgl. eingehend oben zu Gliederungspunkt 2.3.2.

317 Zur allgemeinen Mindesteinnahmenregelung des § 240 Abs. 4 Satz 1 SGB V vgl. näher oben zu Gliederungspunkt 2.3.2.4.

318 BSG, SozR 3-3300 § 57 SGB XI Nr. 1 und 2; Bundesverfassungsgericht (Kammerbeschluss), SozR 3-3300 § 57 SGB XI Nr. 3; BSG, SozR 4-3300 § 25 SGB XI Nr. 1; Peters, in: Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, § 57 SGB XI Rn. 27

für Versorgungsbezüge im Sinne des § 229 Abs. 1 Satz 1 und 3 SGB V vorgesehene Bagatellklausel nicht zur Anwendung kommt, da diese Regelung – wie oben näher ausgeführt<sup>319</sup> – bei freiwillig in der GKV versicherten Rentnern nicht gilt. Deren Geltung ist in § 3 Abs. 4 der „Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler“ (BVSzGs) des GKV-Spitzenverbandes für § 240 SGB V vielmehr ausdrücklich ausgeschlossen worden. Anders als bei gemäß § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 11 SGB XI in Verbindung mit § 5 Abs. 1 Nr. 11, 11 a oder 12 SGB V in der sozialen Pflegeversicherung pflichtversicherten Rentnern sind Beiträge aus Versorgungsbezügen – und damit auch aus Leistungen der betrieblichen Altersversorgung im Sinne des § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 und Satz 3 SGB V – von diesen in der sozialen Pflegeversicherung versicherungspflichtigen Rentnern folglich auch dann zu erheben, wenn diese die Mindest- bzw. Freigrenze von einem Zwanzigstel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV nicht übersteigen.

### 3.2.3. Beitragssatz

#### 3.2.3.1. Allgemeiner Beitragssatz

Der allgemeine Beitragssatz in der sozialen Pflegeversicherung beträgt gemäß § 55 Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 1 SGB XI bundeseinheitlich derzeit 2,05 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder. Er wird durch Gesetz festgelegt (§ 55 Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 2 SGB XI). Der einheitliche Beitragssatz in der sozialen Pflegeversicherung vermeidet nach der Gesetzesbegründung<sup>320</sup>, dass Mitglieder einer Pflegekasse mit ungünstiger Risikostruktur stärker mit Beiträgen zur Pflegeversicherung belastet werden als die Mitglieder mit gleich hohen beitragspflichtigen Einnahmen bei einer Pflegekasse mit günstigeren Risikostrukturen. Die Bemessung der Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung aus Versorgungsbezügen im Sinne des § 229 Abs. 1 Satz 1 SGB V mit dem vollen allgemeinen Beitragssatz ist nach Auffassung des Bundessozialgerichts<sup>321</sup> nicht zu beanstanden und auch nicht verfassungswidrig.

#### 3.2.3.2. Beitragszuschlag für Kinderlose

Für Kinderlose enthält § 55 Abs. 3 SGB XI eine Sonderregelung. § 55 Abs. 3 Satz 1 SGB XI bestimmt, dass sich der allgemeine Beitragssatz nach § 55 Abs. 1 Satz 1 SGB XI für Mitglieder nach Ablauf des Monats, in dem sie das 23. Lebensjahr vollendet haben, um einen Beitragszuschlag für Kinderlose in Höhe von 0,25 Beitragssatzpunkten erhöht. Die vorgenannte Regelung ist mit Wirkung vom 01. Januar 2005 durch Art. 1 Nr. 1 des Kinder-Berücksichtigungsgesetzes (KiBG) vom 15. Dezember 2004<sup>322</sup> eingeführt worden. Mit ihr hat der Gesetzgeber auf die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 03. April 2001<sup>323</sup> reagiert. Er hat sich dazu entschieden, dem

---

319 Vgl. hierzu oben zu Gliederungspunkt 2.3.2.3.

320 Vgl. BT-Drs. 12/5262 S. 122 zu § 52 Abs. 1

321 BSG, Urteil vom 03. September 1998 – B 12 P 49/97 – juris

322 Gesetz zur Berücksichtigung von Kindererziehung im Beitragsrecht der sozialen Pflegeversicherung (Kinder-Berücksichtigungsgesetz – KiBG) vom 15. Dezember 2004, BGBl. I S. 3448

323 1 BvR 1620/94 = BVerfGE 103, 242 = SozR 3-3300 § 54 SGB XI Nr. 2 = NJW 2001, 1712 = NZS 2001, 309

---

Auftrag des Bundesverfassungsgerichts durch eine Erhöhung des Beitragssatzes (Beitragszuschlag) für Mitglieder ohne Kinder statt durch eine Beitragsermäßigung für Mitglieder mit Kindern Rechnung zu tragen<sup>324</sup>.

Einschränkend regelt § 55 Abs. 3 Satz 2 SGB XI, dass der in Satz 1 der Vorschrift genannte Beitragszuschlag für Kinderlose nicht für Eltern im Sinne des § 56 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 und Abs. 3 Nr. 2 und 3 SGB I gilt. Darüber hinaus bestimmt § 55 Abs. 3 a SGB XI, dass zu den Eltern im Sinne des § 55 Abs. 3 Satz 2 SGB XI nicht gehören: 1. Adoptiveltern, wenn das Kind zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Adoption bereits die in § 25 Abs. 2 SGB XI vorgesehenen Altersgrenzen erreicht hat, 2. Stiefeltern, wenn das Kind zum Zeitpunkt der Eheschließung mit dem Elternteil des Kindes bereits die in § 25 Abs. 2 SGB XI vorgesehenen Altersgrenzen erreicht hat oder wenn das Kind vor Erreichen dieser Altersgrenzen nicht in den gemeinsamen Haushalt mit dem Mitglied aufgenommen worden ist<sup>325</sup>.

#### 3.2.4. Beitragstragung

##### 3.2.4.1. Allgemeines

Wer die Pflegeversicherungsbeiträge der nach § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 und 12 SGB XI versicherungspflichtig Beschäftigten, die in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind, zu tragen hat, ist in § 58 Abs. 1 SGB XI geregelt. Nach Satz 1 dieser Vorschrift tragen diese Beschäftigten und ihre Arbeitgeber die nach dem Arbeitsentgelt zu bemessenden Beiträge grundsätzlich jeweils zur Hälfte. Den Beitragszuschlag für Kinderlose im Sinne des § 55 Abs. 3 SGB XI haben die Beschäftigten gemäß § 58 Abs. 1 Satz 3 SGB XI allein zu tragen.

Für andere Mitglieder der sozialen Pflegeversicherung als die versicherungspflichtig Beschäftigten im Sinne des § 58 Abs. 1 SGB XI gelten die Bestimmungen des § 59 SGB XI. Die Vorschrift hat – wie auch der vorangehende § 58 SGB XI – die Verteilung der Beitragslast zum Gegenstand, regelt also die Frage, wer den Pflegeversicherungsbeitrag endgültig zu tragen hat. Während § 58 SGB XI die Beitragslast für das Arbeitsentgelt derjenigen regelt, die aufgrund eines entgeltlichen Beschäftigungsverhältnisses in der gesetzlichen Krankenversicherung und in der sozialen Pflegeversicherung versicherungspflichtig sind, enthält § 59 SGB XI die Beitragslastregelung für alle anderen Mitglieder der sozialen Pflegeversicherung und bei allen Versicherten (auch den versicherungspflichtig Beschäftigten) für andere beitragspflichtige Einnahmen als das Arbeitsentgelt. Die Regelung zur Beitragslast in der sozialen Pflegeversicherung nach § 59 SGB XI entspricht nach dem Grundsatz „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“ weitgehend der GKV (§§ 249 bis 251 SGB V).

---

324 Diese und weitere Einzelheiten der Regelung sind in den Materialien begründet worden (vgl. die Entwurfsbegründung in BT-Drs. 14/3671, die Beschlussempfehlung und den Bericht des Bundestags-Ausschusses für Gesundheit und Soziale Sicherung in BT-Drs. 15/3837 sowie die Bundesrats-Drs. 749/04 [Vermittlungsausschuss])

325 Vgl. zur weiteren Begriffsbestimmung der Kinderlosigkeit Peters, in: Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, § 55 SGB XI Rn. 9 ff.

### 3.2.4.2. Beitragstragung bei in der GKV pflichtversicherten Betriebsrentenempfängern

In § 59 Abs. 1 Satz 1 SGB XI ist festgelegt, dass unter anderem für die nach § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 11 SGB XI versicherten Mitglieder der sozialen Pflegeversicherung, die in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind, für die Tragung der Beiträge die Bestimmung des § 250 Abs. 1 SGB V entsprechend gilt. Deshalb müssen nach § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 11 SGB XI pflichtversicherte Betriebsrentenempfänger die auf ihre Versorgungsbezüge entfallenden Pflegeversicherungsbeiträge in vollem Umfang selber tragen (§ 59 Abs. 1 Satz 1 SGB XI in Verbindung mit § 250 Abs. 1 Nr. 1 SGB V). Auch der Beitragszuschlag für Kinderlose nach § 55 Abs. 3 SGB XI ist gemäß § 59 Abs. 5 SGB XI von ihnen zu tragen.

### 3.2.4.3. Beitragstragung bei in der GKV freiwillig versicherten Betriebsrentenempfängern

Mitglieder der sozialen Pflegeversicherung, die in der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig versichert sind und damit auch die in der GKV nach § 9 SGB V freiwillig versicherten Rentner, tragen gemäß § 59 Abs. 4 Satz 1 SGB XI die auf ihre Versorgungsbezüge entfallenden Pflegeversicherungsbeiträge ebenfalls in vollem Umfang allein. Auch der Beitragszuschlag für Kinderlose nach § 55 Abs. 3 SGB XI ist gemäß § 59 Abs. 5 SGB XI von ihnen zu tragen.

## 4. Literaturverzeichnis

Baron von Maydell, Bernd/Ruland, Franz/Becker, Ulrich (Hrsg.), Sozialrechtshandbuch (SRH), 5. Auflage 2012, Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden

Becker, Ulrich/Kingreen, Thorsten, SGB V: Gesetzliche Krankenversicherung, Kommentar, 4. Auflage 2014, Verlag C. H. Beck, München

Beck'scher Online-Kommentar Sozialrecht, herausgegeben von Christian Rolfs, Richard Giesen, Ralf Kreikebohm und Peter Udsching, Stand: 1. März 2014, Edition 33, abruf im Internet über <http://www.beck-online.de>

Blomeyer, Wolfgang/Rolfs, Christian/Otto, Klaus, Betriebsrentengesetz: BetrAVG, Gesetz zur Verbesserung der betrieblichen Altersversorgung, Kommentar, 5. Auflage 2010, Verlag C. H. Beck, München

de Groot, Simone Evke, Fortführung der Pensionsfondsversorgung durch ausgeschiedene Arbeitnehmer – Postulat für ein Vertragssplitting nach dem Vorbild des BVerfG –, in: Der Betrieb (DB), Wochenschrift für Betriebswirtschaft, Steuerrecht, Wirtschaftsrecht und Arbeitsrecht, 2011, S. 532 - 535

Figge, Gustav/Minn, Norbert, Beitrags- und versicherungsrechtliche Änderungen in der Sozialversicherung zum Jahreswechsel 2013/2014, in: Der Betrieb (DB), Wochenschrift für Betriebswirtschaft, Steuerrecht, Wirtschaftsrecht und Arbeitsrecht, Beilage Nr. 5 zu Heft 50 vom 13. Dezember 2013, Seite 1 - 31

---

Fraedrich, Ingrid, Sozialversicherungsrechtliche Grundlagen der betrieblichen Altersversorgung, in: Neue Zeitschrift für Arbeitsrecht (NZA), 2012, S. 129 - 134

Giesen, Richard, Doppelte Erhebung von Sozialversicherungsbeiträgen in der betrieblichen Altersversorgung, in : Vierteljahresschrift für Sozialrecht (VSSR), 2005, S. 21 - 44 und 77 - 101

GKV-Spitzenverband (Hrsg.), 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) vom 27. Oktober 2008, zuletzt geändert am 27. November 2013, abrufbar im Internet unter [http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/grundprinzipien\\_1/finanzierung/beitragsbemessung/2013-11-27\\_Grundsaeetze\\_Beitraege\\_Selbstzahler\\_Fuenfte\\_Aend\\_BVerfGrds.pdf](http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/grundprinzipien_1/finanzierung/beitragsbemessung/2013-11-27_Grundsaeetze_Beitraege_Selbstzahler_Fuenfte_Aend_BVerfGrds.pdf)

Hager, Johannes, Der Krankenversicherungsbeitrag bei Auszahlung einer vom Arbeitnehmer finanzierten Direktversicherung, in: Neue Zeitschrift für Sozialrecht (NZS), 2011, Seite 801 - 808

Hager, Johannes, Die „institutionelle“ Betrachtung der betrieblichen Altersversorgung – zugleich Bemerkungen zu den Urteilen des BSG vom 30. März 2011, B 12 KR 16/10 R und B 12 KR 24/09 R –, in: Neue Zeitschrift für Sozialrecht (NZS), 2012, S. 281 - 283

Hauck, Karl/Noftz, Wolfgang (Hrsg.), Kommentar zum Sozialgesetzbuch (SGB), Loseblattwerk, Bearbeitungsstand: Oktober 2013, Erich Schmidt Verlag, Berlin

jurisPraxisKommentar SGB IV (jurisPK-SGB IV), herausgegeben von Rainer Schlegel, 2. Auflage, juris GmbH Saarbrücken 2011

jurisPraxisKommentar SGB V (jurisPK-SGB V), herausgegeben von Klaus Engelmann und Rainer Schlegel, 2. Auflage, juris GmbH Saarbrücken 2011

Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, herausgegeben von Stephan Leitherer, Loseblatt-Ausgabe, Stand: 81. Ergänzungslieferung 2014, Verlag C. H. Beck, München

Krauskopf, Dieter, Soziale Krankenversicherung/Pflegeversicherung, Loseblatt-Kommentar, herausgegeben von Regine Wagner und Stefan Knittel, 84. Ergänzungslieferung 2014, Verlag C. H. Beck, München

Küttner, Wolfdieter, Personalbuch 2014: Arbeitsrecht, Lohnsteuerrecht, Sozialversicherungsrecht, 21. Auflage 2014, Verlag C. H. Beck, München

Lehr- und Praxiskommentar Sozialgesetzbuch V: Gesetzliche Krankenversicherung, herausgegeben von Andreas Hänlein, Jürgen Kruse und Rolf Schuler, 4. Auflage 2012, Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden

Ludyga, Hannes, Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung für Kapitalleistungen aus Direktversicherungen – zugleich Besprechung der Urteile des BSG vom 30. März 2011 (B 12 KR

---

16/10 R) VersR 2012, 780 und (B 12 KR 24/09 R) VersR 2012, 776 –, in: Versicherungsrecht (VersR), Zeitschrift, 2012, S. 830 - 833

Reich, Torsten, Beitragsfreiheit in der Sozialversicherung bei privat fortgeführten Direktversicherungen und Pensionskassenversorgungen, in: Versicherungsrecht (VersR), Zeitschrift, 2011, S. 454 - 457

Rochlitz, Susanne, Doppelte Sozialversicherungspflicht in der betrieblichen Altersversorgung, in: Betriebliche Altersversorgung (BetrAV), Zeitschrift, 2007, S. 209 - 215

Rolfs, Christian, Die Beitragspflicht von Versorgungsbezügen, in: Kranken- und Pflegeversicherung (KrV), Zeitschrift, 2013, S. 45 - 50

Schlegel, Rainer, Aktuelles aus dem Sozialrecht – Neue Gesetzgebung – Gesundheitsreform – Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung, in: jurisPR-SozR 5/2003 Anmerkung 4; abruf im Internet über <http://www.juris.de>

Schulin, Bertram (Hrsg.), Handbuch des Sozialversicherungsrechts, Band 1: Krankenversicherungsrecht, 1. Auflage 1994, Verlag C. H. Beck, München

Sodan, Helge (Hrsg.), Handbuch des Krankenversicherungsrechts, 2. Auflage 2014, Verlag C. H. Beck, München

Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen (Hrsg.), Rundschreiben zur Durchführung des GKV-Modernisierungsgesetzes vom 12. Februar 2004, hier: Beitragsrechtliche Behandlung von Versorgungsbezügen nach dem ab 01.01.2004 geltenden Recht unter Berücksichtigung des maßgeblichen Beitragssatzes und der Einführung der Beitragspflicht von Kapitaleleistungen, abruf im Internet unter <http://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/156142/Datei/1431/Beitraege-Versorgungsbezeuge.pdf>

Spitzenverbände der Sozialversicherungsträger (Hrsg.), Rundschreiben vom 25. September 2008 zur beitragsrechtlichen Beurteilung von Beiträgen und Zuwendungen zum Aufbau betrieblicher Altersversorgung, abruf im Internet unter [http://www.deutscherentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3\\_Fachbereiche/02\\_arbeitgeber\\_steuerberater/01\\_betriebspruefdienst/02\\_publicationen/03\\_rundschreiben/2008/datei\\_2009\\_9\\_25\\_betragsrechtliche\\_beurteilung.pdf;jsessionid=E3E76D10DB30DEC87291742F8F33E066.cae01?blob=publicationFile&v=3](http://www.deutscherentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3_Fachbereiche/02_arbeitgeber_steuerberater/01_betriebspruefdienst/02_publicationen/03_rundschreiben/2008/datei_2009_9_25_betragsrechtliche_beurteilung.pdf;jsessionid=E3E76D10DB30DEC87291742F8F33E066.cae01?blob=publicationFile&v=3)

Uckermann, Sebastian, Die sozialversicherungsrechtliche Behandlung der Durchführungswege der betrieblichen Altersversorgung – Leitfaden für die Rechtsanwendung, in: Neue Zeitschrift für Sozialrecht (NZS), 2010, S. 489 – 492

Uckermann, Sebastian, Betriebliche Altersversorgung und Zeitwertkonten: Arbeits- und Sozialrecht, Steuer- und Bilanzrecht, 2. Auflage 2014, Verlag C. H. Beck, München



Uckermann, Sebastian/Fuhrmanns, Achim/Ostermayer, Franz/Doetsch, Peter A. (Hrsg.), Das Recht der betrieblichen Altersversorgung: Zivil-, Arbeits-, Steuer-, Bilanz- und Sozialversicherungsrecht, Kommentar, 1. Auflage 2014, Verlag C. H. Beck, München

