

**Verfahrensbeschreibung
der Beitragsabführung
zur Kranken- und Pflegeversicherung
durch die Zahlstellen von Versorgungsbezügen
(Zahlstellenverfahren)
vom 5. November 2009,
gültig ab 1. Januar 2010**

Das Meldeverfahren zwischen den Zahlstellen von Versorgungsbezügen (Zahlstellen) und den Krankenkassen ist in § 202 Sozialgesetzbuch - Fünftes Buch (SGB V) normiert. Zur Sicherstellung einer einheitlichen Verfahrensweise ist in der Vergangenheit eine zwischen den Beteiligten abgestimmte Beschreibung zum Zahlstellenverfahren erstellt worden. Diese Beschreibung beinhaltet, welche Aktivitäten im Rahmen des Meldeverfahrens durch die Krankenkassen und die Zahlstellen im Einzelnen durchzuführen sind.

Das Meldeverfahren erfolgte bisher als „manuelles Verfahren“ in Papierform. Durch die mit Wirkung zum 1. Januar 2009 in Kraft getretene Änderung des § 202 SGB V ist die Einführung eines maschinell unterstützten Zahlstellen-Meldeverfahrens vorgesehen. Während die Zahlstellen an diesem Verfahren seit dem 1. Januar 2009 zunächst optional teilnehmen können, ist das maschinelle Zahlstellen-Meldeverfahren für die Krankenkassen im Falle der Teilnahme einer Zahlstelle an dem maschinellen Zahlstellen-Meldeverfahren seither verpflichtend anzuwenden. Hierzu wurden entsprechende Datensätze abgestimmt, die für das maschinell unterstützte Zahlstellen-Meldeverfahren zu verwenden sind.

Das maschinelle Meldeverfahren wird entsprechend der gesetzlichen Regelung ab dem 1. Januar 2011 auch für die Zahlstellen verpflichtend.

Vor diesem Hintergrund wurde die bestehende Beschreibung zum Zahlstellenverfahren vor den jeweiligen Ausführungen um Hinweise ergänzt, die verdeutlichen sollen, wie die einzelnen Tatbestände im maschinellen Zahlstellen-Meldeverfahren abgebildet werden.

Die über die bisherige Verfahrensbeschreibung hinausgehenden gesonderten Absprachen, z. B. mit den Zusatzversorgungen des öffentlichen Dienstes, können ab dem 1. Januar 2011 im Rahmen des maschinellen Zahlstellen-Meldeverfahrens keine Anwendung mehr finden.

Die vorliegende Beschreibung zum Zahlstellenverfahren löst mit Wirkung ab 1. Januar 2010 die bisherige Beschreibung zum Zahlstellenverfahren vom 12. Januar 2006 ab.

<i>Lfd. Nr.</i>	<i>Vorgang</i>	<i>Krankenkasse</i>	<i>Zahlstelle</i>	<i>Bemerkungen</i>
1.	Ermittlung der für den Versorgungsempfänger zuständigen Krankenkasse (§ 202 Abs. 1 Satz 1 bis 3 SGB V; § 50 Abs. 1 Satz 2 SGB XI)	---	Anfrage an den Versorgungsempfänger, bei welcher Krankenkasse dieser versichert ist. Meldepflicht des Versorgungsempfängers gegenüber der Zahlstelle.	Bei Beantragung bzw. vor Gewährung eines Versorgungsbezuges oder bei Beendigung der Mitgliedschaft ist die zuständige Krankenkasse immer durch die Zahlstelle zu ermitteln. Der Versorgungsempfänger hat der Zahlstelle seine Krankenkasse anzugeben und einen Kassenwechsel sowie die Aufnahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung anzuzeigen.
2.	Die Meldung der Zahlstelle an die Krankenkasse erfolgt mit dem Datensatz DSVZ (Datenaustausch Zahlstellen/Krankenkasse). Die Details zum Beginn und der Höhe der Versorgungsbezüge erfolgt für jeden einzelnen Versorgungsbezug über den Datenbaustein DBZK (Meldung der Zahlstelle an die Krankenkasse). Die Personalien des Versorgungsbeziehers sind im Datenbaustein DBNA (Name) und bei fehlender Krankenversicherungsnummer zusätzlich im Datenbaustein DBGA (Geburtsangaben) zu dokumentieren. Bei Grund der Meldung = 1 im Datenbaustein DBZK muss zusätzlich der Datenbaustein DBAN (Anschrift) bestückt werden. Meldung der Zahlstelle an die Krankenkasse über Beginn und Höhe der Versorgungsbezüge (§ 202 Abs. 1 Satz 1 SGB V; § 50 Abs. 1 Satz 2 SGB XI)	---	Die Meldung enthält: <ul style="list-style-type: none"> • Zahlstellenummer • Name, Vorname, Geburtsdatum und Anschrift des Versorgungsempfängers • Aktenzeichen/Personalkennziffer der Zahlstelle • Betriebsnummer der Krankenkasse (wenn bekannt) • Krankenversicherungsnummer (wenn bekannt) • Grund der Meldung: Beginn = 1 • Beginn des Versorgungsbezuges • Höhe des monatlichen Versorgungsbezuges (wenn bekannt) <ul style="list-style-type: none"> • bei einer Kapitalleistung oder Kapitalisierung des Versorgungsbezuges deren Höhe, Zeitpunkt der Auszahlung und ggf. der Zeitraum der Kapitalisierung Es ist anzugeben, ob der Versorgungsempfänger nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit und Pflege Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge hat (wenn bekannt).	Ohne unfallbedingte Erhöhungsbeträge Ist die Höhe der Versorgungsbezüge noch nicht bekannt, ist diese mit einer späteren Veränderungsmeldung (lfd. Nr. 12) zu melden. Die Höhe der monatlichen Versorgungsbezüge ist auch anzugeben, wenn die Versorgungsbezüge in größeren Zeitabständen als monatlich ausgezahlt werden. Bei einer Kapitalleistung oder Kapitalisierung des Versorgungsbezuges ist auch der privat finanzierte Anteil zu melden. Bei Ratenzahlungen ist der Gesamtbetrag anzugeben.

<i>Lfd. Nr.</i>	<i>Vorgang</i>	<i>Krankenkasse</i>	<i>Zahlstelle</i>	<i>Bemerkungen</i>
3.	Prüfung der Beitragspflicht durch die Krankenkasse (§ 202 Abs. 1 Satz 4 SGB V)	Feststellung, ob, ab wann und bis zu welcher Höhe Versorgungsbezüge beitragspflichtig sind.	---	---
4.	Meldung der Krankenkasse an die Zahlstelle über die Beitragsabführungspflicht (§ 202 Abs. 1 Satz 4 SGB V; § 50 Abs. 1 Satz 2 SGB XI)	<p>Die Meldung enthält:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zahlstellennummer • Name, Vorname, Geburtsdatum und Anschrift des Versicherten • Aktenzeichen/Personalkennziffer der Zahlstelle • Betriebsnummer der Krankenkasse • Krankenversichertennummer • Grund der Meldung: Beginn = 1 • Beitragsabführungspflicht ab..... nein (KV + PV) = 1 ja (KV + PV) = 2 ja (nur KV) = 3 		<p>Nach Eingang der Meldung der Zahlstelle (s. Nr. 2) gibt die Krankenkasse ihre Meldung unverzüglich gegenüber der Zahlstelle ab.</p> <p>Für die Zusatzversorgung des öffentlichen Dienstes gilt bis zum 31. Dezember 2010 die Besonderheit, dass die grundsätzliche Beitragspflicht im Vorfeld von der Krankenkasse bescheinigt wird. Hierzu wird der Teil 2 der Anlage zum Rentenantrag durch die Krankenkasse ausgefüllt und an den Versicherten zurückgegeben. Durch diese Meldung erübrigt sich zunächst eine Meldung nach Nr. 4. Treten nach der Rentenantragstellung Änderungen ein, erfolgt eine Meldung der Krankenkasse nach Nr. 12.</p> <p>Beitragsabführungspflicht wird verneint, wenn die monatliche Beitragsbemessungsgrenze (BBG) der Kranken- und Pflegeversicherung bereits durch andere Einnahmen erreicht wird.</p> <p>Bei Überschreiten der BBG <u>und</u> gleichzeitigem Mehrfachbezug kann die Krankenkasse im Interesse aller Beteiligten die Beiträge direkt vom Versicherten erheben; in diesen Fällen wird Beitragsabführungspflicht verneint.</p> <p>Beitragsabführungspflicht wird auch angegeben, wenn der monatliche Versorgungsbezug nicht mehr als 1/20 der monatlichen Bezugsgröße (§ 226 Abs. 2 SGB V) beträgt. In diesen Fällen sind Beiträge nur in den Monaten einzubehalten, in denen der einzelne Versorgungsbezug (z.B. aufgrund von Einmalzahlungen) die Beitragsuntergrenze überschreitet.</p>

<i>Lfd. Nr.</i>	<i>Vorgang</i>	<i>Krankenkasse</i>	<i>Zahlstelle</i>	<i>Bemerkungen</i>
noch 4.		<p>ja (KV + PV) Beihilfe-/Heilfürsorge- berechtigter = 4</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beitragssatz KV <ul style="list-style-type: none"> • Mehrfachbezug nein = 1 ja = 2 ja, Geringbezieher = 3 	<p>Die Zahlstelle hat die Feststellung der Elterneigen- schaft vorzunehmen.</p>	<p>Als Beihilfe-/Heilfürsorgeberechtigte werden nur solche Perso- nen gekennzeichnet, deren Ansprüche aus beamtenrechtli- chen Vorschriften oder Grundsätzen resultieren und demzu- folge in der PV nur den halben Beitragssatz zu entrichten haben.</p> <p>Es ist der allgemeine Beitragssatz in der KV (§ 241 SGB V i.V.m. § 1 GKV-BSV) anzugeben. Dies gilt auch für Renten der Alterssicherung der Landwirte (§ 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V) mit der Maßgabe, dass hier anstelle des allgemeinen Beitragssatzes lediglich die Hälfte des allgemeinen Beitrags- satzes berücksichtigt wird.</p> <p>In der PV gilt einheitlich für alle Pflegekassen der gesetzlich festgelegte Beitragssatz; eine Angabe erübrigt sich somit. Bei Beihilfe-/Heilfürsorgeberechtigten ist in der PV der halbe Beitragssatz zugrunde zu legen (§ 55 Abs. 1 Satz 2 SGB XI).</p> <p>Für Kinderlose ist der Beitragssatz um 0,25 Prozentpunkte zu erhöhen (§ 55 Abs. 3 SGB XI).</p> <p>Ist Mehrfachbezug mit 2 oder 3 verschlüsselt, sind Änderun- gen in der Höhe des Versorgungsbezuges der Krankenkasse in jedem Fall zu melden.</p> <p>Ist Beitragsabführungspflicht bejaht und Mehrfachbezug mit 2 verschlüsselt, sind Beiträge auch dann einzubehalten und abzuführen, wenn der einzelne Versorgungsbezug unter der Beitragsuntergrenze liegt.</p> <p>Ist Beitragsabführungspflicht bejaht und Mehrfachbezug mit 3 verschlüsselt, sind Beiträge nur in den Monaten einzubehalten und abzuführen, in denen der einzelne Versorgungsbezug (z.B. aufgrund von Einmalzahlungen) die Beitragsuntergrenze überschreitet.</p>

<i>Lfd. Nr.</i>	<i>Vorgang</i>	<i>Krankenkasse</i>	<i>Zahlstelle</i>	<i>Bemerkungen</i>
noch 4.		<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="638 177 1055 233">• maximal beitragspflichtiger Versorgungsbezug (VB-max) <li data-bbox="638 675 1055 754">• Anpassung des VB-max durch Zahlstelle möglich nein = 1 ja = 2 <li data-bbox="638 1062 1055 1201">• Veränderungsmeldungen der Zahlstelle hinsichtlich der Höhe des Versorgungsbezuges erforderlich nein = 1 ja = 2 	<p data-bbox="1086 1230 1547 1286">Rücklaufüberwachung hinsichtlich der Meldung der Krankenkassen</p>	<p data-bbox="1579 177 2136 284">Der VB-max wird bei pflichtversicherten Rentnern wie folgt ermittelt: BBG abzüglich Zahlbetrag der gesetzlichen Rente(n) und ggf. weiterer Versorgungsbezüge.</p> <p data-bbox="1579 316 2058 339">Beiträge sind höchstens aus dem VB-max abzuführen.</p> <p data-bbox="1579 371 2136 531">Sofern Renten der Alterssicherung der Landwirte (§ 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V) zusammen mit anderen Versorgungsbezügen die BBG überschreiten, ist auf Antrag des Versicherten oder einer Zahlstelle von der Krankenkasse eine Verhältnisrechnung in entsprechender Anwendung des § 22 SGB IV vorzunehmen.</p> <p data-bbox="1579 563 2136 643">Rentenerhöhungen (Anpassungen zum 01.07. jeden Jahres) und Erhöhungen der BBG (zum 01.01. jeden Jahres) entnehmen die Zahlstellen den einschlägigen Veröffentlichungen.</p> <p data-bbox="1579 730 2136 866">Bei Bezug von Arbeitsentgelt oder bei mehrfachem Versorgungsbezug ist beispielsweise eine Anpassung eines angelegenen VB-max durch die Zahlstellen nicht möglich. Im Zweifelsfall stimmt die Krankenkasse mit der Zahlstelle ab, ob dieser eine Anpassung des VB-max möglich ist.</p> <p data-bbox="1579 898 2136 946">Bei Rentenerhöhungen ist der VB-max von den Zahlstellen entsprechend zu vermindern.</p> <p data-bbox="1579 978 2136 1026">Bei Erhöhungen der BBG ist der VB-max von den Zahlstellen entsprechend zu erhöhen.</p> <p data-bbox="1579 1058 2136 1137">Veränderungsmeldungen sind z.B. erforderlich, wenn die Krankenkasse die Beiträge selbst einzieht oder Mehrfachbezug vorliegt.</p>

<i>Lfd. Nr.</i>	<i>Vorgang</i>	<i>Krankenkasse</i>	<i>Zahlstelle</i>	<i>Bemerkungen</i>
5.	Mitteilung an den Versicherten (§ 202 Abs. 1 Satz 4 SGB V; § 50 Abs. 1 Satz 2 SGB XI)	Mitteilung über Beginn der Beitragspflicht und Höhe des Beitragssatzes in der KV und PV	---	Der Versorgungsempfänger wird darüber unterrichtet, dass die Krankenkasse die Zahlstelle veranlasst hat, den Beitrag zur KV und/oder PV einzubehalten und bei Veränderung des beitragspflichtigen Versorgungsbezuges auf der Grundlage des jeweils maßgebenden Beitragssatzes anzupassen, oder ob er die Beiträge selbst zu zahlen hat.
6.	Beitragsabzug durch die Zahlstelle (§ 256 Abs. 1 und 2 SGB V; § 60 Abs. 1 Satz 2 SGB XI)	---	Berechnung (Bemessungsgrundlage x Beitragssatz; auf zwei Stellen nach dem Komma kaufmännisch gerundet), Einbehalt und Abführung der Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung von den Versorgungsbezügen, bei rückständigen Beiträgen Einbehalt aus dem weiterhin zu zahlenden Versorgungsbezug unter Berücksichtigung der Vorschriften zur Aufrechnung nach § 51 Abs. 2 SGB I und zur Verjährung nach § 25 SGB IV.	<p>Bemessungsgrundlage ist die Summe der in einem Abrechnungszeitraum (z. B. Kalendermonat) anfallenden laufenden und einmalig gezahlten Versorgungsbezüge bis zur BBG unter Berücksichtigung der Renten der gesetzlichen Rentenversicherung oder des Arbeitsentgelts aus einer versicherungspflichtigen Beschäftigung (VB-max).</p> <p>Bei der Beitragsberechnung ist zur Pflegeversicherung der Beitragzuschlag für Kinderlose nach § 55 Abs. 3 SGB XI zu berücksichtigen. Der Beitragzuschlag in der Pflegeversicherung ist nicht zu zahlen, wenn der Versorgungsempfänger der Zahlstelle die Elterneigenschaft in geeigneter Form nachweist. Die Zahlstelle hat die Feststellung der Elterneigenschaft vorzunehmen (vgl. auch Ausführungen zu Nr. 4).</p> <p>Es ist eine zeitgenaue Beitragsberechnung vorzunehmen. Aus Vereinfachungsgründen kann die Beitragsberechnung aber auch nach dem Zuflussprinzip erfolgen. In diesen Fällen gelten der Beitragssatz und die BBG des Berechnungsmonats. Dieses Verfahren ist allerdings nicht bei Nachberechnungen anzuwenden, wenn</p> <ul style="list-style-type: none"> • der laufende Versorgungsbezug und die Nachzahlung zusammen den VB-max des Auszahlungszeitraumes für die Nachzahlung überschreitet oder • die Nachzahlungen Zeiten bis zum 31.12.2003 betreffen. <p>In diesen Fällen ist eine zeitgenaue Beitragsberechnung für den Nachzahlungszeitraum vorzunehmen.</p>

<i>Lfd. Nr.</i>	<i>Vorgang</i>	<i>Krankenkasse</i>	<i>Zahlstelle</i>	<i>Bemerkungen</i>
noch 6.				<p>Beiträge sind auch aus nachgezahlten Versorgungsbezügen mit folgender Maßgabe zu berechnen und abzuführen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Überschreiten die laufenden Versorgungsbezüge in dem Monat, in dem die Nachzahlung ausgezahlt wird, 1/20 der monatlichen Bezugsgröße nicht, unterbleibt der Beitragsabzug aus der Nachzahlung. • Überschreiten die laufenden Versorgungsbezüge in dem Monat, in dem die Nachzahlung ausgezahlt wird, 1/20 der monatlichen Bezugsgröße, sind Beiträge auch aus der Nachzahlung zu erheben. <p>Sofern aus Nachzahlungen Beiträge zu erheben sind, bleibt bei der Anwendung des Zuflussprinzips der VB-max dann unberücksichtigt, wenn der erhöhte laufende Versorgungsbezug den VB-max nicht übersteigt.</p> <p>Evtl. zu viel einbehaltene Beiträge zur KV und PV werden von der Krankenkasse erstattet, sofern die Zahlstelle nicht von sich aus (durch Verrechnung) eine Erstattung vornimmt.</p>
7.	<p>Der Beitragsnachweis kann auch in elektronischer Form übermittelt werden. Hierzu wurde den Spitzenorganisationen der Zahlstellen eine entsprechende Datensatzbeschreibung zur Verfügung gestellt (Datensatzbeschreibung für die Datenübermittlung des Beitragsnachweises für die Bezieher von Versorgungsbezügen von den Zahlstellen an die Datenannahmestellen der Krankenkassen). Mit der Verpflichtung, die Meldungen über die Beitragspflicht von Versorgungsbezügen im maschinellen Verfahren abzugeben, geht auch die Verpflichtung einher, Beitragsnachweise nur noch in elektronischer Form zu übermitteln.</p>	---	<p>Beitragsnachweis je Krankenkasse bzw. Geschäftsstelle und Abrechnungszeitraum</p> <ul style="list-style-type: none"> • Name und Betriebsnummer der Krankenkasse • Abrechnungszeitraum • Beitragssatz zur KV • Beitrag in EUR zur KV • Beitragssatz zur PV • Beitrag in EUR zur PV • Name und Anschrift der Zahlstelle • Zahlstellenummer <p>Evtl. ist ein Summenblatt für die Inkassostelle zu erstellen.</p>	<p>Die Befügung von Einzelaufstellungen mit Namen, Höhe des Versorgungsbezugs oder sonstiger Angaben einzelner Versorgungsempfänger ist nicht erforderlich.</p>

<i>Lfd. Nr.</i>	<i>Vorgang</i>	<i>Krankenkasse</i>	<i>Zahlstelle</i>	<i>Bemerkungen</i>
8.	Beitragsliste/Bestandsliste bei der Zahlstelle (§ 256 Abs. 1 SGB V; § 60 Abs. 1 Satz 2 SGB XI)	---	<p>Beitragsliste/Bestandsliste je Krankenkasse bzw. Geschäftsstelle</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zahlstellenummer • Name und Betriebsnummer der Krankenkasse • Abrechnungszeitraum • Name, Vorname und Geburtsdatum des Versorgungsempfängers • je Versorgungsempfänger <ul style="list-style-type: none"> ▪ lfd. Nummer ▪ Krankenversicherternummer ▪ Aktenzeichen ▪ Bruttobezüge ▪ Beitrag in EUR zur KV ▪ Beitrag in EUR zur PV • Gesamtsumme <p>Evtl. ist ein Summenblatt für die Inkassostelle zu erstellen.</p>	Die Beitragsliste/Bestandsliste wird den Krankenkassen einmal jährlich, nach Absprache mit der Zahlstelle, zur Verfügung gestellt.
9.	Beitragsentrichtung (§ 256 Abs. 1 SGB V; § 60 Abs. 1 Satz 2 SGB XI)		<p>Überweisungen sind an die jeweilige Krankenkasse bzw. Geschäftsstelle zu tätigen.</p> <p>Evtl. ist an die Inkassostelle unter Angabe der Zahlstellenummer und des Bezugsmonats zu überweisen.</p>	<p>Die Beiträge werden fällig mit der Auszahlung der Versorgungsbezüge, von denen sie einzubehalten sind. Dies gilt auch, für Versorgungsbezüge die in größeren Zeitabständen als monatlich gezahlt werden.</p> <p>Die Beiträge zur KV und zur PV können in einer Summe an die zuständige Krankenkasse überwiesen werden. Auf der Überweisung ist die Zahlstellenummer anzugeben.</p>
10.	Die Meldung der Zahlstelle an die Krankenkasse erfolgt mit dem Datensatz DSVZ (Datenaustausch Zahlstellen/Krankenkasse). Die Details zur Änderung der Höhe der Versorgungsbezüge sowie des Änderungszeitpunktes erfolgt für jeden einzelnen Versorgungsbezug über den Datenbaustein DBZK (Meldung der Zahlstelle an die Krankenkasse). Die Personalien des Versorgungsbeziehers sind im Datenbaustein DBNA (Name) und bei fehlender Krankenversicherternummer zusätzlich im Datenbaustein DBGA (Geburtsangaben) zu dokumentieren. Bei Grund der Meldung = 1 im Datenbaustein DBZK muss zusätzlich der Datenbaustein DBAN (Anschrift) bestückt werden.			
	Meldung der Zahlstelle an die Krankenkasse über Veränderungen der Versorgungsbezüge (§ 202 Abs. 1 Satz 1 SGB V; § 50 Abs. 1 Satz 2 SGB XI)	---	<p>Die Meldung enthält:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zahlstellenummer • Name, Vorname, Geburtsdatum und Anschrift des Versorgungsempfängers • Aktenzeichen/Personalkennziffer der Zahlstelle • Betriebsnummer der Krankenkasse • Krankenversicherternummer • Grund der Meldung: Änderung = 2 • Zeitpunkt der Änderung • Höhe des monatlichen Versorgungsbezuges 	<p>Veränderungsmeldungen sind erforderlich, wenn die Krankenkasse die Beiträge zur KV und/oder PV selbst einzieht oder der Versorgungsempfänger als Mehrfachbezieher gekennzeichnet ist.</p> <p>In diesen Fällen sind Änderungsmeldungen auch dann zu erstatten, wenn sich der Zahlbetrag der Versorgungsbezüge durch Gewährung einer Einmalzahlung (z. B. Weihnachtsgeld) erhöht. Es ist einmal für den Monat, in dem die Einmalzahlung gewährt wird, eine Meldung abzugeben; darüber hinaus muss für die anschließende Zeit wiederum der laufende Versorgungsbezug gemeldet werden. Wenn möglich, sollten beide Meldungen zusammen abgegeben werden.</p> <p>Soweit der Zahlstelle eine Zuordnung von Meldungen oder Beantwortungen von Rückfragen nur über das aktuell gültige Aktenzeichen möglich ist, sind der Krankenkasse geänderte Aktenzeichen zu melden.</p>

Lfd. Nr.	Vorgang	Krankenkasse	Zahlstelle	Bemerkungen
11.	Die Sammelmeldungen in Form einer Liste sind im Rahmen des maschinell unterstützten Zahlstellen-Meldeverfahren nicht mehr vorgesehen. Hier hat in jedem Einzelfall eine entsprechende Abmeldung durch die insolvente oder in einer Fusion aufgegangene Zahlstelle und durch den jeweiligen Rechtsnachfolger eine entsprechende Neuanmeldung zu erfolgen.			
	Meldung der Zahlstelle an die Krankenkasse über eine Insolvenz oder eine Fusion	---	Die jeweiligen An- und Abmeldungen können in Form einer Liste (Sammelmeldung) der zuständigen Krankenkasse erstattet werden.	<p>Bei Fusionen von Zahlstellen hat die bisherige Zahlstelle eine Abmeldung und die neue Zahlstelle eine Anmeldung an die zuständige Krankenkasse abzugeben.</p> <p>Bei Insolvenzen ist die Abmeldung der Versorgungsbezieher von der Zahlstelle oder dem Insolvenzverwalter zum letzten Tag des Monats, für den die Versorgungsbezüge gezahlt werden, vorzunehmen. Sofern der Versorgungsbezug über den Pensionssicherungsverein weiter gezahlt wird, ist die Krankenkasse mit der Abmeldung darauf hinzuweisen.</p>
12.	Die nachstehend aufgeführten Schlüsselzahlen entsprechen den erforderlichen Daten, die im Rahmen des maschinell unterstützten Zahlstellen-Meldeverfahren zu verwenden sind.			
	Meldung der Krankenkasse an die Zahlstelle über Veränderungen und das Ende der Beitragsabführungspflicht (§ 202 Abs. 1 Satz 4 SGB V; § 50 Abs. 1 Satz 2 SGB XI)	<p>Die Meldung enthält:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zahlstellenummer • Name, Vorname, Geburtsdatum und Anschrift des Versicherten • Aktenzeichen/Personalkennziffer der Zahlstelle • Betriebsnummer der Krankenkasse • Krankenversichertennummer • Grund der Meldung: <ul style="list-style-type: none"> Änderung = 2 • Abmeldung wegen Ende der Beitragsabführungspflicht <ul style="list-style-type: none"> Krankenkassenwechsel = 6 Ende der Rente = 7 Ende der Mitgliedschaft = 8 Ende wegen Tod = 9 • Zeitpunkt der Änderung • Beitragsabführungspflicht <ul style="list-style-type: none"> nein (KV + PV) = 1 ja (KV + PV) = 2 ja (nur KV) = 3 ja (KV + PV) <ul style="list-style-type: none"> Beihilfe-/Heilfürsorgeberechtigter = 4 ab • Beitragssatz KV • Mehrfachbezug <ul style="list-style-type: none"> nein = 1 ja = 2 ja, Geringbezieher = 3 	Das Ende des Abzugsverfahrens und ggf. Ermittlung der für den Versorgungsempfänger zuständigen neuen Krankenkasse/Pflegekasse ist zu melden.	<p>Bei den Meldegründen 6 bis 9 sind Angaben zur Beitragsabführungspflicht, zum Beitragssatz, zum Mehrfachbezug, zur Anpassung und Höhe des VB-max nicht erforderlich. Eine Meldung über das Ende der Beitragsabführungspflicht ist durch die Krankenkasse unabhängig davon abzugeben, ob tatsächlich Beiträge abzuführen waren.</p> <p>Bei einem Krankenkassenwechsel sind - wenn bekannt - die neue Krankenkasse und deren Betriebsnummer anzugeben.</p>

<i>Lfd. Nr.</i>	<i>Vorgang</i>	<i>Krankenkasse</i>	<i>Zahlstelle</i>	<i>Bemerkungen</i>
noch 12.		<ul style="list-style-type: none"> • Anpassung des VB-max durch Zahlstelle möglich nein = 1 ja = 2 • ggf. VB-max • Veränderungsmeldungen der Zahlstelle hinsichtlich der Höhe des Versorgungsbezuges erforderlich nein = 1 ja = 2 		
13.	Im Rahmen des maschinell unterstützten Zahlstellen-Meldeverfahrens ist bei der der Kapitalisierung eines laufenden Versorgungsbezuges zunächst eine Meldung über das Ende des laufenden Versorgungsbezuges und anschließend eine Meldung über die Kapitalisierung gegenüber der Krankenkasse abzusetzen.			
	Meldung der Zahlstelle an die Krankenkasse über das Ende des Versorgungsbezuges, sofern keine Meldung nach lfd. Nr. 12 vorliegt (§ 202 Abs. 1 Satz 1 SGB V; § 50 Abs. 1 Satz 2 SGB XI)	---	<p>Die Meldung enthält:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zahlstellennummer • Name, Vorname, Geburtsdatum und Anschrift des Versorgungsempfängers • Aktenzeichen/Personalkennziffer der Zahlstelle • Betriebsnummer der Krankenkasse • Krankenversicherthenummer • Grund der Meldung: Ende = 3 • Ende des Versorgungsbezuges <p>Bei einer Kapitalisierung laufender Versorgungsbezüge ist deren Höhe, Zeitpunkt der Auszahlung und ggf. Zeitraum anzugeben.</p>	Wird ein bisher laufender Versorgungsbezug kapitalisiert, sind hier die Angaben zum kapitalisierten Betrag erforderlich. Bei Ratenzahlungen ist der Gesamtbetrag anzugeben.
14.	Überwachung der Beitragsentrichtung durch die Krankenkasse (§ 256 Abs. 3 SGB V; § 60 Abs. 1 Satz 2 SGB XI)	---	Die Zahlstelle wird durch die Krankenkassen hinsichtlich des Meldeverfahrens und der Beitragsentrichtung geprüft.	Die Zahlstellenprüfung wird nach der Maßgabe der Beschreibung zum Zahlstellenüberwachungsverfahren in der jeweils geltenden Fassung durchgeführt.