

24. Oktober 2019

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner zum 1. Januar 2020

Dieses Gemeinsame Rundschreiben beschreibt im Wesentlichen, unter welchen Voraussetzungen Bezieher einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung und Personen in der Rentenantragsphase in der gesetzlichen Krankenversicherung und in der sozialen Pflegeversicherung versicherungspflichtig sind. Der Fokus liegt dabei auf der Versicherungspflicht in der sog. Krankenversicherung der Rentner (KVdR) nach § 5 Absatz 1 Nr. 11, Nr. 11a, Nr. 11b Buchstabe a und Nr. 12 SGB V und auf der Pflichtmitgliedschaft von Rentnerantragstellern nach § 189 SGB V.

Die Voraussetzungen der Versicherungspflicht für Empfänger einer Waisenleistung einer berufsständischen Versorgungseinrichtung nach § 5 Absatz 1 Nr. 11b Buchstabe b SGB V werden hingegen in den Grundsätzlichen Hinweisen „Versicherungs-, beitrags- und melderechtliche Regelungen für Versorgungsbezüge, Arbeitseinkommen und gesetzliche Renten aus dem Ausland bei Versicherungspflichtigen“ des GKV-Spitzenverbandes in der jeweils geltenden Fassung behandelt.

Des Weiteren werden das Krankenkassenwahlrecht für Rentenbezieher und Rentnerantragsteller, die Grundsätze des KVdR-Meldeverfahrens ab der Rentnerantragstellung zwischen den Beteiligten (Rentnerantragsteller, Krankenkasse und Rentenversicherungsträger) sowie das Beitragsrecht der Rentenbezieher und Rentnerantragsteller behandelt.

Die Ausführungen in diesem Gemeinsamen Rundschreiben dienen dem Ziel einer einheitlichen Rechtsauffassung und einheitlichen Anwendung in der Praxis sowohl bei den Krankenkassen als auch bei den Rentenversicherungsträgern.

Das Gemeinsame Rundschreiben zur Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner zum 1. Januar 2018 vom 5. Dezember 2017 war aufgrund zwischenzeitlicher gesetzlicher Änderungen zu überarbeiten. Dazu gehören insbesondere

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

- Änderungen durch das Gesetz zur Beitragsentlastung der Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versichertenentlastungsgesetz - GKV-VEG) vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I Seite 2387), u. a.
 - Herstellung der vollständigen Beitragsparität für Rentner und Rentenversicherungsträger durch jeweils hälftige Tragung des Zusatzbeitrags ab 1. Januar 2019 und
 - Änderung der Voraussetzungen für die Befreiung von der Versicherungspflicht in der Krankenversicherung als Auswirkung des Urteils des Bundessozialgerichts vom 27. April 2016 - B 12 KR 24/14 R -, USK 2016-30, ab 15. Dezember 2018 sowie
- Änderungen durch das Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz - TSVG) vom 6. Mai 2019 (BGBl. I Seite 646), u. a.
 - Einschränkungen der Anrechnung von drei Jahren für ein Adoptivkind oder ein Stiefkind auf die Vorversicherungszeit in der KVdR ab 11. Mai 2019,
 - Einbeziehung von Personen, die nach Vollendung des 18. Lebensjahres einen Antrag auf Waisenrente stellen und ohne die Rentenantragstellermemberschaft familienversichert wären, in die Beitragsfreiheit während der Rentenantragstellermemberschaft ab 11. Mai 2019 und
 - Schaffung der Voraussetzungen für die Erhebung von Beiträgen auf Nachzahlungen von Renten und Versorgungsbezügen, soweit die Beiträge mittels Bescheid von der Krankenkasse erhoben werden, ab 11. Mai 2019.

Daneben sind einzelne veränderte Rechtsauslegungen sowie Klarstellungen in dieses Gemeinsame Rundschreiben eingeflossen.

Soweit in diesem Gemeinsamen Rundschreiben der Begriff „Rente“ ohne Zusätze verwendet wird, ist darunter eine Rente der deutschen gesetzlichen Rentenversicherung zu verstehen. Soweit die Begriffe „Zusatzbeitrag“ oder „Zusatzbeitragssatz“ ohne Zusätze Verwendung finden, ist damit der kassenindividuelle Zusatzbeitrag/Zusatzbeitragssatz gemeint. Weitere Begriffserklärungen enthält das Glossar (Anhang 2).

Dieses Rundschreiben löst das Gemeinsame Rundschreiben “Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner zum 1. Januar 2018“ ab.

Hinweis:

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf geschlechterspezifische Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen in diesem Gemeinsamen Rundschreiben gelten daher gleichermaßen für alle Geschlechter.

Inhaltsverzeichnis Seite

A Krankenversicherung der Rentner 8

A I	Versicherungspflicht.....	8
A I 1	Allgemeines	15
A I 1.1	Aktuelles Recht	15
A I 1.2	Übergangsregelungen/Besitzstandsregelungen nach dem Gesundheits- Reformgesetz und dem Gesundheitsstrukturgesetz ab dem 1. Januar 1989	16
A I 1.3	Auswirkungen durch das 10. SGB V – Änderungsgesetz ab 1. April 2002.....	17
A I 1.3.1	Optionsrecht für freiwillig versicherte Rentner	17
A I 1.3.2	Auswirkungen des Optionsrechts auf den familienversicherten Rentner	18
A I 2	Personenkreis	19
A I 3	Voraussetzungen	19
A I 3.1	Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung	19
A I 3.2	Rentenantrag	22
A I 3.3	Vorversicherungszeit nach § 5 Absatz 1 Nr. 11 SGB V	22
A I 3.3.1	Rahmenfrist.....	24
A I 3.3.2	Neun-Zehntel-Belegung	26
A I 3.3.3	Anrechenbare Versicherungszeiten.....	29
A I 3.3.4	Anrechenbare Zeiten für Kinder	31
A I 3.3.4.1	Allgemeines	31
A I 3.3.4.2	Kreis der berücksichtigungsfähigen Kinder	31
A I 3.3.4.3	Pauschale Anrechnung von drei Jahren für jedes Kind.....	31
A I 3.3.4.4	Nachweis eines Kindes	32
A I 3.3.4.5	Bestandsfälle (Rentenanträge vor dem 1. August 2017).....	33
A I 3.3.5	Über- und zwischenstaatliches Recht.....	34
A I 3.3.5.1	VO (EG) 883/04 und VO (EWG) 1408/71	34
A I 3.3.5.2	Bilaterale Abkommen über Soziale Sicherheit.....	35
A I 3.3.5.3	Sozialversicherungsabkommen der früheren DDR	36
A I 3.3.6	Überschneidung mehrerer anrechenbarer Zeiten	36
A I 3.4	Vorversicherungszeit nach § 5 Absatz 1 Nr. 11a SGB V	36
A I 3.4.1	Rahmenfrist.....	37
A I 3.4.2	Neun-Zehntel-Belegung.....	37
A I 3.4.3	Anrechenbare Versicherungszeiten.....	37
A I 3.5	Waisenrentner nach § 5 Absatz 1 Nr. 11b Buchstabe a SGB V.....	37
A I 3.5.1	Allgemeines	37
A I 3.5.2	Zuletzt privat krankenversicherte Waisen.....	38
A I 3.5.2.1	Voraussetzungen für die Versicherungspflicht	38
A I 3.5.2.2	Tatbestandsmerkmal „zuletzt privat krankenversichert“	38
A I 3.5.2.3	Voraussetzungen für eine Familienversicherung erfüllt.....	40
A I 3.5.2.4	Voraussetzungen nach § 5 Absatz 1 Nr. 11 SGB V erfüllt	40
A I 3.5.3	Bestandsfälle (Rentenanträge vor dem 1. Januar 2017).....	41
A I 3.6	Personen nach § 5 Absatz 1 Nr. 12 SGB V.....	41
A I 3.7	Erneute Prüfung der Vorversicherungszeit bzw. der Voraussetzungen für die KVdR	42
A I 3.7.1	Hinzutritt einer Rente	42
A I 3.7.2	Wechsel der Rentenart	43
A I 3.7.3	Antrag auf Weiterzahlung einer befristeten Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit	43
A I 3.7.4	Antrag auf Weiterzahlung oder Wiedergewährung einer Waisenrente	43
A I 3.7.5	Wechsel von Teilrente in Vollrente	44
A I 4	Ausschluss der Versicherungspflicht und Versicherungskonkurrenz	44
A I 4.1	Allgemeines	44
A I 4.2	Hauptberuflich selbstständige Erwerbstätigkeit	45
A I 4.3	Anderweitige Versicherungspflicht.....	45
A I 4.4	Besonderheiten der Versicherungskonkurrenz bei Waisenrentnern	46

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

A I 4.5	Freiwillige Mitgliedschaft nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nr. 6 SGB V in der bis zum 10. Mai 2019 geltenden Fassung.....	47
A I 4.6	Private Krankenversicherung.....	47
A I 4.7	Auslandsaufenthalt	48
A I 4.8	Rückkehr aus dem Ausland	49
A II	Versicherungsfreiheit	49
A II 1	Allgemeines	51
A II 2	Personenkreis und Voraussetzungen.....	51
A II 3	Ende der Versicherungsfreiheit	55
A III	Befreiung von der Versicherungspflicht	55
A III 1	Allgemeines	56
A III 2	Antragstellung	58
A III 3	Bescheid über die Befreiung.....	59
A III 4	Wirkung der Befreiung	59
A IV	Freiwillige Versicherung/Familienversicherung	61
A IV 1	Freiwillige Versicherung	66
A IV 2	Familienversicherung.....	67
A V	Krankenkassenwahlrecht/-zuständigkeit	68
A V 1	Allgemeines	72
A V 2	Besonderheiten der Wahlausübung bei Rentnern und Rentenantragstellern	73
A V 2.1	Keine separate Mitgliedsbescheinigung	73
A V 2.2	Wirksamkeit der Kündigung.....	74
A V 2.3	Besonderheiten im Fall der Schließung einer Krankenkasse durch die Aufsichtsbehörde oder bei Insolvenz einer Krankenkasse.....	74
A V 2.4	Kein Wahlrecht nach § 175 Absatz 5 SGB V.....	74
A V 3	Zuständigkeit der landwirtschaftlichen Krankenkasse.....	75
A VI	Mitgliedschaft	75
A VI 1	Allgemeines zur Mitgliedschaft	78
A VI 2	Mitgliedschaft als Rentenantragsteller.....	78
A VI 2.1	Allgemeines	78
A VI 2.2	Voraussetzungen	79
A VI 2.3	Unbegründeter Rentenantrag	79
A VI 2.4	Fehlende Mitwirkung des Rentenantragstellers	79
A VI 2.5	Ausschluss der Mitgliedschaft als Rentenantragsteller und Versicherungskonkurrenz	79
A VI 2.6	Beginn der Mitgliedschaft als Rentenantragsteller	80
A VI 2.7	Ende der Mitgliedschaft als Rentenantragsteller	80
A VI 3	Mitgliedschaft als Rentner.....	82
A VI 3.1	Beginn der Mitgliedschaft als Rentner	82
A VI 3.2	Ende der Mitgliedschaft als Rentner.....	83
A VI 3.2.1	Allgemeines	83
A VI 3.2.2	Wegfall oder Entzug der Rente.....	83
A VI 3.2.3	Rente für zurückliegende Zeiträume.....	85
A VI 3.2.4	Fortbestand der Mitgliedschaft	85
A VI 4	Mitgliedschaft bei Wehrdienst.....	86
A VII	Meldungen	86
A VII 1	Allgemeines	88
A VII 2	Meldepflichten bei Rentnantragstellung und Rentenbezug	89
A VII 2.1	Meldungen der Versicherten.....	89
A VII 2.1.1	Rentnantragstellung.....	89
A VII 2.1.2	Zuständigkeit für die Bearbeitung der KVdR-Meldung	89
A VII 2.1.3	Rentenbezug.....	90
A VII 2.2	Meldungen der Krankenkasse	90
A VII 2.2.1	Allgemeines	90
A VII 2.2.2	Wahl einer Krankenkasse	91
A VII 2.2.3	Beginn und Ende einer Vorrangversicherung bei in der KVdR versicherten Rentnern	91
A VII 2.2.4	Beginn und Ende einer Pflichtversicherung bei nicht in der KVdR versicherten Rentnern.....	91
A VII 2.2.5	Beginn und Ende von Ausschlussgründen für die KVdR	91
A VII 2.2.6	Beginn und Ende der Beitragsfreiheit von Waisenrenten.....	92

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

A VII 2.2.7	Besonderheiten in der Pflegeversicherung	92
A VII 2.3	Meldungen des Rentenversicherungsträgers	92
A VII 2.3.1	Allgemeines	92
A VII 2.3.2	Beginn und Höhe der Rente sowie der laufenden Rentenzahlung	93
A VII 2.3.3	Ablehnung oder Rücknahme des Rentenantrags	93
A VII 2.3.4	Beginn und Ende eines Widerspruchs-/Sozialgerichtsverfahrens	93
A VII 2.3.5	Ende, Entzug, Wegfall und sonstige Nichtleistung der Rente	93
A VII 2.3.6	Beginn und Ende der Beitragszahlung aus der Rente	93
A VII 2.3.7	Abgabe des Rentenantrags an einen anderen Rentenversicherungsträger	94
A VIII	Beiträge der Rentenantragsteller und Rentner	94
A VIII 1	Allgemeines	111
A VIII 2	Beiträge der Rentenantragsteller	112
A VIII 2.1	Allgemeines	112
A VIII 2.2	Beitragsbemessung bei Rentenantragstellern und gleichgestellten Rentnern	112
A VIII 2.2.1	Personenkreis	112
A VIII 2.2.2	Beitragsbemessung und Beitragssatz	112
A VIII 2.2.3	Tragung der Beiträge und Rückzahlung von Beiträgen	113
A VIII 2.3	Beitragsfreiheit in der Krankenversicherung	114
A VIII 2.3.1	Personenkreis	114
A VIII 2.3.1.1	Hinterbliebene Ehegatten und hinterbliebene Lebenspartner von Rentnern	114
A VIII 2.3.1.2	Waisen	114
A VIII 2.3.1.3	Potenziell Familienversicherte	114
A VIII 2.3.2	Ausschluss der Beitragsfreiheit	116
A VIII 2.4	Beitragsfreiheit in der Pflegeversicherung	116
A VIII 3.	Beiträge der Rentner	117
A VIII 3.1	Beitragspflichtige Einnahmen	117
A VIII 3.1.1	Allgemeines	117
A VIII 3.1.2	Renten der gesetzlichen Rentenversicherung und gesetzliche Renten aus dem Ausland	118
A VIII 3.1.2.1	Allgemeines	118
A VIII 3.1.2.2	Besonderheiten für Waisenrenten	119
A VIII 3.1.2.3	Rentennachzahlungen	121
A VIII 3.1.2.4	Rentenzahlung für den Sterbemonat	123
A VIII 3.1.3	Versorgungsbezüge	123
A VIII 3.1.4	Arbeitseinkommen	124
A VIII 3.1.5	Mindesteinnahmegrenze und Freibetrag für Versorgungsbezüge und Arbeitseinkommen	125
A VIII 3.2	Rangfolge der Einnahmearten	125
A VIII 3.2.1	Versicherungspflichtige in der KVdR	125
A VIII 3.2.2	Versicherungspflichtige aufgrund einer Beschäftigung	127
A VIII 3.2.3	Versicherungspflichtige nach anderen Vorschriften	130
A VIII 3.2.3.1	Allgemeines	130
A VIII 3.2.3.2	Bezieher von Arbeitslosengeld und Arbeitslosengeld II	131
A VIII 3.2.3.3	Wehrdienstleistende	131
A VIII 3.2.3.4	Studenten, Praktikanten ohne Arbeitsentgelt, zur Berufsausbildung Beschäftigte ohne Arbeitsentgelt und Auszubildende des Zweiten Bildungsweges	132
A VIII 3.2.3.5	Fortbestand der Mitgliedschaft nach § 192 SGB V	138
A VIII 3.2.3.6	Auffang-Versicherungspflicht	138
A VIII 3.2.4	Freiwillig versicherte Rentner	139
A VIII 3.3	Beitragssätze	140
A VIII 3.3.1	Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung	140
A VIII 3.3.1.1	Allgemeiner und ermäßigter Beitragssatz	140
A VIII 3.3.1.2	Zusatzbeitragssätze	140
A VIII 3.3.1.3	Beitragssatz in der Krankenversicherung aus Renten für Versicherungspflichtige	142
A VIII 3.3.1.4	Beitragssatz in der Krankenversicherung aus gesetzlichen Renten aus dem Ausland für Versicherungspflichtige	143
A VIII 3.3.1.5	Beitragssatz in der Krankenversicherung aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen für Versicherungspflichtige	143

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

A VIII 3.3.1.6	Beitragssatz in der Krankenversicherung für freiwillig und in der Auffang-Versicherungspflicht versicherte Rentner	143
A VIII 3.3.2	Beitragssatz in der sozialen Pflegeversicherung	144
A VIII 3.4	Tragung der Beiträge	145
A VIII 3.4.1	Versicherungspflichtige Rentner	145
A VIII 3.4.2	Freiwillig versicherte Rentner.....	146
A VIII 3.5	Berechnung des Beitrags aus der Rente	147
A VIII 3.6	Beitragsfreiheit in der Pflegeversicherung	148
A IX	Beitragszahlung aus Renten.....	148
A IX 1	Beitragszahlung aus laufenden Rentenzahlungen	150
A IX 2	Nachträglicher Beitragseinbehalt	151
A IX 3	Zuständigkeit bei Widerspruch gegen die Beitragserhebung	152
A X	Beitragserstattung nach § 231 SGB V	152
A X 1	Erstattung von Beiträgen aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen nach § 231 Absatz 1 SGB V	153
A X 1.1	Allgemeines	153
A X 1.2	Erstattungsfähiger Beitrag	153
A X 2	Erstattung von Beiträgen aus Renten nach § 231 Absatz 2 SGB V	154
A X 2.1	Allgemeines	154
A X 2.2	Erstattungsfähiger Beitrag	155
A X 2.3	Beitragserstattung bei Beginn oder Ende des Arbeitsentgelts oder der Rente im laufenden Kalenderjahr	157
A X 2.4	Ermittlung des Erstattungsbetrages der Pflegeversicherungsbeiträge bei Bezug von Krankengeld.....	159
A X 2.5	Satzungsbestimmung	160
A X 2.6	Erstattungsverfahren.....	160
A X 3	Antrag.....	160
A X 4	Zuständige Krankenkasse	160
A X 5	Verjährung	160

B Abgrenzung der Kassenzuständigkeit zwischen allgemeiner und landwirtschaftlicher Krankenversicherung..... 161

B I	Versicherungspflicht in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung.....	161
B I 1	Bezieher einer Rente nach dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte (ALG).....	164
B I 1.1	Grundsatz.....	164
B I 1.2	Ausschluss der Versicherungspflicht	165
B I 1.3	Vorrangversicherung innerhalb der LKV.....	165
B I 1.4	Versicherungsfreiheit	165
B I 1.5	Übergangsregelung	166
B I 2	Sonstige Personen über 65 Jahre	166
B I 2.1	Grundsätzliches	166
B I 2.2	Vorrangversicherung innerhalb der LKV.....	166
B I 2.3	Ausschluss der Versicherungspflicht und Versicherungsfreiheit	167
B II	Verhältnis der Versicherungspflicht in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung zur Versicherungspflicht nach anderen Gesetzen.....	167
B II 1	Vorrang der allgemeinen Krankenversicherung	168
B II 2	Vorrang der landwirtschaftlichen Krankenversicherung im Hinblick auf Antragsteller und Bezieher einer Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung einerseits und Antragsteller und Bezieher einer ALG-Rente andererseits.....	169
B II 2.1	Grundsatz "Aktiv vor Passiv"	169
B II 2.2	Zusammentreffen von KVdR und Altenteilerversicherung nach § 2 Absatz 1 Nr. 4 KVLG 1989 / § 23 KVLG 1989.....	169
B II 2.2.1	Rahmenfrist, Vorversicherungszeit.....	169
B II 2.2.2	Verfahren nach § 3 Absatz 2 Nr. 2 Fallgruppe 2 KVLG 1989.....	170
B II 2.2.2.1	Rentenantragstellung bei bestehender KVdR oder Altenteilerversicherung nach § 2 Absatz 1 Nr. 4 KVLG 1989.....	170

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

B II 2.2.2.2	Zusammentreffen von Rentenantragstellermemberschaften nach § 189 SGB V und § 23 KVLG 1989	170
B II 2.2.3	Hinzutritt einer weiteren Rente	171
B II 2.2.4	Wirkung einer freiwilligen Versicherung nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nr. 6 SGB V in der bis zum 10. Mai 2019 geltenden Fassung (Optionsrentner)	171
B II 2.3	Zusammentreffen von KVdR und Altenteilerversicherung nach § 2 Absatz 1 Nr. 5 KVLG 1989.....	172
B II 2.3.1	Gesetzliche Abgrenzung der Kassenzuständigkeit	172
B II 2.3.2	Verfahrensregelungen	172
B II 2.3.3	Hinzutritt einer weiteren KVdR-Rente.....	172
B II 2.4	Ausschluss der landwirtschaftlichen Krankenversicherung.....	172
B II 2.4.1	Auswirkung der Befreiung von der Versicherungspflicht in der allgemeinen Krankenversicherung	172
B II 2.4.2	Auswirkung der Befreiung von der Versicherungspflicht in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung	173
B III	Mitgliedschaft von Antragstellern auf eine Rente aus der Alterssicherung der Landwirte	173
B III 1	Personenkreis	173
B III 2	Beginn und Ende der Mitgliedschaft.....	174
B III 3	Ausschluss der Versicherung als Antragsteller auf eine ALG-Rente	174
B III 3.1	Versicherungspflicht nach anderen gesetzlichen Vorschriften	174
B III 3.2	Hauptberuflich selbstständige außerland- oder außerforstwirtschaftliche Tätigkeit.....	174
B III 3.3	Krankenversicherungsfreiheit	174
B III 3.4	Von der Krankenversicherungspflicht befreite Personen	175
B III 3.5	Zusammentreffen einer Mitgliedschaft als Rentenantragsteller und als Rentenantragsteller auf eine ALG-Rente.....	175
B III 4	Meldeverfahren	175
B IV	Gesetz zur Förderung der Einstellung der landwirtschaftlichen Erwerbstätigkeit	175
B IV 1	Personenkreis	176
B IV 2	Anwendung der Vorschriften für Altenteiler	176
Anhang 1 - Tabelle zur Ermittlung der Neun-Zehntel-Belegung nach § 5 Absatz 1 Nr. 11 SGB V		177
Anhang 2 - Glossar.....		178

A Krankenversicherung der Rentner

A I Versicherungspflicht

§ 5 SGB V

Versicherungspflicht

(1) Versicherungspflichtig sind

1. Arbeiter, Angestellte und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, die gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind,
2. Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld nach dem Dritten Buch beziehen oder nur deshalb nicht beziehen, weil der Anspruch wegen einer Sperrzeit (§ 159 des Dritten Buches) oder wegen einer Urlaubsabgeltung (§ 157 Absatz 2 des Dritten Buches) ruht; dies gilt auch, wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist,
- 2a. Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld II nach dem Zweiten Buch beziehen, es sei denn, dass diese Leistung nur darlehensweise gewährt wird oder nur Leistungen nach § 24 Absatz 3 Satz 1 des Zweiten Buches bezogen werden; dies gilt auch, wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist,
3. Landwirte, ihre mitarbeitenden Familienangehörigen und Altenteiler nach näherer Bestimmung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte,
4. Künstler und Publizisten nach näherer Bestimmung des Künstlersozialversicherungsgesetzes,
5. Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen,
6. Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an Abklärungen der beruflichen Eignung oder Arbeitserprobung, es sei denn, die Maßnahmen werden nach den Vorschriften des Bundesversorgungsgesetzes erbracht,
7. behinderte Menschen, die in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen oder in Blindenwerkstätten im Sinne des § 226 des Neunten Buches oder für diese Einrichtungen in Heimarbeit oder bei einem anderen Leistungsanbieter nach § 60 des Neunten Buches tätig sind,
8. behinderte Menschen, die in Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen in gewisser Regelmäßigkeit eine Leistung erbringen, die einem Fünftel der Leistung eines voll erwerbsfähigen Beschäftigten in gleichartiger Beschäftigung entspricht; hierzu zählen auch Dienstleistungen für den Träger der Einrichtung,

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

9. Studenten, die an staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschulen eingeschrieben sind, unabhängig davon, ob sie ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben, wenn für sie auf Grund über- oder zwischenstaatlichen Rechts kein Anspruch auf Sachleistungen besteht, längstens bis zur Vollendung des dreißigsten Lebensjahres; Studenten nach Vollendung des dreißigsten Lebensjahres sind nur versicherungspflichtig, wenn die Art der Ausbildung oder familiäre sowie persönliche Gründe, insbesondere der Erwerb der Zugangsvoraussetzungen in einer Ausbildungsstätte des Zweiten Bildungswegs, die Überschreitung der Altersgrenze rechtfertigen,
10. Personen, die eine in Studien- oder Prüfungsordnungen vorgeschriebene berufspraktische Tätigkeit ohne Arbeitsentgelt verrichten, bis zur Vollendung des 30. Lebensjahres, sowie zu ihrer Berufsausbildung ohne Arbeitsentgelt Beschäftigte; Auszubildende des Zweiten Bildungswegs, die sich in einem förderungsfähigen Teil eines Ausbildungsabschnitts nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz befinden, sind Praktikanten gleichgestellt,
11. Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Stellung des Rentenanspruchs mindestens neun Zehntel der zweiten Hälfte des Zeitraums Mitglied oder nach § 10 versichert waren,
- 11a. Personen, die eine selbständige künstlerische oder publizistische Tätigkeit vor dem 1. Januar 1983 aufgenommen haben, die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie mindestens neun Zehntel des Zeitraums zwischen dem 1. Januar 1985 und der Stellung des Rentenanspruchs nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren; für Personen, die am 3. Oktober 1990 ihren Wohnsitz im Beitrittsgebiet hatten, ist anstelle des 1. Januar 1985 der 1. Januar 1992 maßgebend,
- 11b. Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch
 - a) auf eine Waisenrente nach § 48 des Sechsten Buches oder
 - b) auf eine entsprechende Leistung einer berufsständischen Versorgungseinrichtung, wenn der verstorbene Elternteil zuletzt als Beschäftigter von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung wegen einer Pflichtmitgliedschaft in einer berufsständischen Versorgungseinrichtung nach § 6 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 des Sechsten Buches befreit war,erfüllen und diese beantragt haben; dies gilt nicht für Personen, die zuletzt vor der Stellung des Rentenanspruchs privat krankenversichert waren, es sei denn, sie erfüllen die Voraussetzungen für eine Familienversicherung mit Ausnahme des § 10 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 oder die Voraussetzungen der Nummer 11,
12. Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie zu den in § 1 oder § 17a des Fremdrentengesetzes oder zu den in § 20 des Gesetzes zur Wiedergutmachung nationalsozialistischen Unrechts in der Sozialversicherung genannten Personen gehören und ihren Wohnsitz innerhalb der letzten zehn Jahre vor der Stellung des Rentenanspruchs in den Geltungsbereich dieses Gesetzbuchs verlegt haben,

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

13. Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und

a) zuletzt gesetzlich krankenversichert waren oder

b) bisher nicht gesetzlich oder privat krankenversichert waren, es sei denn, dass sie zu den in Absatz 5 oder den in § 6 Absatz 1 oder 2 genannten Personen gehören oder bei Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit im Inland gehört hätten.

(2) Der nach Absatz 1 Nr. 11 erforderlichen Mitgliedszeit steht bis zum 31. Dezember 1988 die Zeit der Ehe mit einem Mitglied gleich, wenn die mit dem Mitglied verheiratete Person nicht mehr als nur geringfügig beschäftigt oder geringfügig selbständig tätig war. Bei Personen, die ihren Rentenanspruch aus der Versicherung einer anderen Person ableiten, gelten die Voraussetzungen des Absatzes 1 Nr. 11 oder 12 als erfüllt, wenn die andere Person diese Voraussetzungen erfüllt hatte. Auf die nach Absatz 1 Nummer 11 erforderliche Mitgliedszeit wird für jedes Kind, Stiefkind oder Pflegekind (§ 56 Absatz 2 Nummer 2 des Ersten Buches) eine Zeit von drei Jahren angerechnet. Eine Anrechnung erfolgt nicht für

1. ein Adoptivkind, wenn das Kind zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Adoption bereits die in § 10 Absatz 2 vorgesehenen Altersgrenzen erreicht hat, oder
2. ein Stiefkind, wenn das Kind zum Zeitpunkt der Eheschließung mit dem Elternteil des Kindes bereits die in § 10 Absatz 2 vorgesehenen Altersgrenzen erreicht hat oder wenn das Kind vor Erreichen dieser Altersgrenzen nicht in den gemeinsamen Haushalt mit dem Mitglied aufgenommen wurde.

(3) Als gegen Arbeitsentgelt beschäftigte Arbeiter und Angestellte in Sinne des Absatzes 1 Nr. 1 gelten Bezieher von Vorruhestandsgeld, wenn sie unmittelbar vor Bezug des Vorruhestandsgeldes versicherungspflichtig waren und das Vorruhestandsgeld mindestens in Höhe von 65 vom Hundert des Bruttoarbeitsentgelts im Sinne des § 3 Absatz 2 des Vorruhestandsgesetzes gezahlt wird.

(4) Als Bezieher von Vorruhestandsgeld ist nicht versicherungspflichtig, wer im Ausland seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einem Staat hat, mit dem für Arbeitnehmer mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt in diesem Staat keine über- oder zwischenstaatlichen Regelungen über Sachleistungen bei Krankheit bestehen.

(4a) Auszubildende, die im Rahmen eines Berufsausbildungsvertrages nach dem Berufsbildungsgesetz in einer außerbetrieblichen Einrichtung ausgebildet werden, stehen den Beschäftigten zur Berufsausbildung im Sinne des Absatzes 1 Nr. 1 gleich. Teilnehmer an dualen Studiengängen stehen den Beschäftigten zur Berufsausbildung im Sinne des Absatzes 1 Nummer 1 gleich. Als zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte im Sinne des Absatzes 1 Nr. 1 gelten Personen, die als nicht satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften oder ähnlicher religiöser Gemeinschaften für den Dienst in einer solchen Genossenschaft oder ähnlichen religiösen Gemeinschaft außerschulisch ausgebildet werden.

(5) Nach Absatz 1 Nr. 1 oder 5 bis 12 ist nicht versicherungspflichtig, wer hauptberuflich selbständig erwerbstätig ist. Bei Personen, die im Zusammenhang mit ihrer selbständigen Erwerbstätigkeit regelmäßig mindestens einen Arbeitnehmer mehr als geringfügig beschäftigen, wird vermutet, dass sie hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind; als Arbeitnehmer gelten für Gesellschafter auch die Arbeitnehmer der Gesellschaft.

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

(5a) Nach Absatz 1 Nr. 2a ist nicht versicherungspflichtig, wer zuletzt vor dem Bezug von Arbeitslosengeld II privat krankenversichert war oder weder gesetzlich noch privat krankenversichert war und zu den in Absatz 5 oder den in § 6 Absatz 1 oder 2 genannten Personen gehört oder bei Ausübung seiner beruflichen Tätigkeit im Inland gehört hätte. Satz 1 gilt nicht für Personen, die am 31. Dezember 2008 nach § 5 Absatz 1 Nr. 2a versicherungspflichtig waren, für die Dauer ihrer Hilfebedürftigkeit. Personen nach Satz 1 sind nicht nach § 10 versichert. Personen nach Satz 1, die am 31. Dezember 2015 die Voraussetzungen des § 10 erfüllt haben, sind ab dem 1. Januar 2016 versicherungspflichtig nach Absatz 1 Nummer 2a, solange sie diese Voraussetzungen erfüllen.

(6) Nach Absatz 1 Nr. 5 bis 7 oder 8 ist nicht versicherungspflichtig, wer nach Absatz 1 Nr. 1 versicherungspflichtig ist. Trifft eine Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nr. 6 mit einer Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nr. 7 oder 8 zusammen, geht die Versicherungspflicht vor, nach der die höheren Beiträge zu zahlen sind.

(7) Nach Absatz 1 Nr. 9 oder 10 ist nicht versicherungspflichtig, wer nach Absatz 1 Nr. 1 bis 8, 11 bis 12 versicherungspflichtig oder nach § 10 versichert ist, es sei denn, der Ehegatte, der Lebenspartner oder das Kind des Studenten oder Praktikanten ist nicht versichert oder die Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nummer 11b besteht über die Altersgrenze des § 10 Absatz 2 Nummer 3 hinaus. Die Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nr. 9 geht der Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nr. 10 vor.

(8) Nach Absatz 1 Nr. 11 bis 12 ist nicht versicherungspflichtig, wer nach Absatz 1 Nr. 1 bis 7 oder 8 versicherungspflichtig ist. Satz 1 gilt für die in § 190 Absatz 11a genannten Personen entsprechend. Bei Beziehern einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung, die nach dem 31. März 2002 nach § 5 Absatz 1 Nr. 11 versicherungspflichtig geworden sind, deren Anspruch auf Rente schon an diesem Tag bestand und die bis zu diesem Zeitpunkt nach § 10 oder § 7 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte versichert waren, aber nicht die Vorversicherungszeit des § 5 Absatz 1 Nr. 11 in der seit 1. Januar 1993 geltenden Fassung erfüllt hatten und deren Versicherung nach § 10 oder § 7 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte nicht von einer der in § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6 in der am 10. Mai 2019 geltenden Fassung genannten Person abgeleitet worden ist, geht die Versicherung nach § 10 oder § 7 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte der Versicherung nach § 5 Absatz 1 Nr. 11 vor.

(8a) Nach Absatz 1 Nr. 13 ist nicht versicherungspflichtig, wer nach Absatz 1 Nr. 1 bis 12 versicherungspflichtig, freiwilliges Mitglied oder nach § 10 versichert ist. Satz 1 gilt entsprechend für Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches und für Empfänger laufender Leistungen nach § 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes. Satz 2 gilt auch, wenn der Anspruch auf diese Leistungen für weniger als einen Monat unterbrochen wird. Der Anspruch auf Leistungen nach § 19 Absatz 2 gilt nicht als Absicherung im Krankheitsfall im Sinne von Absatz 1 Nr. 13, sofern im Anschluss daran kein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall besteht.

(9) Kommt eine Versicherung nach den §§ 5, 9 oder 10 nach Kündigung des Versicherungsvertrages nicht zustande oder endet eine Versicherung nach den §§ 5 oder 10 vor Erfüllung der Vorversicherungszeit nach § 9, ist das private Krankenversicherungsunternehmen zum erneuten Abschluss eines Versicherungsvertrages verpflichtet, wenn der vorherige Vertrag für mindestens fünf Jahre vor seiner Kündigung ununterbrochen bestanden hat. Der Abschluss erfolgt ohne Risikoprüfung zu gleichen Tarifbedingungen, die zum Zeitpunkt der Kündi-

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

gung bestanden haben; die bis zum Ausscheiden erworbenen Altersrückstellungen sind dem Vertrag zuzuschreiben. Wird eine gesetzliche Krankenversicherung nach Satz 1 nicht begründet, tritt der neue Versicherungsvertrag am Tag nach der Beendigung des vorhergehenden Versicherungsvertrages in Kraft. Endet die gesetzliche Krankenversicherung nach Satz 1 vor Erfüllung der Vorversicherungszeit, tritt der neue Versicherungsvertrag am Tag nach Beendigung der gesetzlichen Krankenversicherung in Kraft. Die Verpflichtung nach Satz 1 endet drei Monate nach der Beendigung des Versicherungsvertrages, wenn eine Versicherung nach den §§ 5, 9 oder 10 nicht begründet wurde. Bei Beendigung der Versicherung nach den §§ 5 oder 10 vor Erfüllung der Vorversicherungszeiten nach § 9 endet die Verpflichtung nach Satz 1 längstens zwölf Monate nach der Beendigung des privaten Versicherungsvertrages. Die vorstehenden Regelungen zum Versicherungsvertrag sind auf eine Anwartschaftsversicherung in der privaten Krankenversicherung entsprechend anzuwenden.

(10) nicht belegt

(11) Ausländer, die nicht Angehörige eines Mitgliedstaates der Europäischen Union, Angehörige eines Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder Staatsangehörige der Schweiz sind, werden von der Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nr. 13 erfasst, wenn sie eine Niederlassungserlaubnis oder eine Aufenthaltserlaubnis mit einer Befristung auf mehr als zwölf Monate nach dem Aufenthaltsgesetz besitzen und für die Erteilung dieser Aufenthaltstitel keine Verpflichtung zur Sicherung des Lebensunterhalts nach § 5 Absatz 1 Nr. 1 des Aufenthaltsgesetzes besteht. Angehörige eines anderen Mitgliedstaates der Europäischen Union, Angehörige eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder Staatsangehörige der Schweiz werden von der Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nr. 13 nicht erfasst, wenn die Voraussetzung für die Wohnortnahme in Deutschland die Existenz eines Krankenversicherungsschutzes nach § 4 des Freizügigkeitsgesetzes/ EU ist. Bei Leistungsberechtigten nach dem Asylbewerberleistungsgesetz liegt eine Absicherung im Krankheitsfall bereits dann vor, wenn ein Anspruch auf Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt nach § 4 des Asylbewerberleistungsgesetzes dem Grunde nach besteht.

§ 309 SGB V

Versicherter Personenkreis

(1) ...

(2) - (4) (weggefallen)

(5) Zeiten der Versicherung, die in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet bis zum 31. Dezember 1990 in der Sozialversicherung oder in der Freiwilligen Krankheitskostenversicherung der Staatlichen ehemaligen Versicherung der Deutschen Demokratischen Republik oder in einem Sonderversorgungssystem (§ 1 Absatz 3 des Anspruchs- und Anwartschaftsüberführungsgesetzes) zurückgelegt wurden, gelten als Zeiten einer Pflichtversicherung bei einer Krankenkasse im Sinne dieses Buches. ...

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

§ 20 SGB XI

Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung für Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung

(1) Versicherungspflichtig in der sozialen Pflegeversicherung sind die versicherungspflichtigen Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung. Dies sind:

1. - 10. ...

11. **Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, soweit sie nach § 5 Absatz 1 Nr. 11, 11a, 11b oder 12 des Fünften Buches der Krankenversicherungspflicht unterliegen,**

12. ...

(2) - (4) ...

§ 1 FRG

Dieses Gesetz findet unbeschadet des § 5 Absatz 4 und des § 17 Anwendung auf

a) **Vertriebene im Sinne des § 1 des Bundesvertriebenengesetzes sowie Spätaussiedler im Sinne des § 4 des Bundesvertriebenengesetzes, die als solche in der Bundesrepublik Deutschland anerkannt sind,**

b) - e) ...

§ 17a FRG

Die für die gesetzliche Rentenversicherung maßgebenden Vorschriften dieses Gesetzes finden Anwendung auch auf

a) **Personen, die bis zu dem Zeitpunkt, in dem der nationalsozialistische Einflussbereich sich auf ihr jeweiliges Heimatgebiet erstreckt hat,**

1. **dem deutschen Sprach- und Kulturkreis angehört haben,**

2. **das 16. Lebensjahr bereits vollendet hatten oder im Zeitpunkt des Verlassens des Vertreibungsgebietes dem deutschen Sprach- und Kulturkreis angehört haben und**

3. **sich wegen ihrer Zugehörigkeit zum Judentum nicht zum deutschen Volkstum bekannt hatten**

und die Vertreibungsgebiete nach § 1 Absatz 2 Nr. 3 des Bundesvertriebenengesetzes verlassen haben,

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

- b) Hinterbliebene der in Buchstabe a genannten Personen bezüglich der Gewährung von Leistungen an Hinterbliebene.

§ 20 WGSVG

Gleichstellung vertriebener Verfolgter mit Vertriebenen

(1) Bei Anwendung des Fremdrentengesetzes stehen den anerkannten Vertriebenen im Sinne des Bundesvertriebenengesetzes vertriebene Verfolgte gleich, die lediglich deswegen nicht als Vertriebene anerkannt sind oder anerkannt werden können, weil sie sich nicht ausdrücklich zum deutschen Volkstum bekannt haben. § 19 Absatz 2 Buchstabe a zweiter Halbsatz gilt entsprechend.

(2) - (3) ...

§ 4 BVFG

Spätaussiedler

(1) Spätaussiedler ist in der Regel ein deutscher Volkszugehöriger, der die Republiken der ehemaligen Sowjetunion nach dem 31. Dezember 1992 im Wege des Aufnahmeverfahrens verlassen und innerhalb von sechs Monaten im Geltungsbereich des Gesetzes seinen ständigen Aufenthalt genommen hat, wenn er zuvor

1. seit dem 8. Mai 1945 oder
2. nach seiner Vertreibung oder der Vertreibung eines Elternteils seit dem 31. März 1952 oder
3. seit seiner Geburt, wenn er vor dem 1. Januar 1993 geboren ist und von einer Person abstammt, die die Stichtagsvoraussetzung des 8. Mai 1945 nach Nummer 1 oder des 31. März 1952 nach Nummer 2 erfüllt, es sei denn, dass Eltern oder Voreltern ihren Wohnsitz erst nach dem 31. März 1952 in die Aussiedlungsgebiete verlegt haben,

seinen Wohnsitz in den Aussiedlungsgebieten hatte.

(2) Spätaussiedler ist auch ein deutscher Volkszugehöriger aus den Aussiedlungsgebieten des § 1 Absatz 2 Nr. 3 außer den in Absatz 1 genannten Staaten, der die übrigen Voraussetzungen des Absatzes 1 erfüllt und glaubhaft macht, dass er am 31. Dezember 1992 oder danach Benachteiligungen oder Nachwirkungen früherer Benachteiligungen aufgrund deutscher Volkszugehörigkeit unterlag.

(3) ...

A I 1 Allgemeines

A I 1.1 Aktuelles Recht

Versicherungspflicht in der KVdR besteht für Personen mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt im Inland, wenn

- sie die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen (A I 3.1),
- diese Rente beantragt wurde (A I 3.2) und
- die persönlichen Voraussetzungen des § 5 Absatz 1 Nr. 11, 11a, 11b Buchst. a oder 12 SGB V vorliegen (A I 3.3 bis 3.6)

Die KVdR tritt nicht ein bei Vorliegen einer Vorrangversicherung oder eines anderen Ausschlussgrundes (A I 4).

Die Versicherungspflicht in der KVdR tritt nach § 5 Absatz 1 Nr. 11 SGB V grundsätzlich nur dann ein, wenn seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Stellung des Rentenanspruchs mindestens neun Zehntel der zweiten Hälfte des Zeitraums eine Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung oder eine Familienversicherung nach § 10 SGB V oder § 7 KVLG 1989 bestand (hinsichtlich bestehender Übergangs- und Besitzstandsregelungen vgl. A I 1.2 und A I 1.3).

Ergänzend hierzu regelt § 5 Absatz 1 Nr. 11a SGB V, dass Versicherungspflicht in der KVdR für selbstständige Künstler und Publizisten selbst bei Nichterfüllung der Voraussetzungen des § 5 Absatz 1 Nr. 11 SGB V dann eintritt, wenn diese Tätigkeit vor dem 1. Januar 1983 aufgenommen wurde und neun Zehntel des Zeitraums zwischen dem 1. Januar 1985 und der Stellung des Rentenanspruchs mit einer Krankenversicherung nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz belegt sind. Für Personen, die am 3. Oktober 1990 ihren Wohnsitz im Beitrittsgebiet hatten, ist anstelle des 1. Januar 1985 der 1. Januar 1992 maßgebend.

Für Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Waisenrente nach § 48 SGB VI erfüllen und diese beantragt haben, besteht seit dem 1. Januar 2017 Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 11b Buchstabe a SGB V unabhängig von der Erfüllung der Vorversicherungszeit. Die Versicherungspflicht ist jedoch grundsätzlich ausgeschlossen, wenn die Waise zuletzt vor der Stellung des Rentenanspruches privat krankenversichert war (A I 3.5).

Für eine Versicherungspflicht in der KVdR der in §§ 1 oder 17a FRG oder § 20 WGSVG genannten Personen (Spätaussiedler und vertriebene Verfolgte) wird nach § 5 Absatz 1 Nr. 12 SGB V eine Vorversicherungszeit nicht gefordert, sofern sie ihren Wohnsitz in den letzten zehn Jahren vor Rentenanspruchstellung ins Inland verlegt haben.

Für Rentner und Rentenantragsteller im Beitrittsgebiet gilt seit 1. Januar 1991 das vor der Deutschen Einheit in den alten Bundesländern bereits bestehende Krankenversicherungsrecht. Personen, die am 31. Dezember 1990 Rente bezogen, unterliegen seit 1. Januar 1991 für die Dauer des Rentenbezuges der Versicherungspflicht in der KVdR.

Bei Empfängern von Witwen- oder Witwerrente gelten die Voraussetzungen für die KVdR grundsätzlich als erfüllt, wenn der Verstorbene bereits eine Rente bezog und in der KVdR oder nur wegen eines Ausschlusstatbestandes oder einer Vorrangversicherung nicht in der KVdR, aber in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert war. In diesen Fällen erübrigt sich die Prüfung der Vorversicherungszeit.

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

Rentner, die nach § 5 Absatz 1 Nr. 11, 11a, 11b oder 12 SGB V der Krankenversicherungspflicht unterliegen, sind nach § 20 Absatz 1 Satz 2 Nr. 11 SGB XI versicherungspflichtig in der sozialen Pflegeversicherung.

Rentnantragsteller gelten in der gesetzlichen Krankenversicherung und sozialen Pflegeversicherung als Mitglieder (§ 189 SGB V und § 49 Absatz 2 SGB XI, A VI 2).

Ein Antrag auf Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung und der alleinige Bezug einer solchen Rente können keine Mitgliedschaft in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung begründen. Dagegen kann durch die Stellung eines solchen Antrages oder durch den Bezug einer solchen Rente die Krankenkassenzuständigkeit (Versicherungskonkurrenz) beeinflusst werden (B II). Sofern jedoch eine Mitgliedschaft bei der landwirtschaftlichen Krankenkasse besteht, sind aus einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung Beiträge an die landwirtschaftliche Krankenkasse zu zahlen (A VIII 3.2.3). Dies gilt sowohl für die Krankenversicherung als auch für die Pflegeversicherung.

Zu den Auswirkungen eines Auslandsaufenthaltes des Rentners auf die KVdR vgl. A I 4.7.

A I 1.2 Übergangsregelungen/Besitzstandsregelungen nach dem Gesundheits-Reformgesetz und dem Gesundheitsstrukturgesetz ab dem 1. Januar 1989

Sowohl das Gesundheits-Reformgesetz (GRG) vom 20. Dezember 1988 als auch das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) vom 21. Dezember 1992 sehen für Rentner und Rentnantragsteller bestimmte Besitzstandsregelungen vor.

Rentner und Rentnantragsteller, die am 31. Dezember 1988 die Voraussetzungen für die KVdR nach dem ab 1. Januar 1989 geltenden Recht nicht erfüllten, bleiben nach Artikel 56 Absatz 2 GRG für die Dauer des Rentenbezuges oder bis zu dem Tag, an dem sie den Rentenanspruch zurücknehmen oder die Ablehnung des Antrages unanfechtbar wird, versicherungspflichtig. Diese Personen werden so gestellt, als hätten sie die Voraussetzungen für die KVdR nach dem Recht ab 1. Januar 1989 erfüllt gehabt.

Eine am 31. Dezember 1988 bestehende KVdR-Versicherungspflicht wird nicht auf Grund der Regelung über die Versicherungsfreiheit in § 6 Absatz 3 SGB V beseitigt. So bleiben z. B. Beamte, die am 31. Dezember 1988 eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung bezogen, weiterhin als Rentner pflichtversichert. Dies gilt auch dann, wenn die Eigenschaft als Beamter oder Ruhestandsbeamter nach dem 31. Dezember 1988 hinzugetreten ist bzw. hinzutritt.

Bei am 31. Dezember 1988 in der KVdR versicherungspflichtigen Rentnern, die seither gleichzeitig eine hauptberuflich selbstständige Erwerbstätigkeit ausüben, kommt der Ausschluss nach § 5 Absatz 5 SGB V nicht zur Anwendung. Für sie besteht auch über diesen Zeitpunkt hinaus eine Versicherungspflicht in der KVdR.

Personen, die in der Zeit vom 1. Januar 1989 bis zum 31. Dezember 1993 einen Rentenanspruch gestellt hatten und die Voraussetzungen für die Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 11 SGB V nicht erfüllten, wurden unter den Voraussetzungen des Artikels 56 Absatz 1 GRG versichert.

Artikel 33 § 14 GSG beinhaltet eine Besitzschutzregelung für Rentner und Rentnantragsteller, bei denen am 31. Dezember 1992 eine Versicherungspflicht in der KVdR bzw. eine Rentnantragstellermemberschaft bestand oder wegen besonderer Tatbestände ausgeschlossen war und die die Vorversicherungszeit nach § 5 Absatz 1 Nr. 11 SGB V in der

die Zugangsvoraussetzungen verschärfenden - Fassung des GSG nicht erfüllt gehabt hätten. Von praktischer Bedeutung war diese Übergangsbestimmung allerdings nur für die Zeit vom 1. Januar 1993 bis 31. März 2002. Für Zeiten ab 1. April 2002 dagegen entfaltet die Regelung des Artikel 33 § 14 GSG als Folge des Bundesverfassungsgerichtsbeschlusses vom 15. März 2000 – 1 BvL 16/96 – dem Grunde nach keine Rechtswirkungen mehr. Mit diesem Beschluss hatte das Bundesverfassungsgericht die Regelung des § 5 Absatz 1 Nr. 11 SGB V in der Fassung des GSG für mit dem Grundgesetz unvereinbar erklärt und die Zulässigkeit ihrer Anwendung auf die Zeit bis 31. März 2002 beschränkt. Da es zu einer im Beschluss geforderten gesetzlichen Neuregelung nicht gekommen ist, findet seit 1. April 2002 § 5 Absatz 1 Nr. 11 SGB V in der Fassung des GRG Anwendung mit der Folge, dass von diesem Zeitpunkt an die von Artikel 33 § 14 GSG erfassten Personen ohnehin – wieder – nach § 5 Absatz 1 Nr. 11 SGB V versicherungspflichtig sind. Durch das GKV-WSG wurde mit Wirkung vom 1. April 2007 die vom Bundesverfassungsgericht angeordnete Rechtslage in § 5 Absatz 1 Nr. 11 SGB V redaktionell nachvollzogen.

Witwen oder Witwer sind auch ohne Erfüllung der Vorversicherungszeit nach § 5 Absatz 1 Nr. 11 SGB V in der KVdR versichert, wenn der Verstorbene, aus dessen Versicherung der Rentenanspruch abgeleitet wird, bereits eine Rente bezogen hat und nach einer der Besitzstandsregelungen seit 1. Januar 1989 bzw. 1. Januar 1993 als versicherungspflichtig galt. Das gilt nicht in Anwendungsfällen des § 6 Absatz 3a SGB V (A II 2).

A I 1.3 Auswirkungen durch das 10. SGB V – Änderungsgesetz ab 1. April 2002

A I 1.3.1 Optionsrecht für freiwillig versicherte Rentner

Bezieher einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung, die nach dem 31. März 2002 nach § 5 Absatz 1 Nr. 11 SGB V in der Fassung des GRG in Verbindung mit dem Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 15. März 2000 versicherungspflichtig wurden, hatten nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nr. 6 SGB V in der bis zum 10. Mai 2019 geltenden Fassung die Möglichkeit (grundsätzlich bis zum 30. September 2002), der gesetzlichen Krankenversicherung als freiwilliges Mitglied beizutreten. Durch die Ausübung des Optionsrechts haben die betroffenen Bestandsrentner ihren bisherigen Versichertenstatus über den 31. März 2002 hinaus beibehalten (siehe Gemeinsame Verlautbarung der Spitzenverbände der Kranken- und Rentenversicherungsträger vom 11. März 2002 zur Umsetzung des 10. SGB V - Änderungsgesetzes unter Beachtung des Beschlusses des Bundesverfassungsgerichts vom 15. März 2000).

Hat der Rentner von seinem Optionsrecht nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nr. 6 SGB V in der bis zum 10. Mai 2019 geltenden Fassung Gebrauch gemacht, ist der Eintritt der Versicherungspflicht in der KVdR auf Dauer ausgeschlossen, selbst wenn eine weitere Rente hinzutritt. Dies ergibt sich unmittelbar aus § 5 Absatz 8 Satz 2 SGB V. Somit war z. B. für einen Waisenrentner, der am 31. März 2002 bereits eine Waisenrente nach § 48 SGB VI bezogen, nach dem 31. März 2002 die Voraussetzungen der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 11 SGB V in der Fassung des GRG in Verbindung mit dem Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 15. März 2000 erfüllt und von seinem Optionsrecht nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nr. 6 SGB V in der bis zum 10. Mai 2019 geltenden Fassung Gebrauch gemacht hat, der Eintritt der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 11b Buchstabe a SGB V ab 1. Januar 2017 ebenfalls ausgeschlossen.

Ebenso kann in diesen Optionsfällen anlässlich der Änderung der Vorversicherungszeit ab 1. August 2017 (drei Jahre für jedes Kind) keine Versicherungspflicht eintreten.

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

Die Versicherungspflicht nach anderen gesetzlichen Vorschriften verdrängt zwar die freiwillige Versicherung nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nr. 6 SGB V in der bis zum 10. Mai 2019 geltenden Fassung, dennoch kommt auch nach dem Wegfall des Versicherungspflichttatbestandes aufgrund des einmal ausgeübten Optionsrechts keine Versicherungspflicht in der KVdR in Betracht.

Das einmal ausgeübte Optionsrecht wirkt im Übrigen auch bei einem Krankenkassenwechsel fort.

A I 1.3.2 Auswirkungen des Optionsrechts auf den familienversicherten Rentner

Die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts hatte zur Folge, dass auch bisher familienversicherte Rentner, die die Vorversicherungszeit nach § 5 Absatz 1 Nr. 11 SGB V in der Fassung des GRG erfüllten, vom 1. April 2002 an grundsätzlich versicherungspflichtig geworden sind. Handelt es sich bei dem familienversicherten Rentner allerdings um den Angehörigen eines nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nr. 6 SGB V in der bis zum 10. Mai 2019 geltenden Fassung Optionsberechtigten, hat die Entscheidung des Mitglieds auch Auswirkung auf das Versicherungsverhältnis des Familienangehörigen. Hat der Rentner das Optionsrecht ausgeübt, ist die KVdR-Mitgliedschaft des familienversicherten Rentners entsprechend § 190 Absatz 11a SGB V zum 1. April 2002 ebenfalls nicht zustande gekommen.

Das einmal ausgeübte Optionsrecht des Optionsberechtigten verliert nach § 5 Absatz 8 Satz 2 SGB V in Verbindung mit § 190 Absatz 11a SGB V für den familienversicherten Rentner auch dann nicht seine Wirkung, wenn

- der Stammversicherte, aus dessen Versicherung die Familienversicherung abgeleitet wird, verstirbt,
- die Ehe mit dem Stammversicherten geschieden wird,
- der familienversicherte Rentner nach § 10 Absatz 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V wegen Überschreitens der Einkommensgrenze aus der Familienversicherung ausscheidet,
- der familienversicherte Rentner die Altersgrenze für die Familienversicherung überschreitet oder
- der Stammversicherte in die PKV wechselt.

In allen vorgenannten Fällen ist für den bisher Familienversicherten seit 1. August 2013 bei einem Verbleib in der GKV eine obligatorische Anschlussversicherung nach § 188 Absatz 4 SGB V zu begründen (A IV 1). Die Versicherungspflicht in der KVdR nach § 5 Absatz 1 Nr. 11 SGB V ist auf Dauer ausgeschlossen; dies gilt auch bei Hinzutritt einer weiteren Rente. Sofern der familienversicherte Rentner eines nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nr. 6 SGB V in der bis zum 10. Mai 2019 geltenden Fassung versicherten Optionsberechtigten wegen Überschreitens der Einkommensgrenze aus der Familienversicherung ausscheidet, aber später die Einkommensgrenze wieder unterschreitet, tritt bei Erfüllung der sonstigen Voraussetzungen die Familienversicherung nach § 10 SGB V in Verbindung mit § 190 Absatz 11a SGB V und unter Berücksichtigung des § 191 Nr. 3 SGB V erneut ein.

Ebenso kann in diesen Optionsfällen anlässlich der Änderung der Vorversicherungszeit ab 1. August 2017 (drei Jahre für jedes Kind) keine Versicherungspflicht eintreten.

Ein Waisenrentner, der am 31. März 2002 bereits eine Waisenrente nach § 48 SGB VI bezogen, nach dem 31. März 2002 die Voraussetzungen der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 11 SGB V in der Fassung des GRG in Verbindung mit dem Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 15. März 2000 erfüllt hat und deren Familienversicherung nach dem 31. März 2002 von einem nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nr. 6 SGB V Optionsberechtigten abgeleitet wurde,

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

wird von § 190 Absatz 11a SGB V ebenfalls erfasst. Dies führt dazu, dass nach § 5 Absatz 8 Satz 2 i. V. m. Satz 1 SGB V auch die Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 11b Buchstabe a SGB V ab 1. Januar 2017 verhindert wird.

Bei den Waisenrentnern hingegen, deren Familienversicherung nicht von einem Optionsberechtigten abgeleitet wird und die in Anwendung des § 5 Absatz 8 Satz 3 SGB V über den 1. April 2002 in der Familienversicherung geblieben sind, wird die Familienversicherung ab 1. Januar 2017 von der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 11b Buchstabe a SGB V verdrängt, da diese neue Versicherungspflicht in die Ausschlussregelung des § 5 Absatz 8 Satz 3 SGB V nicht einbezogen worden ist.

A I 2 Personenkreis

Nach § 5 Absatz 1 Nr. 11 bis 12 SGB V sind Personen krankenversicherungspflichtig, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben. Dabei ist es unerheblich, ob es sich um eine Rente wegen Alters, verminderter Erwerbsfähigkeit oder um eine Rente wegen Todes handelt.

Ein Anspruch auf eine ausländische gesetzliche Rente kann nicht zur Versicherungspflicht in der deutschen KVdR führen.

A I 3 Voraussetzungen

Für alle in § 5 Absatz 1 Nr. 11 bis 12 SGB V genannten Personenkreise von Rentnern wird für die Versicherungspflicht vorausgesetzt, dass ein Rentenanspruch gegeben ist (A I 3.1) und die Rente beantragt wurde (A I 3.2).

Für die Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 11 SGB V und § 5 Absatz 1 Nr. 11a SGB V (Künstler und Publizisten) ist außerdem eine bestimmte Vorversicherungszeit in der gesetzlichen Krankenversicherung erforderlich (A I 3.3 und 3.4). Die Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 11b SGB V (Waisen) und § 5 Absatz 1 Nr. 12 SGB V (Spätaussiedler und vertriebene Verfolgte) setzt hingegen grundsätzlich keine Vorversicherungszeit voraus (A I 3.5 und 3.6).

Zusätzlich zu den vorgenannten Tatbeständen setzt die Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 11a SGB V voraus, dass eine selbstständige künstlerische oder publizistische Tätigkeit vor dem 1. Januar 1983 aufgenommen wurde. Eine selbstständige künstlerische oder publizistische Tätigkeit im Sinne dieser Vorschrift ist jede Tätigkeit, die bei Geltung des KSVG zur Versicherungspflicht geführt hätte bzw. hat.

Eine Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 11 bis 12 SGB V kommt nicht zustande, wenn eine Vorrangversicherung, ein Ausschlussstatbestand (A I 4), Versicherungsfreiheit (A II) oder eine Befreiung von der Versicherungspflicht (A III) vorliegt.

A I 3.1 Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung

Als erste Bedingung für eine Versicherungspflicht in der KVdR müssen die Voraussetzungen für den Bezug einer Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllt sein. Nach § 33 SGB VI werden Renten geleistet wegen Alters, wegen verminderter Erwerbsfähigkeit oder wegen Todes.

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

Altersrenten (Voll- oder Teilrenten) sind

- Regelaltersrenten,
- Altersrenten für langjährig Versicherte,
- Altersrenten für schwerbehinderte Menschen,
- Altersrenten für besonders langjährig Versicherte,
- Altersrenten wegen Arbeitslosigkeit oder nach Altersteilzeitarbeit,
- Altersrenten für Frauen und
- Altersrenten für langjährig unter Tage beschäftigte Bergleute.

Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit sind

- Renten wegen voller Erwerbsminderung,
- Renten wegen teilweiser Erwerbsminderung und
- Renten für Bergleute.

Renten wegen Todes sind

- Witwenrenten oder Witwerrenten,
- Waisenrenten und
- Erziehungsrenten.

Renten im Sinne des § 5 Absatz 1 Nr. 11, 11a und 12 SGB V sind auch die Knappschaftsausgleichsleistung sowie die Witwenrente und Witwerrente an geschiedene Ehegatten.

Als Renten der gesetzlichen Rentenversicherung gelten in diesem Zusammenhang auch die nach Artikel 2 Rentenüberleitungsgesetz (RÜG) zu leistenden Renten wegen Alters, verminderter Erwerbsfähigkeit oder Todes:

Renten wegen Alters werden geleistet als

- Altersrenten und Zusatzaltersrenten,
- Bergmannsaltersrenten und Zusatzbergmannsaltersrenten und
- Bergmannsvollrenten.

Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit werden geleistet als

- Invalidenrenten und Zusatzinvalidenrenten,
- Bergmannsinvalidenrenten und Zusatzbergmannsinvalidenrenten,
- Bergmannsrenten und
- Invalidenrenten für Behinderte.

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

Renten wegen Todes werden geleistet als

- Witwen- oder Witwerrenten und Zusatzwitwen- oder -witwerrenten,
- Bergmannswitwen- oder Bergmannswitwerrenten und Zusatzbergmannswitwen- oder -witwerrenten,
- Übergangshinterbliebenenrenten und Zusatzübergangshinterbliebenenrenten,
- Unterhaltsrenten und
- Waisenrenten und Zusatzwaisenrenten.

Keine Renten im Sinne des § 5 Absatz 1 Nr. 11, 11a und 12 SGB V sind

- Leistungen für Kindererziehung an Mütter der Geburtsjahrgänge vor 1921 bzw. im Beitrittsgebiet an Mütter der Geburtsjahrgänge vor 1927 (§§ 294 ff. SGB VI),
- Kriegsbeschädigtenrenten, die nach Artikel 25 RÜG vom Rentenversicherungsträger als Abschlag oder Ausgleichszahlung weiter zu leisten sind,
- Entschädigungsrenten nach dem Gesetz über die Entschädigung für Opfer des Nationalsozialismus im Beitrittsgebiet und deren Hinterbliebenen vom 22. April 1992 (BGBl. I S. 906) und
- Leistungen aus Sonderversorgungssystemen nach § 9 Anspruchs- und Anwartschaftsüberführungsgesetz (AAÜG), die nicht in die gesetzliche Rentenversicherung überführt wurden.

Ungeachtet des Artikels 5 Buchstabe a) der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit - VO (EG) 883/04 - zur Gleichstellung von Sachverhalten kann aufgrund eines Antrags bzw. des Bezugs einer gesetzlichen Rente aus einem anderen EU-/ EWR-Staat oder der Schweiz keine KVdR in Deutschland begründet werden. Artikel 22 Absatz 2 der Verordnung (EG) Nr. 987/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. September 2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit - VO (EG) 987/09 - schließt dies ausdrücklich aus.

Für das Bestehen von Versicherungspflicht in der KVdR ist nicht erforderlich, dass die Rente tatsächlich ausgezahlt wird; es genügt, dass der Anspruch auf die Rente dem Grunde nach besteht. Die KVdR wird demnach auch durchgeführt, wenn die Rente wegen Zusammentreffens mit einer anderen Rente oder Einkommen tatsächlich nicht gezahlt wird. Die KVdR wird dagegen nicht begründet, wenn der Rentenberechtigte auf die Rente in voller Höhe verzichtet.

Die Feststellung über das Vorliegen der Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente trifft der zuständige Rentenversicherungsträger mit Erteilung des Rentenbescheides oder mit Aufnahme einer laufenden Vorschusszahlung. Die Entscheidung des Rentenversicherungsträgers ist für die Krankenkasse verbindlich.

Bei Vorschusszahlungen des Rentenversicherungsträgers auf die zu erwartenden Rentenleistungen ist davon auszugehen, dass der Rentenanspruch dem Grunde nach bereits anerkannt ist und lediglich die Höhe des Rentenanspruchs noch nicht feststeht. Der Erhalt eines Rentenvorschusses steht versicherungsrechtlich dem Bezug einer Rente gleich. Somit ist ab Beginn der Vorschusszahlung die KVdR durchzuführen, wenn die übrigen Voraussetzungen erfüllt sind. Eine zuvor durchgeführte Mitgliedschaft als Rentenantragsteller ist zugunsten der KVdR umzustellen.

In Fällen, in denen im Rahmen einer Überprüfung nach § 44 SGB X oder der nachgeholten Mitwirkung nach § 67 SGB I ein Rentenanspruch festgestellt wird, ergibt sich für die KVdR Folgendes:

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

Allein der Tatbestand, dass der Rentenversicherungsträger - sei es von Amts wegen oder auf Veranlassung des Versicherten - seine Entscheidung überprüft, bewirkt keine Mitgliedschaft in der KVdR. In diesen Fällen beginnt die Mitgliedschaft in der KVdR erst aufgrund des Rentenbezugs - auch bei rückwirkender Rentenbewilligung - mit der Bekanntgabe des Rücknahme- oder Bewilligungsbescheides an den Versicherten (Urteil des BSG vom 25. Februar 1997 - 12 RK 4/96 -, USK 97121). Wird nach Überprüfung auf einen in der Vergangenheit zunächst bindend abgelehnten Rentenantrag hin eine Rentenleistung bewilligt, ist im Hinblick auf die KVdR-Voraussetzungen auf die rechtlichen Gegebenheiten am Tag der ursprünglichen Rentenantragstellung abzustellen. Die für die Vorversicherungszeit in der KVdR maßgebliche Rahmenfrist endet ebenfalls mit diesem Zeitpunkt und nicht mit der Stellung des Überprüfungsantrags.

Beispiel:

Rentenantrag und Beginn der Rentenantragstellermemberschaft am	13.1.2017
Rentenablehnung mit Bescheid vom	19.5.2017
Ende der Rentenantragstellermemberschaft mit Bindung des Ablehnungsbescheides am	22.6.2017
Überprüfungsantrag nach § 44 SGB X wird gestellt am	12.2.2020
Bekanntgabe des Bewilligungsbescheides am	25.8.2020
- Rentenbeginn 1.2.2017 -	

Ergebnis:

Die Versicherungspflicht als Rentner nach § 5 Absatz 1 Nr. 11 SGB V beginnt am 25.8.2020. Die Rahmenfrist zur Prüfung der KVdR-Vorversicherungszeit endet am 13.1.2017. Zur Prüfung der weiteren KVdR-Voraussetzungen sind die Vorschriften zu beachten, die am 13.1.2017 Gültigkeit hatten.

A I 3.2 Rentenanspruch

Die Versicherungspflicht in der KVdR setzt voraus, dass die Rente beantragt ist oder als beantragt gilt (Umdeutung eines Antrages auf medizinische Rehabilitation oder auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in einen Rentenantrag). In welcher Form der Rentenantrag gestellt wird, ist unbeachtlich; er kann schriftlich oder mündlich (zur Niederschrift) gestellt werden. Im Allgemeinen wird der Antrag formularmäßig aufgenommen.

Als Tag der Rentenantragstellung ist auch der Tag des Antrags auf

- Weiterzahlung einer befristeten Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit (A I 3.7.3),
- Wiedergewährung einer Waisenrente (A I 3.7.4) und
- Vorschuss für das sog. Sterbevierteljahr von Witwen und Witwern (§ 115 Absatz 2 SGB VI)

anzusehen.

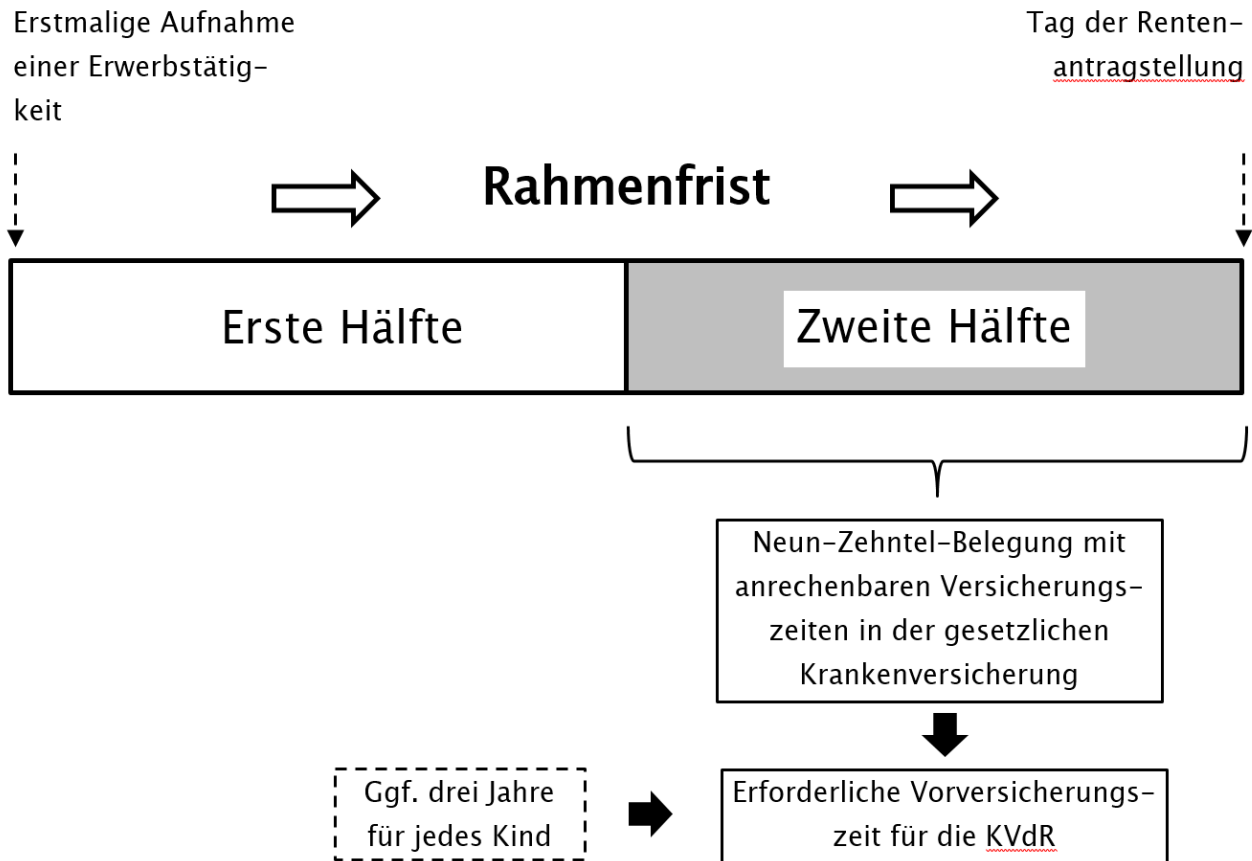
A I 3.3 Vorversicherungszeit nach § 5 Absatz 1 Nr. 11 SGB V

Die Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 11 SGB V tritt dann ein, wenn in der Zeit von der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Rentenantragstellung (Rahmenfrist) mindestens neun Zehntel der zweiten Hälfte dieses Zeitraums eine Mitgliedschaft oder eine Familienversicherung bei einer Krankenkasse (§ 4 Absatz 2 SGB V) bestanden

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

hat. Bei Witwen oder Witvern, die ihren Rentenanspruch aus der Versicherung des Verstorbenen ableiten, gilt nach § 5 Absatz 2 Satz 2 SGB V die Vorversicherungszeit nach § 5 Absatz 1 Nr. 11 SGB V bereits dann als erfüllt, wenn der Verstorbene diese erfüllt hatte. Nähere Ausführungen zu diesen anrechenbaren Versicherungszeiten enthält A I 3.3.3.

Darüber hinaus wird seit dem 1. August 2017 nach § 5 Absatz 2 Satz 3 SGB V auf die nach § 5 Absatz 1 Nr. 11 SGB V erforderliche Mitgliedszeit für jedes Kind eine Zeit von drei Jahren angerechnet (A I 3.3.4).



Für die Feststellung, ob der Rentnantragsteller die Vorversicherungszeit erfüllt, sieht die „Meldung zur Krankenversicherung der Rentner (KVdR) nach § 201 Absatz 1 SGB V“ (KVdR-Meldung) entsprechende Angaben vor. Der Prüfung können diese Angaben zugrunde gelegt werden. Für die Nachweisführung über die in der KVdR-Meldung angegebenen Versicherungszeiten gilt Folgendes: Die Krankenkassen können nicht davon ausgehen, dass der den Rentenanspruch aufnehmenden Stelle entsprechende Nachweise für die in der „Meldung zur Krankenversicherung der Rentner (KVdR) nach § 201 Absatz 1 SGB V“ (KVdR-Meldung) bzw. in dem entsprechenden KVdRA-Datensatz angegebenen Versicherungszeiten vorgelegen haben. Die Krankenkassen sind daher gehalten, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes nach § 20 SGB X zu entscheiden, ob und ggf. welche Nachweise erforderlich sind, um eine in der KVdR-Meldung angegebene Versicherungszeit als Vorversicherungszeit im Rahmen der KVdR anerkennen zu können. Schriftliche Nachweise über in- und ausländische Versicherungszeiten sind jedenfalls dann einzuholen, wenn die vom Rentnantragsteller gemachten Angaben nicht hinreichend plausibel oder wenn sie widersprüchlich sind.

A I 3.3.1 Rahmenfrist

Die Rahmenfrist, innerhalb der Versicherungszeiten anrechenbar sind, beginnt mit dem Tag der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit. Sie endet mit dem Tag der Rentenanspruchstellung. Für Hinterbliebenenrenten gilt dies auch dann, wenn bei der Prüfung der Zugangsvoraussetzungen zur KVdR die Vorversicherungszeiten der verstorbenen Person (längstens bis zum Todestag) berücksichtigt werden; das Gesetz enthält hierzu keine besondere Regelung.

Als Erwerbstätigkeit gilt jede auf Erwerb gerichtete oder zur Berufsausbildung ausgeübte Beschäftigung oder selbstständige Tätigkeit, und zwar auch im Ausland (Urteil des BSG vom 8. November 1983 - 12 RK 12/83 -, USK 83202). Nach der Begründung zum vorgenannten Urteil des BSG kommt es für den Beginn der Rahmenfrist nicht darauf an, ob die Erwerbstätigkeit den Zugang zur Krankenversicherung eröffnete. Der Beginn der Rahmenfrist wird daher auch ausgelöst z. B. beim Eintritt in

- ein Beamtenverhältnis,
- den Freiwilligen Wehrdienst,
- ein Dienstverhältnis als Soldat auf Zeit oder als Berufssoldat,
- den Bundesfreiwilligendienst oder
- eine Beschäftigung nach dem Gesetz zur Förderung von Jugendfreiwilligendiensten
- ein für ein Studium vorgeschriebenes Praktikum gegen Arbeitsentgelt (Urteil des BSG vom 22. Februar 1996 - 12 RK 33/94 -, USK 9647).

Nicht als erstmalige Aufnahme einer Erwerbstätigkeit gelten

- Grundwehrdienst und Zivildienst,
- Tätigkeiten nach dem Entwicklungshelfergesetz,
- Beschäftigungen oder Tätigkeiten, die wegen ihrer Geringfügigkeit krankenversicherungsfrei waren oder bei Anwendbarkeit der Vorschriften über die Krankenversicherungsfreiheit von geringfügigen Beschäftigungen oder Tätigkeiten versicherungsfrei beurteilt worden wären,
- Unentgeltliche Beschäftigungen oder selbstständige Tätigkeiten, die zu oder während der wissenschaftlichen Ausbildung ausgeübt worden sind, und
- Beschäftigungen, die wegen ihrer Gemeinnützigkeit krankenversicherungsfrei waren (§ 6 Absatz 1 Nr. 7 SGB V).

Bei Personen, die wegen ihrer Behinderung eine Erwerbstätigkeit nicht ausüben konnten, gilt der Eintritt der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 7 und 8 SGB V als erstmalige Aufnahme einer Erwerbstätigkeit. Gleiches gilt für die Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 5 und 6 SGB V.

Wurde eine Erwerbstätigkeit nicht aufgenommen, so gilt als Beginn der Rahmenfrist

- der Tag der Eheschließung bzw. der Tag der Eintragung einer Lebenspartnerschaft im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes oder
- wenn eine Ehe bzw. eingetragene Lebenspartnerschaft nicht bestand, die Vollendung des 18. Lebensjahres, bei minderjährigen Waisen der Tag der Geburt (nur in Ausnahmefällen relevant, A I 3.5.2.3).

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

Beispiel 1:

Rentantragstellung am	17.7.2020
Erstmalige Aufnahme einer Erwerbstätigkeit am	1.3.1978
Rahmenfrist beginnt am	1.3.1978
und endet am	17.7.2020

Beispiel 2:

Rentantragstellung am	14.9.2020
Eheschließung am	18.5.1976
Erstmalige Aufnahme einer Erwerbstätigkeit am	1.4.1976
Rahmenfrist beginnt am	1.4.1976
und endet am	14.9.2020

Beginn der Rahmenfrist	
	grundsätzlich mit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit
	<ul style="list-style-type: none"> – jede auf Erwerb gerichtete Beschäftigung – zur Berufsausbildung ausgeübte Beschäftigung – selbstständige Tätigkeit <div style="text-align: right; margin-top: -10px;">} auch im Ausland</div>
oder	sofern infolge Behinderung eine Erwerbstätigkeit nicht aufgenommen werden konnte
	<ul style="list-style-type: none"> – Eintritt der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 7 oder 8 SGB V oder – Eintritt der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 5 oder 6 SGB V
oder	sofern keine Erwerbstätigkeit aufgenommen wurde
	<ul style="list-style-type: none"> – der Tag der Eheschließung bzw. der Eintragung einer Lebenspartnerschaft oder – wenn eine Ehe oder eingetragene Lebenspartnerschaft nicht bestand <ul style="list-style-type: none"> • die Vollendung des 18. Lebensjahres • bei minderjährigen Waisen der Tag der Geburt (in Ausnahmefällen)

Personen, die dem Grunde nach unter § 5 Absatz 1 Nr. 12 SGB V (Spätaussiedler und vertriebene Verfolgte) fallen, aber zum Zeitpunkt der Rentenantragstellung bereits länger als 10 Jahre ihren Wohnsitz im Bundesgebiet haben, müssen die Vorversicherungszeit nach § 5 Absatz 1 Nr. 11 SGB V nachweisen. Dabei ist fiktiv davon auszugehen, dass die Vorversicherungszeit bis zum Zeitpunkt der Verlegung des Wohnsitzes ins Bundesgebiet erfüllt ist. Für die Prüfung der Voraussetzung nach § 5 Absatz 1 Nr. 11 SGB V ist insoweit nur noch die Zeit seit der Umsiedlung heranzuziehen. Die Rahmenfrist beginnt also in diesen Fällen mit dem Zuzug in die Bundesrepublik Deutschland.

Die Rahmenfrist endet mit dem Tag der Rentenantragstellung, und zwar auch dann, wenn die KVdR zunächst nicht wirksam wird (z. B. wegen einer Vorrangversicherung). Eventuelle nach der Rentenantragstellung bis zum Beginn der

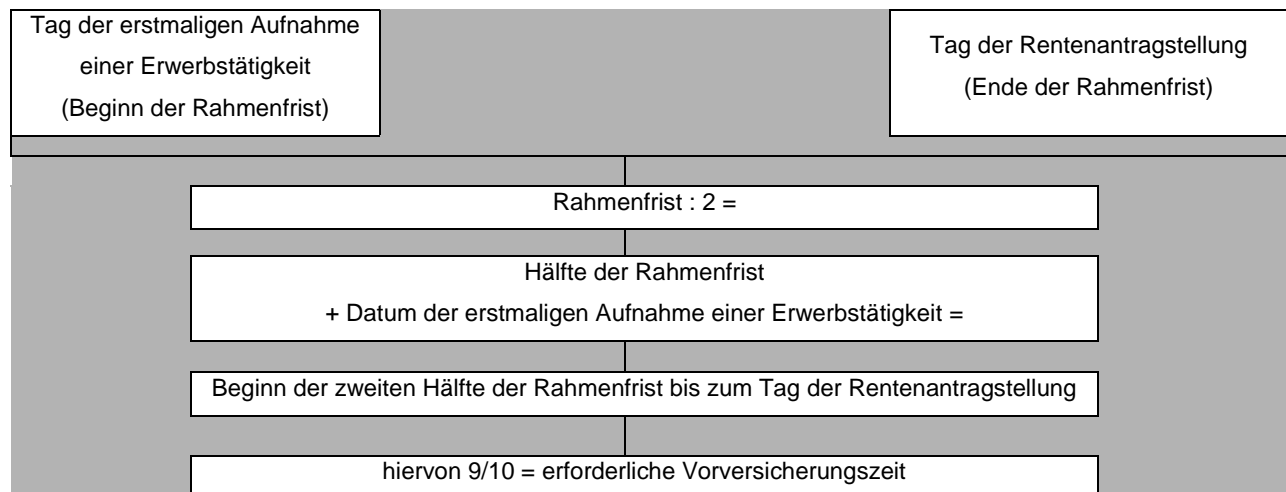
Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

Rente zurückgelegte Versicherungszeiten führen weder zu einer Verlängerung der Rahmenfrist noch können diese Zeiten als Vorversicherungszeit berücksichtigt werden (Urteil des BSG vom 4. Juni 2009 – B 12 KR 26/07 R -, USK 2009-34). Bei Rentenantragstellung durch den zwischenzeitlich bestellten Betreuer eines geschäftsunfähigen Rentners ist im Hinblick auf das Ende der Rahmenfrist das Urteil des BSG vom 27. Januar 2010 – B 12 KR 20/08 R -, USK 2010-20, zu beachten.

A | 3.3.2 Neun-Zehntel-Belegung

Nach § 5 Absatz 1 Nr. 11 SGB V wird für die zweite Hälfte der Rahmenfrist eine Neun-Zehntel-Belegung mit Mitgliedschaftszeiten bzw. mit Zeiten einer Familienversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung verlangt.

Die zweite Hälfte der Rahmenfrist sowie die Neun-Zehntel-Belegung sind wie folgt zu ermitteln:



Die Neun-Zehntel-Belegung kann vereinfachend mit der als Anhang beigefügten Tabelle ermittelt werden. Dabei wird für die einzelnen Jahre, Monate und Tage der zweiten Hälfte der Rahmenfrist jeweils ein Anteil von neun Zehnteln bestimmt, der wiederum aufgeteilt nach Jahren, Monaten und Tagen angegeben wird. Die Zusammenrechnung aller Jahre, Monate und Tage ergibt die erforderliche Vorversicherungszeit.

Wird die auf diese Weise ermittelte 9/10-Belegung mit den im Einzelfall anrechenbaren Versicherungszeiten mit einer Differenz von wenigen Tagen nicht erreicht, ist alternativ eine Berechnung der Neun-Zehntel-Belegung allein auf der Basis von Tagen angezeigt. Dabei wird die in Jahren, Monaten und Tagen bestimmte Dauer der zweiten Hälfte der Rahmenfrist unter Berücksichtigung von § 26 Absatz 1 SGB X i. V. m. § 191 BGB auf Tage umgerechnet. Volle Kalendermonate werden zu 30 und das Kalenderjahr zu 365 Tagen gerechnet. Danach wird ein Anteil von neun Zehnteln bestimmt; ergeben sich dabei Dezimalwerte, ist auf volle Tage abzurunden. Die so ermittelte Anzahl von Tagen ist unter Berücksichtigung von § 191 BGB wiederum auf Jahre, Monate und Tage umzurechnen. Das Ergebnis entspricht der erforderlichen Vorversicherungszeit.

Beispiel 1:

Rentenantrag am	24.7.2020
Erstmalige Aufnahme einer Erwerbstätigkeit am	1.3.1978

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

Ermittlung der Rahmenfrist:

Vom 1.3.1978 bis 24.7.2020

Ermittlung des Beginns der zweiten Hälfte der Rahmenfrist:

	Tage	Monate	Jahre	
	24.	07.	2020	
<u>./. 01.</u>	<u>03.</u>	<u>1978</u>		
=	24 (23+01)	04	42	(Dauer der gesamten Rahmenfrist)
: 2				
=	12	02	21	(Hälfte der Rahmenfrist)
+ <u>01.</u>	<u>03.</u>	<u>1978</u>		(Datum der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit)
=	13.	05.	1999	(Beginn der zweiten Hälfte der Rahmenfrist)

Ermittlung der erforderlichen Vorversicherungszeit:

	Tage	Monate	Jahre
	24.	07.	2020
<u>./. 13.</u>	<u>05.</u>	<u>1999</u>	
=	12 (11+01)	02	21

Hiervon 9/10 lt. Tabelle (Anhang):

21 Jahre = 18 Jahre 10 Monate 29 Tage
02 Monate = - Jahre 01 Monate 24 Tage
12 Tage = - Jahre - Monate 11 Tage
18 Jahre 11 Monate 64 Tage
19 Jahre 01 Monate 04 Tage (Umwandlung)

Erforderliche Vorversicherungszeit = 19 Jahre 1 Monat 4 Tage

Für den Rentenantragsteller müssen in der Zeit vom 13.5.1999 bis 24.7.2020 mindestens 19 Jahre, 1 Monat, 4 Tage anrechenbare Versicherungszeiten nachgewiesen sein.

Alternative Berechnung der Neun-Zehntel-Belegung nach Tagen:

Umrechnung der erforderlichen Vorversicherungszeit auf Tage:

21 Jahre = 7.665 Tage
02 Monate = 60 Tage
12 Tage = 12 Tage
Gesamt = 7.737 Tage

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

Ermittlung des Anteils von 9/10:

9/10 davon = 6.963,3 Tage, abgerundet = 6.963 Tage

Umwandlung in Jahre, Monate und Tage:

6.963 Tage : 365 = 19,08 Jahre, abgerundet = 19 Jahre

Rest:

19 x 365 = 6.935 Tage

6.963 ./ 6.935 = 28 Tage

Erforderliche Vorversicherungszeit = 19 Jahre 0 Monate 28 Tage

Beispiel 2:

Rentenantrag am 23.10.2020

Erstmalige Aufnahme einer Erwerbstätigkeit am 1.2.1977

Ermittlung der Rahmenfrist:

Vom 1.2.1977 bis 23.10.2020

Ermittlung des Beginns der zweiten Hälfte der Rahmenfrist:

	Tage	Monate	Jahre	
	23.	10.	2020	
./.	01.	02.	1977	
=	23 (22+01)	08	43	
=	23	20	42 (Umwandlung)	(Dauer der gesamten Rahmenfrist)
: 2				
=	12 *)	10	21	(Hälfte der Rahmenfrist)
+	01.	02.	1977	(Datum der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit)
=	13.	12.	1998	(Beginn der zweiten Hälfte der Rahmenfrist)

*) Rundung zu Gunsten des Versicherten

Ermittlung der erforderlichen Vorversicherungszeit:

	Tage	Monate	Jahre	
	23.	10.	2020	
	23.	22.	2019	(Umwandlung)
./.	13.	12.	1998	
=	11 (10+01)	10	21	

Hiervon 9/10 lt. Tabelle (Anhang):

21 Jahre = 18 Jahre 10 Monate 29 Tage

10 Monate = - Jahre 09 Monate - Tage

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

11 Tage = - Jahre - Monate 10 Tage
18 Jahre 19 Monate 39 Tage
19 Jahre 08 Monate 09 Tage (Umwandlung)

Erforderliche Vorversicherungszeit = 19 Jahre 8 Monate 9 Tage

Für den Rentenantragsteller müssen in der Zeit vom 13.12.1998 bis 23.10.2020 mindestens 19 Jahre, 8 Monate, 9 Tage anrechenbare Versicherungszeiten nachgewiesen sein.

A I 3.3.3 Anrechenbare Versicherungszeiten

Als Vorversicherungszeit sind alle Zeiten der Mitgliedschaft (Pflichtversicherung, freiwillige Versicherung) oder Familienversicherung bei einer Krankenkasse innerhalb der zweiten Hälfte der Rahmenfrist zu berücksichtigen.

Der Anrechnung als Vorversicherungszeit stehen ein Ruhen des Leistungsanspruchs nach § 16 Absatz 1 bis 3a SGB V oder eine sog. Anwartschaftsversicherung (Beitragsbemessung nach § 240 Absatz 4b SGB V) sowie ein Beitragserlass oder eine Beitragsermäßigung nach § 256a SGB V nicht entgegen. Dies gilt sowohl für die betroffenen Mitglieder als auch für deren nach § 10 SGB V versicherte Angehörige.

Bei der Prüfung der Vorversicherungszeit sind die beim Träger der Sozialversicherung im Beitrittsgebiet (bis 31. Dezember 1990) zurückgelegten Versicherungszeiten den Zeiten einer Pflichtversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung gleichgestellt. Dies gilt gleichermaßen für Zeiten in der Freiwilligen Krankheitskostenversicherung der ehemaligen Staatlichen Versicherung der DDR oder in einem Sonderversorgungssystem (§ 309 Absatz 5 Satz 1 SGB V).

Den Mitgliedszeiten werden bis zum 31. Dezember 1988 Zeiten der Ehe mit einem Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung gleichgestellt. Allerdings sind Ehezeiten nicht zu berücksichtigen, in denen der Rentenantragsteller mehr als nur geringfügig beschäftigt oder selbstständig tätig war (§ 5 Absatz 2 Satz 1 SGB V). Eine nicht wegen Geringfügigkeit, sondern aus anderen Gründen von der Versicherungspflicht in der Krankenversicherung ausgenommene Beschäftigung oder Tätigkeit schließt für diese Zeit die Anrechnung der Ehezeit auf die Vorversicherungszeit aus.

Anrechenbare Versicherungszeiten nach § 5 Absatz 1 Nr. 11 SGB V sind^{*}:

- Pflichtmitgliedschaftszeiten als versicherungspflichtiger Arbeitnehmer nach § 5 Absatz 1 Nr. 1 SGB V (§ 165 Absatz 1 Nr. 1 und 2 RVO),
- Pflichtmitgliedschaftszeiten als Leistungsbezieher nach dem SGB III bzw. Mitgliedschaftszeiten wegen des Bezuges von Kurzarbeitergeld oder Schlechtwettergeld/Winteraushanggeld nach § 5 Absatz 1 Nr. 2 SGB V (§§ 155, 162 AFG),
- Pflichtmitgliedschaftszeiten als Bezieher von Arbeitslosengeld II nach § 5 Absatz 1 Nr. 2a SGB V,
- Pflichtmitgliedschaftszeiten bei der landwirtschaftlichen Krankenkasse nach § 5 Absatz 1 Nr. 3 SGB V i. V. m. §§ 2 ff. KVLG 1989 (§§ 2 ff. KVLG),
- Pflichtmitgliedschaftszeiten als Künstler oder Publizist nach § 5 Absatz 1 Nr. 4 SGB V i. V. m. § 1 KSVG (§ 1 KSVG),

^{*} Vorher geltende Rechtsvorschriften sind als Klammerhinweis wiedergegeben.

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

- Pflichtmitgliedschaftszeiten als Person in einer Einrichtung der Jugendhilfe nach § 5 Absatz 1 Nr. 5 SGB V (§ 165 Absatz 1 Nr. 2a Buchst. a RVO),
- Pflichtmitgliedschaftszeiten als Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an Abklärungen der beruflichen Eignung oder Arbeitserprobung nach § 5 Absatz 1 Nr. 6 SGB V (§ 165 Absatz 1 Nr. 2a Buchst. b und Nr. 4 RVO),
- Pflichtmitgliedschaftszeiten als behinderter Mensch in geschützten Einrichtungen für behinderte Menschen nach § 5 Absatz 1 Nr. 7 und 8 SGB V (§§ 1 und 2 SVBG),
- Pflichtmitgliedschaftszeiten als Student, Praktikant ohne Arbeitsentgelt sowie zur Berufsausbildung ohne Arbeitsentgelt Beschäftigter und Auszubildender des Zweiten Bildungsweges nach § 5 Absatz 1 Nr. 9 und 10 SGB V (§ 165 Absatz 1 Nr. 5 und 6 RVO),
- Pflichtmitgliedschaftszeiten als Rentner nach § 5 Absatz 1 Nr. 11, 11a, 11b oder 12 SGB V (§ 165 Absatz 1 Nr. 3 RVO, § 19 RKG),
- Pflichtmitgliedschaftszeiten nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V (Auffang-Versicherungspflicht),
- Zeiten, in denen die Mitgliedschaft nach §§ 192 SGB V, § 7 Absatz 3 Satz 1 SGB IV oder § 25 KVLG 1989 (§ 311 RVO, § 48 Absatz 2 KVLG) erhalten bleibt,
- Zeiten der Mitgliedschaft als Wehr-/Zivildienstleistender nach § 193 SGB V (§ 209a RVO),
- Zeiten einer fortbestehenden Pflicht- oder freiwilligen Versicherung während der Teilnahme an einer Eignungsübung nach § 8 Eignungsübungsgesetz (EÜG)
- Mitgliedschaftszeiten als Rentenantragsteller nach § 189 SGB V, § 23 KVLG 1989 (§ 315a RVO, § 49 KVLG),
- Zeiten einer formalen Mitgliedschaft (§ 315 RVO),
- Zeiten einer freiwilligen Mitgliedschaft nach § 9 SGB V einschließlich § 188 Absatz 4 SGB V (§§ 176 ff., 313 RVO),
- Zeiten einer freiwilligen Mitgliedschaft bei der landwirtschaftlichen Krankenkasse nach § 6 KVLG 1989 (§§ 5, 6, 96 KVLG),
- Zeiten einer Familienversicherung ab 1. Januar 1989 nach § 10 SGB V, § 7 KVLG 1989,
- Ehezeiten mit einem Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung bis 31. Dezember 1988,
- Zeiten eines Waisenrentenbezuges als Minderjähriger, wenn deren Familienhilfeberechtigung bis 31. Dezember 1988 auf einer Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung beruhte,
- Zeiten einer ruhenden Versicherung oder Anwartschaftsversicherung von freiwillig Versicherten für die Dauer der Entsendung ins Ausland bis 31. Dezember 1988.

Demgegenüber sind folgende Zeiten zur Erfüllung der Vorversicherungszeit nach § 5 Absatz 1 Nr. 11 SGB V nicht anrechenbar:

- Zeiten, in denen eine Familienhilfeberechtigung bis 31. Dezember 1988 bestand (§ 205 RVO),
- Zeiten eines nachgehenden Leistungsanspruchs nach § 19 SGB V (§ 183 Absatz 1 Satz 2 und § 214 RVO, § 41 KVLG),
- Zeiten einer formalen Versicherung (§ 213 RVO, § 40 KVLG),
- Zeiten einer freiwilligen Mitgliedschaft nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nr. 7 SGB V, die den Zeiten einer formalen Versicherung gleichgestellt sind, wenn die Voraussetzungen im Nachhinein nicht als erfüllt gelten,
- Zeiten einer Betreuung bei einer gesetzlichen Krankenkasse nach § 264 SGB V, § 51a KVLG 1989,
- Zeiten, in denen eine Betreuung nach dem BVG bei einer gesetzlichen Krankenkasse nach § 18c BVG vorlag,
- Zeiten einer privaten Krankenversicherung,
- sonstige Zeiten der Absicherung im Krankheitsfall außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung.

Bei der Feststellung der Vorversicherungszeiten werden volle Kalendermonate zu 30 und das Kalenderjahr zu 365 Tagen angesetzt (§ 26 Absatz 1 SGB X i. V. m. § 191 BGB).

A I 3.3.4 Anrechenbare Zeiten für Kinder

A I 3.3.4.1 Allgemeines

Auf die nach § 5 Absatz 1 Nr. 11 SGB V erforderliche Mitgliedszeit wird nach § 5 Absatz 2 Satz 3 SGB V für jedes Kind, Stiefkind oder Pflegekind (§ 56 Absatz 2 Nr. 2 SGB I) eine Zeit von drei Jahren angerechnet. Die Regelung ist am 1. August 2017 in Kraft getreten und gilt mangels einer Übergangs- bzw. Stichtagsregelung auch für die Fälle, in denen der Rentenantrag vor dem 1. August 2017 gestellt wurde und die Vorversicherungszeit bisher nicht erfüllt war. Die Änderung zum 1. August 2017 wirkt sich nicht auf die Vorversicherungszeit nach § 5 Absatz 1 Nr. 11a SGB V aus.

Die drei Jahre für jedes Kind stellen im Vergleich mit anrechenbaren Versicherungszeiten (A I 3.3.3) eine gleichwertige anrechenbare Zeit dar. Eine Rangfolge von anrechenbaren Zeiten gibt es nicht. Daraus folgt, dass auch keine Reihenfolge bei der Anrechnung von Zeiten auf die erforderliche Vorversicherungszeit im Verwaltungsverfahren einzuhalten ist. Somit bleibt es der Krankenkasse überlassen, ob sie im Rahmen der Prüfung der Vorversicherungszeit zuerst die „echten“ Mitglieds- und Versicherungszeiten zusammenrechnet und dann, falls erforderlich, für jedes zu berücksichtigende Kind drei Jahre addiert oder in umgekehrter Reihenfolge vorgeht.

Die Krankenkasse hat im Rahmen der Prüfung der Vorversicherungszeit von Amts wegen zu prüfen, ob für Kinder jeweils drei Jahre angerechnet werden können. Eines entsprechenden Antrages des Rentenantragstellers bedarf es nicht.

A I 3.3.4.2 Kreis der berücksichtigungsfähigen Kinder

Nach dem Gesetzestext sind Kinder, Stiefkinder und - mit Verweis auf die Definition in § 56 Absatz 2 Nr. 2 SGB I - Pflegekinder im Rahmen der neuen Regelung zu berücksichtigen. Die Gesetzesbegründung verweist darauf, dass Kinder in diesem Sinne leibliche Kinder und ihnen nach § 1754 BGB gleichgestellte Adoptivkinder sind. Für Adoptiv- und Stiefkinder sind nach dem ab 11. Mai 2019 geltenden Recht die Alterseinschränkungen des § 5 Absatz 2 Satz 4 SGB V zu beachten. Die Gesetzesbegründung macht ferner deutlich, dass zur Vermeidung von Mehrfachbegünstigungen die Anrechnung auf die direkt nachfolgende Generation von Kindern begrenzt ist. Damit steht fest, dass Enkelkinder in diesem Sinne nicht berücksichtigt werden können.

A I 3.3.4.3 Pauschale Anrechnung von drei Jahren für jedes Kind

Für jedes Kind werden pauschal drei Jahre auf die Vorversicherungszeit angerechnet. Damit kommt es nicht darauf an, ob z. B.

- das Kind tatsächlich und in welchem zeitlichen Umfang von der betreffenden Person betreut bzw. erzogen worden ist; damit sind auch die Fälle erfasst, bei denen das Kind vor Vollendung des dritten Lebensjahres verstirbt,
- für die Betreuung bzw. Erziehung des Kindes eine Erwerbstätigkeit unterbrochen worden ist,
- eine tatsächliche oder mögliche Zeit der Kinderbetreuung bzw. -erziehung in die erste oder zweite Hälfte des Erwerbslebens fällt,

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

- sich die ersten drei Lebensjahre mehrerer Kinder überschneiden; Entsprechendes gilt für den Erwerb bzw. den Beginn der Rechtsstellung eines Adoptiv-, Stief- oder Pflegekindes,
- bei Pflegekindern das Eltern-Kind-Verhältnis vor oder nach Vollendung des 18. Lebensjahres begründet worden ist oder
- wo bzw. in welchem Staat (Inland, Ausland, Abkommenstaaten, Nichtabkommenstaaten) das jeweilige Kind geboren und aufgewachsen ist.

Adoptiv-, Stief und Pflegekinder sind sowohl bei ihren Adoptiv-, Stief- und Pflegeeltern als auch bei ihren leiblichen Eltern zu berücksichtigen; eine derartige Mehrfachberücksichtigung schließt weder das Gesetz noch die Gesetzesbegründung aus.

Die Kindeseigenschaft im Sinne des § 5 Absatz 2 Satz 3 SGB V ist nach den gleichen Grundsätzen zu prüfen wie die Elterneigenschaft im Sinne des Beitragszuschlags für kinderlose Versicherte in der sozialen Pflegeversicherung nach § 55 Absatz 3 SGB XI. Die Alterseinschränkungen in § 55 Absatz 3a SGB XI für Adoptiv- und Stiefkinder sieht die Dreijahres-Regelung erst seit dem 11. Mai 2019 vor. Nach dem an diesem Tag in Kraft getretenen § 5 Absatz 2 Satz 4 SGB V ist eine Anrechnung von drei Jahren ausgeschlossen für

- ein Adoptivkind, wenn das Kind zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Adoption bereits die in § 10 Absatz 2 SGB V vorgesehenen Altersgrenzen erreicht hat oder
- ein Stiefkind, wenn das Kind zum Zeitpunkt der Eheschließung mit dem Elternteil des Kindes bereits die in § 10 Absatz 2 SGB V vorgesehenen Altersgrenzen erreicht hat oder wenn das Kind vor Erreichen dieser Altersgrenzen nicht in den gemeinsamen Haushalt mit dem Mitglied aufgenommen wurde.

Sofern Personen aufgrund der vorher noch nicht geltenden Alterseinschränkungen für Adoptiv- oder Stiefkinder Zugang in die KVdR erhalten haben, wird es für vertretbar gehalten, wenn in diesen Bestandsfällen von einer Beendigung der Versicherungspflicht in der KVdR aufgrund der Rechtsänderung abgesehen wird.

Abweichend von der Regelung zum Beitragszuschlag in der Pflegeversicherung nach § 55 Absatz 3 SGB XI ist im Rahmen des § 5 Absatz 2 Satz 3 SGB V die Anzahl der berücksichtigungsfähigen Kinder maßgebend.

Voraussetzung für die Anrechnung von drei Jahren je Kind ist, dass das Kind spätestens am letzten Tag der Rahmenfrist nach § 5 Absatz 1 Nr. 11 SGB V (Tag der Rentenantragstellung) geboren wurde bzw. spätestens an diesem Tag die Rechtsstellung eines Adoptiv- oder Stiefkindes (unter Berücksichtigung von § 5 Absatz 2 Satz 4 SGB V) oder Pflegekindes erlangt hat.

A I 3.3.4.4 Nachweis eines Kindes

Der Nachweis eines Kindes ist grundsätzlich gegenüber der Krankenkasse zu erbringen, es sei denn, der Krankenkasse ist das Kindschaftsverhältnis bereits bekannt (z. B. im Rahmen der Prüfung des Beitragszuschlags für Kinderlose in der Pflegeversicherung oder im Rahmen der Familienversicherung). Darüber hinaus ist es zulässig, dass bereits der Rentenversicherungsträger bzw. die den Rentenantrag aufnehmende Stelle im Zusammenhang mit der Meldung nach § 201 Absatz 1 SGB V die Personenstandsdaten der Kinder bei Vorliegen entsprechender Nachweise gegenüber der Krankenkasse bestätigt.

Für die Art bzw. Form des Nachweises eines Kindes gelten die Grundsätzlichen Hinweise des GKV-Spitzenverbandes zum Beitragszuschlag für Kinderlose und Empfehlungen zum Nachweis der Elterneigenschaft (nach § 55 Absatz 3 Satz 4 SGB XI) in der jeweils aktuellen Fassung sinngemäß.

A I 3.3.4.5 Bestandsfälle (Rentenanträge vor dem 1. August 2017)

In den Fällen, bei denen der Rentenantrag vor dem Tag des Inkrafttretens dieser Regelung, also vor dem 1. August 2017, gestellt wurde (Bestandsfälle) und die Vorversicherungszeit erst durch die Anrechnung der drei Jahre für jedes Kind erfüllt wird, tritt Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 11 SGB V am 1. August 2017 ein - sofern zu diesem Zeitpunkt keine Vorrangversicherungspflicht und kein Ausschlussstatbestand vorliegt. Eine Übergangsregelung sieht das Gesetz nicht vor. Von der Umstellung des Versicherungsverhältnisses können neben freiwillig Versicherten und Familienversicherten in der GKV ebenso bisher privat versicherte Rentner und Rentenantragsteller betroffen sein. Für den letztgenannten Personenkreis besteht ein Recht auf Befreiung von der Versicherungspflicht unter den Voraussetzungen des § 8 Absatz 1 Nr. 4 und Absatz 2 SGB V.

Bei der Prüfung der erforderlichen Vorversicherungszeit unter Berücksichtigung von drei Jahren für jedes Kind ist in den Bestandsfällen ungeachtet des Inkrafttretens der Regelung am 1. August 2017 auf die zum Zeitpunkt der Rentenantragstellung maßgebende (ursprüngliche) Rahmenfrist abzustellen. Es sind die üblichen Vorschriften über den Ausschluss von der Versicherungspflicht und über die Versicherungsfreiheit zu beachten. Insbesondere bei den bisher privat krankenversicherten Rentnern und Rentenantragstellern kommt Versicherungsfreiheit nach § 6 Absatz 2, 3 oder 3a SGB V in Frage. Der Zeitraum von fünf Jahren nach § 6 Absatz 3a SGB V geht in diesem Fall unabhängig vom Tag der Rentenantragstellung grundsätzlich dem 1. August 2017 unmittelbar voraus. Bei Personen, die vor dem 1. August 2017 aus dem Erwerbsleben ausgeschieden sind, gelten in diesem Zusammenhang zwei 5-Jahres-Zeiträume: Der für die Prüfung nach § 6 Absatz 3a Satz 1 SGB V relevante 5-Jahres-Zeitraum geht ebenfalls dem 1. August 2017 unmittelbar voraus. Für die Prüfung nach § 6 Absatz 3a Satz 2 SGB V ist jedoch ein gesonderter 5-Jahres-Zeitraum zu bilden, der dem Zeitpunkt des Ausscheidens aus dem Erwerbsleben unmittelbar vorausgeht (A II 2).

Eine Prüfung der Vorversicherungszeit nach den geänderten rechtlichen Bedingungen findet bei den Bestandsfällen grundsätzlich nur auf Veranlassung der betroffenen Person statt. Zuständig ist grundsätzlich die Krankenkasse, bei der die Person am 1. August 2017 versichert ist bzw. war. War die Person am 1. August 2017 nicht gesetzlich krankenversichert (insbesondere privat Krankenversicherte), kann sie sich mit ihrem Anliegen an jede wählbare Krankenkasse wenden. Bestand oder besteht nach dem 1. August 2017 eine gesetzliche Krankenversicherung, dann sollte aus praktischen Erwägungen die dafür zuständige Krankenkasse die Prüfung der Vorversicherungszeit vornehmen. Eine Ausschlussfrist für die Beantragung einer Überprüfung der Vorversicherungszeit zum 1. August 2017 sieht das Gesetz nicht vor, jedoch können Beitragserstattungsansprüche bei einer rückwirkenden Umstellung des versicherungsrechtlichen Status nach mehreren Jahren verjährt sein (§ 27 SGB IV). Bei bisher privat krankenversicherten Personen, die sich nach dem 1. August 2017 wegen Prüfung des Versicherungsverhältnisses an die Krankenkasse gewandt haben oder noch wenden, tritt - bei Erfüllung der Vorversicherungszeit - die Versicherungspflicht in der KVdR rückwirkend zum 1. August 2017 ein, und zwar ungeachtet dessen, ob die private Krankenversicherung rückwirkend zu diesem Zeitpunkt gekündigt werden konnte bzw. kann (vgl. § 205 Absatz 2 Versicherungsvertragsgesetz – VVG).

Zudem bezieht sich die Regelung in § 5 Absatz 2 Satz 3 SGB V ausschließlich auf die nach § 5 Absatz 1 Nr. 11 SGB V erforderliche Vorversicherungszeit. Eine entsprechende Anwendung der Regelung auf die in früheren Regelungen bzw.

Vorgängervorschriften vorgesehene Vorversicherungszeit (bei Rentenanträgen bis zum 31. Dezember 1988: § 165 Absatz 1 Nr. 3 Buchstabe a RVO, bei Rentenanträgen vom 1. Januar 1989 bis zum 31. Dezember 1993 neben § 5 Absatz 1 Nr. 11 SGB V: Artikel 56 Absatz 1 Gesundheits-Reformgesetz – GRG) bzw. auf die entsprechenden Bestandsfälle lässt der eindeutige Wortlaut des § 5 Absatz 2 Satz 3 SGB V nicht zu.

A I 3.3.5 Über- und zwischenstaatliches Recht

Eine Berücksichtigung ausländischer Versicherungszeiten bzw. Zusammenrechnung von ausländischen mit deutschen Versicherungszeiten im Rahmen des § 5 Absatz 1 Nr. 11 SGB V kommt in Betracht, soweit diese Zeiten durch überstaatliches Recht oder durch ein zwischenstaatliches Sozialversicherungsabkommen gleichgestellt sind.

Eine solche Gleichstellung enthalten die VO (EG) 883/04, die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 14. Juni 1971 über die Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern - VO (EWG) 1408/71 - und einige bilaterale Sozialversicherungsabkommen. Grundsätzliche Aussagen hierzu enthalten die nachfolgenden Unterabschnitte. Weitergehende Informationen, u. a. zum Nachweis ausländischer Versicherungszeiten, können dem Leitfaden „Krankenversicherung der Rentner“ des GKV-Spitzenverbandes, Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung-Ausland (DVKA), in der jeweils geltenden Fassung entnommen werden.

A I 3.3.5.1 VO (EG) 883/04 und VO (EWG) 1408/71

Die VO (EG) 883/04 sowie die dazugehörige VO (EG) 987/09 finden für

- die Mitgliedstaaten der Europäischen Union - EU - (Belgien, Bulgarien, Dänemark, Deutschland, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Großbritannien und Nordirland, Irland, Italien, Lettland, Litauen, Luxemburg, Malta, Niederlande, Österreich, Polen, Portugal, Rumänien, Schweden, Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechien, Ungarn und griechischer Teil von Zypern seit 1. Mai 2010; Kroatien seit 1. Juli 2013),
- die Schweiz seit 1. April 2012 und
- Island, Liechtenstein und Norwegen seit 1. Juni 2012

Anwendung.

Für die genannten Staaten (außer Kroatien) galt vor den aufgeführten Daten bereits die VO (EWG) 1408/71. Diese Verordnung, die in der Regel durch die VO (EG) 883/04 abgelöst worden ist, findet nur noch für Drittstaatsangehörige in Bezug auf das Vereinigte Königreich (Großbritannien) Anwendung. Danach sind die in der gesetzlichen Krankenversicherung der anderen Mitgliedstaaten zurückgelegten Versicherungszeiten bei der Prüfung der Vorversicherungszeit ebenfalls zu berücksichtigen. Weist eine Person Versicherungszeiten in mehreren Staaten auf, sind diese insgesamt anzurechnen. Sind die Zugangsvoraussetzungen zur KVdR ab einem Zeitpunkt zu prüfen, der vor den o. a. Anwendungszeitpunkten liegt, ist – außer bei Kroatien – noch die VO (EWG) 1408/71 maßgebend.

Die in der gesetzlichen Krankenversicherung der vorgenannten Staaten zurückgelegten Versicherungszeiten sind nach Artikel 6 der VO (EG) 883/04 bei der Prüfung der Vorversicherungszeit nach § 5 Absatz 1 Nr. 11 SGB V zu berücksichtigen. Der Begriff „Berücksichtigung“ bedeutet, dass die Vorversicherungszeit auch ausschließlich mit ausländischen Versicherungszeiten erfüllt werden kann. Weist eine Person Versicherungszeiten in mehreren Staaten (z. B. Deutschland,

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

Frankreich, Österreich, Spanien) auf, sind diese insgesamt anzurechnen. Dabei sind auch Versicherungszeiten zu berücksichtigen, wenn es sich um Zeiten handelt, die vor dem EU-Beitritt eines Staates bzw. vor dem Inkrafttreten der genannten Verordnung liegen. In Bezug auf das Verbot der multilateralen Vertragsanwendung wird auf die entsprechenden Ausführungen unter A I 3.3.5.2 verwiesen.

Aufgrund der Verordnung (EU) Nr. 1231/10 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 24. November 2010 zur Ausdehnung der Verordnung (EG) 883/2004 und der Verordnung (EG) 987/2009 auf Drittstaatsangehörige, die ausschließlich aufgrund ihrer Staatsangehörigkeit nicht bereits unter diese Verordnungen fallen (Drittstaatenverordnung), findet eine Berücksichtigung von Versicherungszeiten unabhängig von der Staatsangehörigkeit der Rentenantragsteller bzw. Rentner statt, wenn diese ihren Wohnsitz in einem Mitgliedstaat haben. In Bezug auf die Schweiz sind Zeiten von Drittstaatsangehörigen aufgrund des insoweit weiterhin anwendbaren deutsch-schweizerischen Abkommens über Soziale Sicherheit mit deutschen Zeiten zusammenzurechnen. Für die EWR-Staaten außerhalb der EU, also für Island, Liechtenstein und Norwegen, gilt die Drittstaatenverordnung nicht, sodass Versicherungszeiten, die von Drittstaatsangehörigen in diesen Staaten zurückgelegt wurden, nicht angerechnet werden können.

Das Rheinschiffer-Übereinkommen von 1979, das besondere Regelungen über die Berücksichtigung bestimmter ausländischer Krankenversicherungszeiten enthielt, ist - jedenfalls für diese Sachverhalte - seit 1. Mai 2010 nicht mehr anwendbar, da die VO (EG) 883/04 im Gegensatz zur VO (EWG) 1408/71 keinen Vorrang des Rheinschiffer-Übereinkommens vorsieht.

A I 3.3.5.2 Bilaterale Abkommen über Soziale Sicherheit

Aufgrund der Abkommen mit Nordmazedonien, der Türkei und Tunesien können Zeiten einer Krankenversicherung bei einem ausländischen Träger auf die Vorversicherungszeit des § 5 Absatz 1 Nr. 11 SGB V angerechnet werden. Dabei sind folgende Unterschiede zu beachten:

- In Bezug auf Nordmazedonien können dort zurückgelegte Versicherungszeiten nur dann angerechnet werden, wenn auch deutsche Versicherungszeiten innerhalb der zweiten Hälfte der Rahmenfrist vorliegen (sog. Zusammenrechnung). Eine Anrechnung von in Nordmazedonien zurückgelegten Zeiten ist unabhängig von der Staatsangehörigkeit des Rentners möglich.
- In Bezug auf die Türkei und Tunesien können dort zurückgelegte Versicherungszeiten bei der Erfüllung der Vorversicherungszeit berücksichtigt werden. Das bedeutet, dass ggf. alleine türkische oder tunesische Versicherungszeiten für die Vorversicherungszeit herangezogen werden können. Bei der Anrechnung von in der Türkei und in Tunesien zurückgelegten Zeiten ist jedoch zusätzlich die Staatsangehörigkeit des Rentners von Bedeutung.

Zu beachten ist, dass bei Anwendung der Abkommen eine multilaterale Vertragsanwendung (d.h. die Zusammenrechnung insgesamt von deutschen mit Versicherungszeiten mehrerer ausländischer Abkommensstaaten) nicht zulässig ist. Wurden in mehreren Abkommensstaaten Zeiten zurückgelegt, können neben den deutschen Zeiten auch nur die Zeiten aus einem Abkommensstaat für die Vorversicherungszeit berücksichtigt werden. Ausgeschlossen ist ebenfalls die gleichzeitige Anrechnung von Zeiten aus Staaten, für die EG-Recht gilt (A I 3.3.5.1), mit solchen Zeiten, die in einem Abkommensstaat zurückgelegt wurden. Bezogen auf die genannten bilateralen Abkommen bedeutet dies, dass jeweils nur deutsche und mazedonische, deutsche und tunesische oder deutsche und türkische Versicherungszeiten zusammengerechnet werden.

Beispiel:

Der Rentenberechtigte/-antragsteller ist Deutscher und wohnt in Deutschland. Als grundsätzlich anrechenbare Versicherungszeiten hat er neben Versicherungszeiten in Deutschland (120 Monate) auch solche in Nordmazedonien (60 Monate) und Tunesien (80 Monate) zurückgelegt. Es ist sowohl das deutsch-mazedonische als auch das deutsch-tunesische Sozialversicherungsabkommen anwendbar.

Ergebnis:

Beide Abkommen sehen zwar die Zusammenrechnung mit deutschen Versicherungszeiten für die Erfüllung der Voraussetzungen des § 5 Absatz 1 Nr. 11 SGB V vor. Dies führt jedoch nicht dazu, dass hierbei insgesamt die deutschen, mazedonischen und tunesischen Versicherungszeiten zusammenzurechnen sind.

Für die Vorversicherungszeit nach § 5 Absatz 1 Nr. 11 SGB V dürfen nur deutsche und mazedonische Versicherungszeiten (180 Monate) oder deutsche und tunesische Versicherungszeiten (200 Monate) zusammengerechnet werden.

Durch das Verbot der multilateralen Vertragsanwendung können insgesamt nur 200 Monate (zu Gunsten des Betroffenen) berücksichtigt werden.

A I 3.3.5.3 Sozialversicherungsabkommen der früheren DDR

Rentner, die ihren gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland haben und aufgrund eines Rentenanspruchs, der bis zum 31. Dezember 1995 entstanden ist, eine Rente nach der Verordnung vom 3. April 1991 i. V. m. einem Sozialversicherungsvertrag der früheren DDR mit Bulgarien, Polen, Rumänien, der ehemaligen Sowjetunion, der früheren Tschechoslowakei und Ungarn beziehen, sind für die Dauer dieses Rentenbezuges und für Nachfolgerrenten unabhängig von ihren Vorversicherungszeiten Pflichtmitglied in der KVdR.

A I 3.3.6 Überschneidung mehrerer anrechenbarer Zeiten

Eigene Mitgliedschaftszeiten und bis zum 31. Dezember 1988 gleichgestellte Ehezeiten sind nur insoweit zusammenzurechnen, als sie sich nicht zeitlich überschneiden.

Bei Hinterbliebenen können eigene anrechenbare Zeiten (Mitgliedszeiten und Zeiten der Ehe mit einem Mitglied) und anrechenbare Zeiten des Verstorbenen, aus dessen Versicherung der Rentenanspruch abgeleitet wird, nicht zusammengerechnet werden. Vielmehr muss entweder in der Person des Rentners bzw. Rentenantragstellers (§ 5 Absatz 1 Nr. 11 SGB V) oder in der Person des Verstorbenen (§ 5 Absatz 2 Satz 2 SGB V) die Vorversicherungszeit erfüllt sein.

A I 3.4 Vorversicherungszeit nach § 5 Absatz 1 Nr. 11a SGB V

Die Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 11a SGB V tritt ein, wenn eine selbstständige künstlerische oder publizistische Tätigkeit vor dem 1. Januar 1983 aufgenommen wurde und mindestens neun Zehntel des Zeitraums zwischen

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

dem 1. Januar 1985 bzw. 1. Januar 1992 und der Stellung des Rentenantrages in der gesetzlichen Krankenversicherung eine Versicherung nach dem KSVG bestand.

Hinterbliebene sind nur dann nach § 5 Absatz 1 Nr. 11a SGB V versicherungspflichtig, wenn sie die nach dieser Vorschrift maßgeblichen Voraussetzungen selbst erfüllen. Dies gilt selbst dann, wenn der Verstorbene bereits über § 5 Absatz 1 Nr. 11a SGB V versichert war. § 5 Absatz 2 Sätze 1 und 2 SGB V finden hier keine Anwendung.

Eine Prüfung der KVdR nach § 5 Absatz 1 Nr. 11a SGB V kommt nur in Frage, wenn der Versicherte die Vorversicherungszeit nach § 5 Absatz 1 Nr. 11 SGB V nicht erfüllt.

Für die Feststellung, inwieweit die Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 11a SGB V eintritt, sieht auch hier die KVdR-Meldung nach § 201 Absatz 1 SGB V entsprechende Angaben vor.

A I 3.4.1 Rahmenfrist

Die Rahmenfrist für Personen, die nach § 5 Absatz 1 Nr. 11a SGB V versicherungspflichtig in der KVdR werden, beginnt am 1. Januar 1985 und endet mit dem Tag der Rentenantragstellung. Für Personen, die am 3. Oktober 1990 ihren Wohnsitz im Beitrittsgebiet hatten, ist als Beginn der Rahmenfrist der 1. Januar 1992 maßgebend.

A I 3.4.2 Neun-Zehntel-Belegung

Nach § 5 Absatz 1 Nr. 11a SGB V wird für die gesamte Rahmenfrist eine Neun-Zehntel-Belegung mit Pflichtmitgliedschaftszeiten nach dem KSVG in der gesetzlichen Krankenversicherung verlangt.

Für die Ermittlung der Rahmenfrist und der Neun-Zehntel-Belegung gelten die Ausführungen unter A I 3.3.2 entsprechend.

A I 3.4.3 Anrechenbare Versicherungszeiten

Für den Personenkreis des § 5 Absatz 1 Nr. 11a SGB V sind (im Gegensatz zu § 5 Absatz 1 Nr. 11 SGB V) ausschließlich Pflichtmitgliedschaftszeiten nach § 1 KSVG (bis 31. Dezember 1988) bzw. nach § 5 Absatz 1 Nr. 4 SGB V i. V. m. § 1 KSVG (ab 1. Januar 1989) für die Erfüllung der Vorversicherungszeit anrechenbar. Zeiten, für die eine Befreiung von der Versicherungspflicht nach § 7 KSVG ausgesprochen wurde, werden nicht berücksichtigt, wenn stattdessen eine freiwillige Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung bestand.

A I 3.5 Waisenrentner nach § 5 Absatz 1 Nr. 11b Buchstabe a SGB V

A I 3.5.1 Allgemeines

Personen, die Anspruch auf eine Waisenrente nach § 48 SGB VI haben und diese beantragen, sind seit dem 1. Januar 2017 nach § 5 Absatz 1 Nr. 11b Buchstabe a SGB V ohne Berücksichtigung einer Vorversicherungszeit versicherungspflichtig in der Krankenversicherung und damit auch in der sozialen Pflegeversicherung. Die Versicherungspflicht tritt

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

grundsätzlich nicht ein, wenn die Waise zuletzt vor der Stellung des Rentenanspruchs privat krankenversichert war (A I 3.5.2).

Die für diesen Personenkreis geltenden beitragsrechtlichen Besonderheiten (insbesondere die zeitlich begrenzte Beitragsfreiheit) werden unter A VIII 3.1.2.2 behandelt.

Der Versicherungspflichttatbestand nach § 5 Absatz 1 Nr. 11b Buchstabe a SGB V wird von dem Befreiungsrecht nach § 8 Absatz 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V erfasst.

Von der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 11b Buchstabe a SGB V werden nicht nur die „Neurentner“, die einen Antrag auf Waisenrente ab 1. Januar 2017 stellen bzw. gestellt haben, erfasst. Weil es eine Übergangsregelung nicht gibt, sind auch alle Bestandsrentner und -rentenantragsteller grundsätzlich in die Versicherungspflicht einbezogen (Näheres hierzu: A I 3.5.3).

Im Übrigen ist für Personen, die Anspruch auf eine entsprechende (Waisen-)Leistung einer berufsständischen Versorgungseinrichtung haben, unter bestimmten Voraussetzungen Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 11b Buchstabe b SGB V vorgesehen. Nähere Ausführungen dazu enthalten die Grundsätzlichen Hinweise zu den beitrags- und melderechtlichen Regelungen für Versorgungsbezüge, Arbeitseinkommen und gesetzliche Renten aus dem Ausland bei Versicherungspflichtigen des GKV-Spitzenverbandes in der jeweils geltenden Fassung.

A I 3.5.2 Zuletzt privat krankenversicherte Waisen

A I 3.5.2.1 Voraussetzungen für die Versicherungspflicht

Voraussetzung für die Versicherungspflicht ist ein Anspruch auf eine Waisenrente nach § 48 SGB VI.

Die Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 11b Buchstabe a SGB V tritt grundsätzlich nicht ein, wenn die Waise zuletzt vor der Stellung des Rentenanspruchs privat krankenversichert war. Dieser Ausschluss von der Versicherungspflicht gilt wiederum nicht, wenn die Waise die Voraussetzungen

- für eine Familienversicherung (mit Ausnahme des § 10 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V) oder
- des § 5 Absatz 1 Nr. 11 SGB V (also die Vorversicherungszeit)

erfüllt.

A I 3.5.2.2 Tatbestandsmerkmal „zuletzt privat krankenversichert“

Das Tatbestandsmerkmal „zuletzt privat krankenversichert“ im Sinne des § 5 Absatz 1 Nr. 11b Buchstabe a SGB V ist erfüllt, wenn ein Vertrag über eine Krankheitskostenversicherung (§ 192 Absatz 1 VVG) vorliegt. Der Krankheitskostenversicherung steht die ergänzende Krankheitskostenversicherung über den von der Beihilfe nicht übernommenen Kostenteil gleich. Dagegen begründet der befristete Charakter der Versicherungsverträge (§ 195 Absatz 2 VVG) über eine Auslands- oder Reisekrankenversicherung keine Zuordnung zur privaten Krankenversicherung im vorgenannten Sinne.

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

Das Tatbestandsmerkmal „zuletzt privat krankenversichert“ ist immer dann erfüllt, wenn zuletzt vor der Stellung des Rentenanspruchs tatsächlich eine private Krankenversicherung bestand und zwar unabhängig davon, wie lange diese Versicherung vor dem Tag des Rentenanspruchs liegt. Dies gilt bei gewöhnlichem Aufenthalt der Waisen in einem Mitgliedstaat der EU/des EWR oder in der Schweiz auch, wenn dort zuletzt eine private Krankenversicherung bestand. In diesem Fall findet eine Gleichstellung des Sachverhalts im Ausland (hier: private Krankenversicherung) nach Artikel 5 Buchstabe b VO (EG) 883/2004 statt.

Zeiten des gewöhnlichen Aufenthalts außerhalb der EU, des EWR oder der Schweiz, in denen die Waise nicht dem deutschen Krankenversicherungsrecht unterlag, sind nicht von Bedeutung. Dies gilt unabhängig davon, ob in diesem Ausland zuletzt eine gesetzliche oder private Krankenversicherung bestand. Das heißt, war die Person vor der Stellung des Rentenanspruchs zuletzt in einem Staat außerhalb der EU, des EWR oder der Schweiz privat versichert, wird dadurch die Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 11b Buchstabe a SGB V nicht ausgeschlossen. Das Tatbestandsmerkmal „zuletzt privat krankenversichert“ ist jedoch erfüllt, wenn die Waise während der Zeiten des Aufenthalts in einem Staat außerhalb der EU, des EWR und der Schweiz nicht dem deutschen Krankenversicherungsrecht unterlag und zuletzt vor diesem Auslandsaufenthalt in Deutschland oder in einem Mitgliedstaat der EU, des EWR oder in der Schweiz privat krankenversichert war.

Zeiten der Absicherung in einem besonderen Sicherungssystem stellen für sich genommen keine, zum Ausschluss der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 11b Buchstabe a SGB V führende, private Krankenversicherung dar. Das Tatbestandsmerkmal „zuletzt privat krankenversichert“ ist aber erfüllt, wenn vor der Stellung des Rentenanspruchs zuletzt ein sonstiger Anspruch auf Absicherung für den Krankheitsfall in einem besonderen Sicherungssystem bestand, und die rentenantragstellende Person vor diesem Anspruch zuletzt in Deutschland oder in einem Mitgliedstaat der EU/des EWR oder in der Schweiz privat krankenversichert war. Die Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 11b Buchstabe a SGB V ist daher auch ausgeschlossen, wenn zwischen dem Ende der privaten Krankenversicherung und dem Tag des Rentenanspruchs z. B.:

- ein Anspruch auf Übernahme der Krankenbehandlung nach § 264 Absatz 2 SGB V von Empfängern von Leistungen nach dem 3. bis 9. Kapitel des SGB XII, von Empfängern laufender Leistungen nach § 2 Asylbewerberleistungsgesetz und von Empfängern von Krankenhilfeleistungen nach dem SGB VIII,
- ein Anspruch auf Gesundheitsfürsorge nach dem Strafvollzugsgesetz oder auf sonstige Gesundheitsfürsorge,
- ein Anspruch auf Heil- oder Krankenbehandlung nach dem BVG, dem BEG oder vergleichbaren gesetzlichen Regelungen, wenn die Heilbehandlung auch für sog. Nichtschädigungsfolgen gewährt wurde, oder
- eine Mitgliedschaft bei der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten oder der Postbeamtenkrankenkasse

bestand.

Sollte ein Waisenrentner bisher in Deutschland weder gesetzlich noch privat versichert gewesen sein, ergibt sich aus dem Wortlaut des § 5 Absatz 1 Nr. 11b Buchstabe a SGB V die Einbeziehung der Betroffenen in die Versicherungspflicht ohne weitere Voraussetzungen, also alleine aufgrund der Erfüllung des Rentenanspruchs.

A I 3.5.2.3 Voraussetzungen für eine Familienversicherung erfüllt

Der Ausschluss von der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 11b Buchstabe a SGB V aufgrund einer zuletzt vorhandenen privaten Krankenversicherung kommt wiederum nicht zur Anwendung, wenn die Person die Voraussetzungen für eine Familienversicherung (mit Ausnahme des § 10 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V) erfüllt.

Die Erfüllung der Voraussetzungen für eine Familienversicherung setzt voraus, dass eine andere Person vorhanden ist, von der die Familienversicherung abgeleitet werden kann und die Mitglied einer Krankenkasse ist. Dies können ein Elternteil, Pflegeeltern, ein Großelternteil oder auch der Ehegatte sein.

Außerdem sind sämtliche Voraussetzungen für eine Familienversicherung nach § 10 SGB V zu erfüllen. Einzig die Regelung des § 10 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V, die die Familienversicherung bei Bestehen von Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 11b Buchstabe a SGB V ausschließen würde, wird in diesem Zusammenhang für nicht anwendbar erklärt. Eine Befreiung von der Versicherungspflicht in der Krankenversicherung der Studenten nach § 8 Absatz 1 Nr. 5 SGB V, die Ausübung einer hauptberuflich selbstständigen Erwerbstätigkeit oder die Erzielung eines Gesamteinkommens oberhalb der Einkommengrenze für eine Familienversicherung (§ 10 Absatz 1 Satz 1 Nr. 3, 4 und 5 SGB V) führen jedoch zum Beispiel dazu, dass die Voraussetzungen für eine Familienversicherung im Sinne der Sonderregelung in § 5 Absatz 1 Nr. 11b Buchstabe a SGB V nicht erfüllt werden.

Maßgeblich ist, ob die Voraussetzungen für die Familienversicherung am Tag der Rentenantragstellung erfüllt sind. Ein möglicher späterer Wegfall der Voraussetzungen für die Familienversicherung wirkt sich in diesem Zusammenhang nicht aus. Die Höhe der zu erwartenden, immer rückwirkend zu bewilligenden, Waisenrente ist für die Feststellung der potenziellen Familienversicherung irrelevant, da die Regelmäßigkeit des Gesamteinkommens im Sinne des § 10 Absatz 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V bei Renten ohnehin erst ab Beginn der laufend ausgezahlten Rente gegeben wäre (Besprechungsergebnis der ehemaligen Spitzenverbände der Krankenkassen vom 16. Dezember 1993).

A I 3.5.2.4 Voraussetzungen nach § 5 Absatz 1 Nr. 11 SGB V erfüllt

Nach § 5 Absatz 1 Nr. 11 SGB V wird für das Bestehen von Versicherungspflicht in der KVdR neben der Erfüllung des Anspruchs auf eine Rente und der Stellung des Rentenantrags die Erfüllung einer Vorversicherungszeit (Neun-Zehntel-Belegung) in der Person des Rentners verlangt. Ergänzend dazu bestimmt § 5 Absatz 2 Satz 2 SGB V für Personen, die ihren Rentenanspruch aus der Versicherung einer anderen Person ableiten, dass die Voraussetzungen des § 5 Absatz 1 Nr. 11 SGB V als erfüllt gelten, wenn die andere Person diese Voraussetzungen erfüllt hatte.

Daher bestimmt § 5 Absatz 1 Nr. 11b Buchstabe a SGB V im zweiten Halbsatz, dass Waisen, die vor der Stellung des Rentenantrags zwar privat krankenversichert waren, jedoch die Vorversicherungszeit entweder in der eigenen Person oder – dies dürfte der weitaus häufigere Fall sein – in der Person des verstorbenen Elternteils oder einer der beiden verstorbenen Elternteile erfüllen, vom Ausschluss der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 11b Buchstabe a SGB V nicht erfasst werden.

Die Ausführungen zur Vorversicherungszeit nach § 5 Absatz 1 Nr. 11 SGB V unter A I 3.3 gelten entsprechend.

A I 3.5.3 Bestandsfälle (Rentenanträge vor dem 1. Januar 2017)

Von der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 11b Buchstabe a SGB V werden nicht nur Waisen erfasst, die einen Rentenantrag ab 1. Januar 2017 stellen, sondern - mangels Übergangsregelung - auch alle Bestandsweisenrentner und -rentenantragsteller, die den Rentenantrag vor dem 1. Januar 2017 gestellt haben und nach dem davor geltenden Recht versicherungspflichtig, Mitglied nach § 189 SGB V, familienversichert, freiwillig versichert oder auch privat krankenversichert waren.

Alle betroffenen Personen sind in den Bestandsfällen grundsätzlich in die Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 11b Buchstabe a SGB V ab 1. Januar 2017 einbezogen worden, es sei denn, die Waise erfüllte an dem (in der Vergangenheit liegenden) Tag der Rentenantragstellung die Voraussetzungen, die zum Ausschluss der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 11b Buchstabe a SGB V führen. War die Waise am Tag der Rentenantragstellung privat krankenversichert (ohne die Vorversicherungszeit erfüllt zu haben), hängt der Eintritt von Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 11b Buchstabe a SGB V davon ab, ob am Tag der Rentenantragstellung die Voraussetzungen für eine Familienversicherung erfüllt waren. Hierbei ist auf die rechtlichen Verhältnisse am Tag der Rentenantragstellung abzustellen. Eventuelle in der Zwischenzeit seit der Rentenantragstellung bis zum 31. Dezember 2016 eingetretene Veränderungen im Versicherungsstatus wirken sich in diesem Kontext nicht aus.

Allein der Wechsel von der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 11 SGB V in die Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 11b Buchstabe a SGB V zum 1. Januar 2017 bei durchgehend bestehendem Rentenanspruch berechtigt im Übrigen nicht zur Befreiung von der Versicherungspflicht auf Antrag. Im umgekehrten Fall, bei dem die Person sich von der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 11 SGB V hat befreien lassen, wirkt diese Befreiung auch auf die Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 11b Buchstabe a SGB V. War wiederum aufgrund des Antrages auf die Waisenrente die Vorversicherungszeit für die Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 11 SGB V nicht erfüllt und tritt am 1. Januar 2017 Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 11b Buchstabe a SGB V ein, besteht unter den Voraussetzungen des § 8 Absatz 1 Nr. 4 und Absatz 2 SGB V ein Recht auf Befreiung von der Versicherungspflicht.

A I 3.6 Personen nach § 5 Absatz 1 Nr. 12 SGB V

Die Vorversicherungszeit wird für Rentner nicht gefordert, die selbst oder bei denen die Person, aus deren Versicherung sie den Rentenanspruch ableiten, zu den in § 1, § 17a FRG oder § 20 WGSVG Genannten gehören und dies nachweisen. Hierzu zählen

- anerkannte Spätaussiedler (§ 1 Buchst. a FRG),
- deutschsprachige Angehörige des Judentums (§ 17a FRG) sowie
- vertriebene Verfolgte (§ 20 WGSVG).

Weitere Voraussetzung ist die Wohnsitzverlegung innerhalb der letzten zehn Jahre vor der Rentenantragstellung in den Geltungsbereich des SGB V. Wird der Wohnsitz nicht vor der Rentenantragstellung ins Inland verlegt, gehört der Betroffene nicht zum Personenkreis des § 5 Absatz 1 Nr. 12 SGB V (Urteil des BSG vom 29. September 1994 - 12 RK 86/92 -, USK 94101). Beim Antrag auf Hinterbliebenenrente gelten die Voraussetzungen des § 5 Absatz 1 Nr. 12 SGB V als erfüllt, wenn die Voraussetzungen beim Verstorbenen vorlagen (§ 5 Absatz 2 Satz 2 SGB V).

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

Die Mehrzahl der in § 1 FRG genannten Personen befindet sich bereits länger als zehn Jahre in Deutschland, sodass die Regelung des § 5 Absatz 1 Nr. 12 SGB V für sie nicht mehr anwendbar ist (A I 3.3.1). Bedeutung hat sie in erster Linie noch für Spätaussiedler (§ 4 BVFG). Das sind Personen, die ihre Herkunftsgebiete nach dem 31.12.1992 im Wege des Aufnahmeverfahrens verlassen haben. Die Spätaussiedlereigenschaft wird durch eine entsprechende Bescheinigung nach § 15 Absatz 1 BVFG nachgewiesen.

Ehegatten eines Spätaussiedlers (§ 7 Absatz 2 BVFG), die nicht selbst als Spätaussiedler gelten, erhalten eine Bescheinigung nach § 15 Absatz 2 BVFG. Eine Anwendung des § 5 Absatz 1 Nr. 12 SGB V ist für diese Personen nicht möglich (BSG-Urteil vom 16.5.2001 – B 8 KN 2/00 –, USK 2001-24).

Hinsichtlich der Feststellung der Zugehörigkeit von Rentnern zu den weiteren Personenkreisen des § 17a FRG (deutschsprachige Angehörige des Judentums) oder § 20 WGSVG (vertriebene Verfolgte) ist Rückfrage beim Rentenversicherungsträger zu halten.

A I 3.7 Erneute Prüfung der Vorversicherungszeit bzw. der Voraussetzungen für die KVdR

A I 3.7.1 Hinzutritt einer Rente

Stellt der Rentner einen weiteren Rentenanspruch, ist grundsätzlich eine erneute Prüfung der KVdR-Vorversicherungszeit nicht erforderlich. Dies gilt insbesondere dann, wenn bereits aufgrund des ersten Rentenbezugs die KVdR-Voraussetzungen erfüllt waren. Personen nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nr. 6 SGB V in der bis zum 10. Mai 2019 geltenden Fassung bleiben auch bei Stellung eines weiteren Rentenanspruches freiwillig versichert (A IV 1).

Ist die Vorversicherungszeit bisher nicht erfüllt, ist diese bei einem Antrag auf eine weitere Rente erneut zu prüfen. Ist die Vorversicherungszeit aufgrund des weiteren Rentenanspruches erfüllt, beginnt die KVdR mit dem Tag des weiteren Rentenanspruches.

Beispiel:

Rente aus eigener Versicherung seit	1.7.2016
- Vorversicherungszeit nicht erfüllt -	
Antrag auf Witwenrente am	22.10.2020
- Vorversicherungszeit durch Verstorbenen erfüllt -	

Ergebnis:

Die Pflichtversicherung in der KVdR beginnt am 22.10.2020. Ab diesem Zeitpunkt sind aus der bereits bewilligten Rente Pflichtbeiträge nach § 237 SGB V zu erheben.

Wird während des Bezugs einer Waisenrente eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit beantragt und waren aufgrund der Waisenrente die Voraussetzungen für den Eintritt der Versicherungspflicht in der KVdR nicht erfüllt, ist zu prüfen, ob anlässlich des Antrags auf die Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit nunmehr die Voraussetzungen für den Eintritt der Versicherungspflicht in der KVdR (Vorversicherungszeit) erfüllt sind.

Wird umgekehrt während des Bezugs einer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit eine Waisenrente beantragt, und sind aufgrund der Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit die Voraussetzungen für den Eintritt der Versicherungspflicht in der KVdR erfüllt, bedarf es keiner Prüfung der Voraussetzungen für eine Versicherungspflicht in der KVdR aufgrund des Antrags auf Waisenrente, da die Person zuletzt vor Stellung dieses Rentenanspruchs gesetzlich versichert war. Sind aufgrund der Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit die Voraussetzungen für den Eintritt der Versicherungspflicht in der KVdR nicht erfüllt, bedarf es jedoch aufgrund eines Antrags auf Waisenrente einer erneuten Prüfung der Voraussetzungen für eine Versicherungspflicht in der KVdR.

A I 3.7.2 Wechsel der Rentenart

Bei einem Wechsel von einer Rentenart zu einer anderen ist eine erneute Prüfung der Voraussetzungen für die Versicherungspflicht in der KVdR nicht vorzunehmen, wenn diese bereits erfüllt waren. Dagegen ist eine erneute Prüfung der Versicherungspflicht erforderlich, wenn aufgrund des früheren Rentenanspruchs oder -bezugs die Voraussetzungen für die Versicherungspflicht in der KVdR nicht vorlagen.

In den Fällen, in denen eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit oder eine Erziehungsrente nach Erreichen der Regelaltersgrenze als Regelaltersrente gezahlt wird (§ 115 Absatz 3 Satz 1 SGB VI), gilt für die Bestimmung der Rahmenfrist als Tag der Rentenanspruchstellung der Beginn der Regelaltersrente.

A I 3.7.3 Antrag auf Weiterzahlung einer befristeten Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit

Ein Antrag auf Weiterzahlung einer befristeten Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit gilt als neuer Rentenanspruch. Eine erneute Prüfung der Vorversicherungszeit ist jedoch nur dann erforderlich, wenn aufgrund des bisherigen Rentenbezugs die Voraussetzungen für eine Versicherungspflicht in der KVdR nicht erfüllt sind (A I 3.7.2).

Kommt es zur Zahlungseinstellung der befristeten Rente, ist vom Tag nach Ablauf der befristeten Rente - frühestens jedoch ab Antragstellung - ggf. zunächst eine Mitgliedschaft als Rentenantragsteller (§ 189 SGB V) durchzuführen. Wird dem Antrag auf Weiterzahlung entsprochen, sodass die Rente (rückschauend betrachtet) nicht entfallen ist, wird auch die bisherige KVdR (rückwirkend) fortgeführt, selbst wenn der Antrag auf Weiterzahlung erst nach Wegfall der befristeten Rente gestellt wurde. Sind die KVdR-Voraussetzungen erst aufgrund des Antrages auf Weiterzahlung der Rente erfüllt, beginnt die Versicherungspflicht in der KVdR frühestens mit dem Tag, an dem der Antrag auf Weiterzahlung gestellt wurde.

A I 3.7.4 Antrag auf Weiterzahlung oder Wiedergewährung einer Waisenrente

Ein Antrag auf Weiterzahlung einer Waisenrente gilt nicht als neuer Rentenanspruch. Daher ist in diesem Fall keine erneute Prüfung der Voraussetzungen für eine Versicherungspflicht in der KVdR vorzunehmen. Eine Weiterzahlung liegt vor, wenn es nicht zur Zahlungseinstellung der Waisenrente kommt oder sich der erneute Beginn der Waisenrente - ggf. rückwirkend - unmittelbar an das Ende der bisherigen Rentenzahlung anschließt. Eine wegen Zahlungseinstellung beendete KVdR lebt bei Weiterzahlung der Waisenrente wieder auf, sodass eine ggf. nach Zahlungseinstellung geführte

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

und gegenüber der KVdR nachrangige Versicherung (Familienversicherung, freiwillige Krankenversicherung oder - unter Einschränkungen - die studentische Krankenversicherung) rückwirkend wieder verdrängt wird.

Ein Antrag auf Wiedergewährung einer Waisenrente ist dagegen stets als neuer Rentenanspruch zu werten, sodass eine erneute Prüfung der KVdR-Voraussetzungen vorzunehmen ist. Eine Wiedergewährung liegt vor, wenn sich zwischen dem Wegfallzeitpunkt und dem Zeitpunkt des erneuten Beginns der Waisenrente eine zeitliche Lücke ergibt. Vom Tag der Antragstellung auf Wiedergewährung einer Waisenrente bis zur Entscheidung über den Rentenanspruch ist ggf. zunächst eine Mitgliedschaft als Rentenanspruchsteller (§ 189 SGB V) durchzuführen. Unter Berücksichtigung der ab 1. Januar 2017 geltenden Voraussetzungen für die Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 11b Buchstabe a SGB V ist eine erneute Prüfung der Voraussetzungen nur dann erforderlich, wenn die Person zuletzt vor der Stellung des Antrages auf Wiedergewährung einer Waisenrente privat krankenversichert war.

A I 3.7.5 Wechsel von Teilrente in Vollrente

Bei einem Wechsel von einer Teilrente in eine Vollrente wegen Alters (§ 42 SGB VI) und umgekehrt handelt es sich nicht um einen neuen Rentenanspruch, weil sich dieser Wechsel innerhalb derselben Rentenart (§ 33 SGB VI) vollzieht. In diesen Fällen ist daher keine erneute Prüfung der Versicherungspflicht in der KVdR vorzunehmen, unabhängig davon, ob eine Versicherungspflicht bislang vorlag oder nicht.

A I 4 Ausschluss der Versicherungspflicht und Versicherungskonkurrenz

A I 4.1 Allgemeines

Nach § 5 Absatz 5 und 8 SGB V wird in der KVdR nicht pflichtversichert, wer

- hauptberuflich selbstständig erwerbstätig ist,
- nach § 5 Absatz 1 Nr. 1 bis 7 oder 8 SGB V versicherungspflichtig ist,
- zu den in § 190 Absatz 11a SGB V genannten freiwillig versicherten oder familienversicherten Rentnern gehört oder
- nach § 5 Absatz 8 Satz 3 SGB V kraft Gesetzes familienversichert ist.

Im Übrigen schließen auch eine Versicherungsfreiheit (§ 6 Absatz 1 SGB V) oder eine Befreiung von der Versicherungspflicht die KVdR aus (A II und A III).

Dagegen ist die Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 11, 11a und 12 SGB V vorrangig gegenüber einer Pflichtversicherung nach § 5 Absatz 1 Nr. 9, 10 oder 13 SGB V, einer nicht aus § 5 Absatz 8 Satz 3 SGB V resultierenden Familienversicherung nach § 10 SGB V bzw. § 7 KVLG 1989 oder einer nicht nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nr. 6 SGB V in der bis zum 10. Mai 2019 geltenden Fassung bestehenden freiwilligen Versicherung.

Der Vorrang der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 11, 11a und 12 SGB V gegenüber der Familienversicherung gilt selbst für den Fall, dass der Zahlungsbetrag der Rente die Einkommensgrenze nach § 10 Absatz 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V nicht überschreitet und auch die sonstigen Voraussetzungen für eine Familienversicherung erfüllt wären (Urteil des BSG vom 4. September 2013 – B 12 KR 13/11 R -, USK 2013-93). Einen Verstoß gegen den allgemeinen Gleichheitsgrundsatz des Artikel 3 Absatz 1 GG hat das BSG insofern nicht feststellen können.

Für das Vorrangverhältnis der Versicherungspflicht von Waisenrentnern nach § 5 Absatz 1 Nr. 11b Buchstabe a SGB V gegenüber der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 9 oder 10 SGB V und der Familienversicherung gelten Besonderheiten (A I 4.4).

A I 4.2 Hauptberuflich selbstständige Erwerbstätigkeit

Der Begriff der hauptberuflich selbstständigen Erwerbstätigkeit ist weder gesetzlich noch untergesetzlich im Krankenversicherungs- oder Sozialversicherungsrecht definiert. Seine inhaltliche Bedeutung ergibt sich aus der Regelungsabsicht des Gesetzgebers. Hauptberuflich ist eine selbstständige Erwerbstätigkeit dann, wenn sie von der wirtschaftlichen Bedeutung und dem zeitlichen Aufwand her den Mittelpunkt der Erwerbstätigkeit darstellt (Gesetzesbegründung zu § 5 Absatz 5 SGB V, Bundestags-Drucksache 11/2237 S. 159).

§ 5 Absatz 5 Satz 2 SGB V enthält eine gesetzliche Vermutungsregelung zur Hauptberuflichkeit einer selbstständigen Tätigkeit. Danach wird bei Personen, die im Zusammenhang mit ihrer selbstständigen Erwerbstätigkeit regelmäßig mindestens einen Arbeitnehmer mehr als geringfügig beschäftigen, vermutet, dass sie hauptberuflich selbstständig erwerbstätig sind. Als Arbeitnehmer gelten für Gesellschafter auch die Arbeitnehmer der Gesellschaft.

Für die Abgrenzung einer nicht hauptberuflich selbstständigen Tätigkeit von einer hauptberuflich selbstständigen Tätigkeit gelten die Grundsätzlichen Hinweisen zum Begriff der hauptberuflich selbstständigen Erwerbstätigkeit des GKV-Spitzenverbandes in der jeweils geltenden Fassung.

A I 4.3 Anderweitige Versicherungspflicht

Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 11 bis 12 SGB V tritt nach § 5 Absatz 8 SGB V nicht ein, wenn Rentner versicherungspflichtig sind als

- Arbeiter, Angestellte oder zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte (§ 5 Absatz 1 Nr. 1 SGB V),
- Bezieher von Arbeitslosengeld (§ 5 Absatz 1 Nr. 2 SGB V, § 2 Absatz 1 Nr. 6 KVLG 1989),
- Bezieher von Arbeitslosengeld II (§ 5 Absatz 1 Nr. 2a SGB V, § 2 Absatz 1 Nr. 6 KVLG 1989),
- Landwirte, mitarbeitende Familienangehörige oder Altenteiler (§ 5 Absatz 1 Nr. 3 SGB V), soweit sich aus dem KVLG 1989 nichts anderes ergibt (Abschnitt B),
- Künstler oder Publizisten (§ 5 Absatz 1 Nr. 4 SGB V),
- Jugendliche, die in einer Einrichtung der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen (§ 5 Absatz 1 Nr. 5 SGB V),
- Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an Abklärungen der beruflichen Eignung oder Arbeitserprobung, es sei denn, die Maßnahmen werden nach den Vorschriften des BVG erbracht (§ 5 Absatz 1 Nr. 6 SGB V),
- Behinderte Menschen, die in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen oder in Blindenwerkstätten im Sinne des § 226 SGB IX oder für diese Einrichtungen in Heimarbeit oder bei einem anderen Leistungsanbieter nach § 60 SGB IX tätig sind (§ 5 Absatz 1 Nr. 7 SGB V),

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

- Behinderte Menschen, die in Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen in gewisser Regelmäßigkeit eine Leistung erbringen, die einem Fünftel der Leistung eines voll erwerbsfähigen Beschäftigten in gleichartiger Beschäftigung entspricht; hierzu zählen auch Dienstleistungen für den Träger der Einrichtung (§ 5 Absatz 1 Nr. 8 SGB V)

oder die Mitgliedschaft aufgrund der §§ 192 Absatz 1, 193 SGB V bzw. § 7 Absatz 3 Satz 1 SGB IV oder § 8 EÜG fortbesteht.

Die mitgliedschaftserhaltende Wirkung des Anspruchs bzw. Bezuges von Krankengeld (§ 192 Absatz 1 Nr. 2 SGB V), durch die die KVdR verdrängt wird, wird nicht dadurch beeinträchtigt, dass z. B. der Krankengeldanspruch nach § 50 Absatz 1 Nr. 1 SGB V infolge der Zubilligung von Vollrente wegen Alters oder Rente wegen voller Erwerbsminderung rückwirkend entfällt oder das Krankengeld um eine der in § 50 Absatz 2 SGB V genannten Leistungen gekürzt wird. Das gilt auch dann, wenn dem Versicherten nach der Erstattung der Rente an die Krankenkasse (§ 103 SGB X) kein Spitzbetrag verbleibt. Maßgebend für die Erhaltung der Mitgliedschaft nach § 192 Absatz 1 Nr. 2 SGB V ist, dass Krankengeld tatsächlich gezahlt wurde.

Die Versicherungspflicht von Arbeitslosengeld-Beziehern, welche die KVdR verdrängt, wird ebenfalls nicht im Nachhinein dadurch berührt, dass der Anspruch auf Arbeitslosengeld nach § 156 Absatz 1 Nr. 3 oder 4 SGB III in Folge der Zubilligung einer Rentenleistung rückwirkend zum Ruhen kommt und insoweit ein Erstattungsanspruch der Bundesagentur für Arbeit gegenüber dem Rentenversicherungsträger entsteht (§ 5 Absatz 1 Nr. 2 zweiter Halbsatz SGB V). Vielmehr ergibt sich hier hinsichtlich der Krankenversicherungsbeiträge ein finanzieller Ausgleichsanspruch der Bundesagentur für Arbeit gegenüber dem Träger der Rentenversicherung nach § 335 Absatz 2 SGB III. Gleiches gilt nach § 40 Absatz 2 Nr. 5 SGB II für Bezieher von Arbeitslosengeld II.

A I 4.4 Besonderheiten der Versicherungskonkurrenz bei Waisenrentnern

Die Versicherungspflicht der Waisenrentner nach § 5 Absatz 1 Nr. 11b Buchstabe a SGB V ist nach § 5 Absatz 7 Satz 1 SGB V grundsätzlich ebenfalls vorrangig vor der Versicherungspflicht als Student oder Praktikant (§ 5 Absatz 1 Nr. 9 oder 10 SGB V). Dieses Vorrangversicherungsverhältnis wird jedoch durch eine Ergänzung in § 5 Absatz 7 Satz 1 SGB V für die Zeit nach Erreichen der Altersgrenze des § 10 Absatz 2 Nr. 3 SGB V und nur im Verhältnis zur Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 11b SGB V (also nicht für andere Rentner, z. B. Witwen-/Witwerrentner oder Rentner wegen verminderter Erwerbsfähigkeit) umgedreht, sodass dann die Versicherungspflicht als Student oder Praktikant vorrangig ist – mit den entsprechenden beitragsrechtlichen Konsequenzen (§ 236 SGB V). Eine ersatzweise Inanspruchnahme des § 5 Absatz 1 Nr. 11 SGB V scheidet in diesem Fall mangels rechtlicher Grundlage aus.

Treffen nach Erreichen der Altersgrenzen des § 10 Absatz 2 SGB V Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 11b Buchstabe a SGB V, Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 9 oder 10 SGB V und Familienversicherung (über den Ehegatten bzw. Lebenspartner) zeitgleich zusammen, ist im Ergebnis der Familienversicherung der Vorrang einzuräumen. Eine Familienversicherung kommt allerdings nur in Frage, wenn die Einkommensgrenze nach § 10 Absatz 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V durch den Zahlbetrag der Waisenrente und gegebenenfalls weiteres zu berücksichtigendes Einkommen nicht überschritten wird.

Hat eine bisher nach § 5 Absatz 1 Nr. 11b Buchstabe a SGB V versicherungspflichtige Waise über das Erreichen der Altersgrenzen des § 10 Absatz 2 SGB V hinaus einen Anspruch auf Waisenrente, weil sie sich in einem Studium bzw. einer Ausbildung befindet, welche(s) nicht zur Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 1, 9 oder 10 SGB V führt, bleibt die Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 11b Buchstabe a SGB V über den Zeitpunkt des Erreichens der Altersgrenzen des § 10 Absatz 2 SGB V hinaus bestehen und wird insbesondere nicht durch eine Vorrangversicherung

verdrängt. Nach dem Erreichen der Altersgrenzen des § 10 Absatz 2 SGB V besteht allerdings keine Beitragsfreiheit nach § 237 Satz 2 SGB V mehr (A VIII 3.1.2.2).

Für Personen, die eine Waisenrente nach § 48 SGB VI beziehen und die Voraussetzungen für die Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 11b Buchstabe a SGB V erfüllen, ist nicht ausgeschlossen, dass sie parallel eine weitere Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen (z. B. eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit) und aufgrund dessen auch die Voraussetzungen für die Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 11 SGB V erfüllen. Das Gesetz bestimmt für das Zusammentreffen dieser beiden Versicherungspflichttatbestände kein Vorrangverhältnis, sodass es in diesem Fall zu einer Mehrfachversicherungspflicht kommt. Die Waisenrente nach § 48 SGB VI unterliegt unter den Voraussetzungen des § 237 Satz 2 SGB V der Beitragsfreiheit. Für die andere Rente gelten keine beitragsrechtlichen Besonderheiten.

Für Personen, die Anspruch auf eine der Waisenrente nach § 48 SGB VI entsprechende Leistung einer berufsständischen Versorgungseinrichtung haben, sieht § 5 Absatz 1 Nr. 11b Buchstabe b SGB V unter bestimmten Bedingungen ebenfalls einen eigenen Versicherungspflichttatbestand mit einer zeitlich begrenzten Beitragsfreiheit nach § 237 Satz 2 SGB V vor. Sofern daneben Anspruch auf eine Waisenrente der gesetzlichen Rentenversicherung besteht und die Voraussetzungen für die Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 11b Buchstabe a SGB V vorliegen, kommt es auch in diesem Fall zu einer Mehrfachversicherungspflicht.

A I 4.5 Freiwillige Mitgliedschaft nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nr. 6 SGB V in der bis zum 10. Mai 2019 geltenden Fassung

Die Versicherungspflicht in der KVdR tritt nach § 5 Absatz 8 Satz 2 SGB V nicht ein, wenn der Rentner bzw. der familienversicherte Rentner zum Personenkreis des § 190 Absatz 11a SGB V gehört (sog. Optionsberechtigte, A I 1.3).

A I 4.6 Private Krankenversicherung

Eine private Krankenversicherung ist keine die Versicherungspflicht in der KVdR ausschließende Versicherung. Allerdings können Rentner bzw. Rentenantragsteller, die versicherungspflichtig werden und bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind, den Versicherungsvertrag ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist mit Wirkung vom Eintritt der Versicherungspflicht in der KVdR an kündigen. Nach § 205 Absatz 2 VVG kann eine versicherte Person, die kraft Gesetzes kranken- oder pflegeversicherungspflichtig wird, binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht den Versicherungsvertrag rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Voraussetzung ist ferner, dass der Versicherungsnehmer dem Versicherer den Eintritt der Versicherungspflicht innerhalb von zwei Monaten nachweist, nachdem der Versicherer ihn hierzu in Textform aufgefordert hat. Macht der Versicherte von seinem Kündigungsrecht Gebrauch, stehen dem Versicherer die Beiträge nur bis zu diesem Zeitpunkt zu. Später kann der Versicherte das Versicherungsverhältnis zum Ende des Monats kündigen, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. Gleiches gilt für Familienangehörige, für die durch die KVdR eine Familienversicherung entsteht.

Alternativ besteht in diesen Fällen die Möglichkeit der Befreiung von der Versicherungspflicht auf Antrag (A III), um weiterhin ausschließlich privat krankenversichert zu sein.

A I 4.7 **Auslandsaufenthalt**

Nach § 3 Nr. 2 SGB IV kann es zur Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 11 bis 12 SGB V nur für solche Personen kommen, die ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland haben. Bezieher von Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung, die sich gewöhnlich im Ausland aufhalten, unterliegen damit grundsätzlich nicht der Versicherungspflicht in der KVdR. Dies gilt ebenso für die Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung.

Ein nur vorübergehender Auslandsaufenthalt berührt die Versicherungspflicht in der KVdR und der sozialen Pflegeversicherung nicht. Umgekehrt wird eine Versicherungspflicht in der KVdR/sozialen Pflegeversicherung nicht begründet, wenn ein Rentner, der gewöhnlich im Ausland lebt, sich vorübergehend im Inland aufhält.

Ausnahmen von dem Grundsatz, dass es bei gewöhnlichem Aufenthalt im Ausland nicht zur Versicherungspflicht in der KVdR/sozialen Pflegeversicherung kommt, können sich im Rahmen des über- und zwischenstaatlichen Rechts ergeben, vgl. auch den diesbezüglichen Hinweis in § 6 SGB IV.

Bei gewöhnlichem Aufenthalt in einem EU-/EWR-Staat oder der Schweiz, bei denen die VO (EG) 883/04 anzuwenden ist (A I 3.3.5.1), kann es aufgrund der deutschen Rente/des deutschen Rentenanspruchs sowohl zur Versicherungspflicht in der deutschen KVdR als auch in der sozialen Pflegeversicherung kommen¹. Die versicherungsrechtliche Zuständigkeitsabgrenzung ergibt sich aus der Konkurrenz für den Anspruch auf Sachleistungen (Artikel 22 ff. der VO (EG) 883/04 bzw. Artikel 26 ff. der VO (EWG) 1408/71). Voraussetzung für die Versicherungspflicht in der KVdR ist, dass die Vorversicherungszeit nach § 5 Absatz 1 Nr. 11 bzw. 11a SGB V (bei Waisenrentnern die Voraussetzungen nach § 5 Absatz 1 Nr. 11b Buchstabe a SGB V) erfüllt ist und nach dem Recht des ausländischen Wohnstaates kein eigener Anspruch auf Leistungen im Falle der Krankheit besteht (aufgrund einer Rente dieses Staates oder aufgrund einer Beschäftigung/Tätigkeit), wobei ein Anspruch als Familienangehöriger oder aufgrund des Wohnens allein nachrangig ist.

Beispiel:

Herr Müller hat allein Beiträge zur deutschen Rentenversicherung entrichtet. Er lebt in Deutschland und ist aufgrund seiner deutschen Rente in der deutschen KVdR und sozialen Pflegeversicherung pflichtversichert. Er verlegt seinen gewöhnlichen Aufenthalt nach Spanien. Dort übt er weder eine Beschäftigung aus, noch hat er Anspruch auf eine spanische Rente, weshalb er nach spanischem Recht auch nicht krankenversichert ist.

Ergebnis:

Die Versicherungspflicht in der deutschen KVdR und sozialen Pflegeversicherung wird durch die Wohnsitzverlegung nach Spanien nicht beendet, sie besteht vielmehr weiterhin. Sachleistungen werden jedoch im Wege der Aushilfe durch die spanische gesetzliche Krankenversicherung erbracht.

Besteht gleichzeitig im Wohnstaat ein Anspruch auf eine Rente („Mehrfachrentner“), unterliegt der Rentner ausschließlich dem Recht des Wohnstaates, wenn aufgrund des dortigen Rentenanspruchs ein Anspruch auf Leistungen gegeben ist.

¹ Ausnahmen können sich für Drittstaatsangehörige im Verhältnis zu Island, Liechtenstein, Norwegen und der Schweiz ergeben. Einzelheiten hierzu siehe Rundschreiben der DVKA Nr. 36/2003 vom 30. Mai 2003, Nr. 95/2009 vom 26. Februar 2009 und Nr. 12/2011 vom 11. Januar 2011. Zu Dänemark sind die Ausführungen im Rundschreiben der DVKA Nr. 95/2009 vom 26. Februar 2009 zu beachten.

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

Bei gewöhnlichem Aufenthalt in Bosnien-Herzegowina, Kosovo, Nordmazedonien, Montenegro, Serbien, der Türkei oder Tunesien kann es aufgrund der deutschen Rente/des deutschen Rentenanspruches zur Versicherungspflicht in der deutschen KVdR (nicht hingegen in der sozialen Pflegeversicherung) kommen. Voraussetzung hierfür ist, dass die Vorversicherungszeit nach § 5 Absatz 1 Nr. 11 bzw. 11a SGB V (bei Waisenrentnern die Voraussetzungen nach § 5 Absatz 1 Nr. 11b Buchstabe a SGB V) erfüllt ist und allein eine deutsche Rente bezogen wird.

Nach den Abkommen mit Nordmazedonien und der Türkei kommt die KVdR in Deutschland jedoch nicht zustande, wenn die betreffende Person wegen Ausübung einer Beschäftigung nach den dortigen Rechtsvorschriften für den Fall der Krankheit oder Mutterschaft versichert ist. Bei den Staaten Bosnien-Herzegowina, Kosovo, Montenegro, Serbien und Tunesien ist in diesem Zusammenhang lediglich entscheidend, ob nach dem Recht des Wohnstaats überhaupt ein solcher Leistungsanspruch besteht.

Für eine in einem der vorgenannten Abkommensstaaten wohnende Person, die eine Rente aus diesem Staat und eine deutsche Rente bezieht bzw. beanspruchen kann, gelten immer die Rechtsvorschriften des Wohnstaats. Sollte in einem solchen Fall keine Krankenversicherung aufgrund der ausländischen Rente bestehen, wird die Person dennoch nicht aufgrund des Anspruchs auf eine deutsche Rente dem deutschen Recht unterstellt und in der KVdR versichert; in diesem Fall besteht kein Anspruch auf Leistungen oder Sachleistungsaushilfe im Wohnstaat.

Näheres dazu geht aus den Rundschreiben sowie aus dem Leitfaden „Krankenversicherung der Rentner“ des GKV-Spitzenverbandes, Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung-Ausland (DVKA), in der jeweils geltenden Fassung hervor.

A I 4.8 Rückkehr aus dem Ausland

Für Rentner, die nur deshalb nicht in der deutschen KVdR/sozialen Pflegeversicherung versichert waren, weil sie sich gewöhnlich im Ausland aufhielten, kommt es bei der Rückkehr nach Deutschland – vorbehaltlich einer aktuellen Vorrangversicherung, eines aktuellen Ausschlusses der Versicherungspflicht oder einer aktuellen Versicherungsfreiheit - zu den vorgenannten Pflichtversicherungen.

Ob ohne gewöhnlichen Auslandsaufenthalt eine deutsche KVdR bestanden hätte, ist unter Beachtung der Ausführungen unter A I 3 zu prüfen (ggf. A I 1.2 beachten). Maßgebend sind die Rechtsvorschriften, die zum Zeitpunkt der Rentenantragstellung gegolten haben.

Für die übrigen Rentner ist zu prüfen, ob es zu einer freiwilligen Versicherung oder zur Auffang-Versicherungspflicht kommen kann.

A II Versicherungsfreiheit

§ 6 SGB V

Versicherungsfreiheit

(1) Versicherungsfrei sind

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

1. Arbeiter und Angestellte, deren regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt die Jahresarbeitsentgeltgrenze nach den Absätzen 6 oder 7 übersteigt; Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, bleiben unberücksichtigt,
- 1a. nicht-deutsche Besatzungsmitglieder deutscher Seeschiffe, die ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt nicht in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz haben,
2. Beamte, Richter, Soldaten auf Zeit sowie Berufssoldaten der Bundeswehr und sonstige Beschäftigte des Bundes, eines Landes, eines Gemeindeverbandes, einer Gemeinde, von öffentlich-rechtlichen Körperschaften, Anstalten, Stiftungen oder Verbänden öffentlich-rechtlicher Körperschaften oder deren Spitzenverbänden, wenn sie nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Fortzahlung der Bezüge und auf Beihilfe oder Heilfürsorge haben,
3. Personen, die während der Dauer ihres Studiums als ordentliche Studierende einer Hochschule oder einer der fachlichen Ausbildung dienenden Schule gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind,
4. Geistliche der als öffentlich-rechtliche Körperschaften anerkannten Religionsgesellschaften, wenn sie nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Fortzahlung der Bezüge und auf Beihilfe haben,
5. Lehrer, die an privaten genehmigten Ersatzschulen hauptamtlich beschäftigt sind, wenn sie nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Fortzahlung der Bezüge und auf Beihilfe haben,
6. die in den Nummern 2, 4 und 5 genannten Personen, wenn ihnen ein Anspruch auf Ruhegehalt oder ähnliche Bezüge zuerkannt ist und sie Anspruch auf Beihilfe im Krankheitsfalle nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen haben,
7. satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften, Diakonissen und ähnliche Personen, wenn sie sich aus überwiegend religiösen oder sittlichen Beweggründen mit Krankenpflege, Unterricht oder anderen gemeinnützigen Tätigkeiten beschäftigen und nicht mehr als freien Unterhalt oder ein geringes Entgelt beziehen, das nur zur Beschaffung der unmittelbaren Lebensbedürfnisse an Wohnung, Verpflegung, Kleidung und dergleichen ausreicht,
8. Personen, die nach dem Krankheitsfürsorgesystem der Europäischen Gemeinschaften bei Krankheit geschützt sind.

(2) Nach § 5 Absatz 1 Nr. 11 versicherungspflichtige Hinterbliebene der in Absatz 1 Nr. 2 und 4 bis 6 genannten Personen sind versicherungsfrei, wenn sie ihren Rentenanspruch nur aus der Versicherung dieser Personen ableiten und nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe haben.

(3) Die nach Absatz 1 oder anderen gesetzlichen Vorschriften mit Ausnahme von Absatz 2 und § 7 versicherungsfreien oder von der Versicherungspflicht befreiten Personen bleiben auch dann versicherungsfrei, wenn

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

sie eine der in § 5 Absatz 1 Nr. 1 oder Nr. 5 bis 13 genannten Voraussetzungen erfüllen. Dies gilt nicht für die in Absatz 1 Nr. 3 genannten Personen, solange sie während ihrer Beschäftigung versicherungsfrei sind.

(3a) Personen, die nach Vollendung des 55. Lebensjahres versicherungspflichtig werden, sind versicherungsfrei, wenn sie in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Versicherungspflicht nicht gesetzlich versichert waren. Weitere Voraussetzung ist, dass diese Personen mindestens die Hälfte dieser Zeit versicherungsfrei, von der Versicherungspflicht befreit oder nach § 5 Absatz 5 nicht versicherungspflichtig waren. Der Voraussetzung nach Satz 2 stehen die Ehe oder die Lebenspartnerschaft mit einer in Satz 2 genannten Person gleich. Satz 1 gilt nicht für Personen, die nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 versicherungspflichtig sind.

(4) ...

(5) weggefallen

(6) Die Jahresarbeitsentgeltgrenze nach Absatz 1 Nr. 1 beträgt im Jahr 2003 45 900 Euro. Sie ändert sich zum 1. Januar eines jeden Jahres in dem Verhältnis, in dem die Bruttolöhne und -gehälter je Arbeitnehmer (§ 68 Absatz 2 Satz 1 des Sechsten Buches) im vergangenen Kalenderjahr zu den entsprechenden Bruttolöhnen und -gehältern im vorvergangenen Kalenderjahr stehen. Die veränderten Beträge werden nur für das Kalenderjahr, für das die Jahresarbeitsentgeltgrenze bestimmt wird, auf das nächsthöhere Vielfache von 450 aufgerundet. Die Bundesregierung setzt die Jahresarbeitsentgeltgrenze in der Rechtsverordnung nach § 160 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch fest.

(7) Abweichend von Absatz 6 Satz 1 beträgt die Jahresarbeitsentgeltgrenze für Arbeiter und Angestellte, die am 31. Dezember 2002 wegen Überschreitens der an diesem Tag geltenden Jahresarbeitsentgeltgrenze versicherungsfrei und bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen in einer substitutiven Krankenversicherung versichert waren, im Jahr 2003 41 400 Euro. Absatz 6 Satz 2 bis 4 gilt entsprechend.

A II 1 Allgemeines

Unter den in § 6 Absatz 1 SGB V genannten Voraussetzungen sind bestimmte Personen, die eigentlich der Versicherungspflicht unterliegen, kraft Gesetzes versicherungsfrei. Unter bestimmten Bedingungen besteht selbst dann Versicherungsfreiheit, wenn andere Tatbestände der Versicherungspflicht eintreten bzw. bestehen (sog. „absolute Versicherungsfreiheit“ nach § 6 Absatz 3 SGB V). Des Weiteren kann Versicherungsfreiheit bei einer dem Grunde nach eintretenden Versicherungspflicht nach Vollendung des 55. Lebensjahres (§ 6 Absatz 3a SGB V) oder bei bestimmten Beziehern einer Hinterbliebenenrente (§ 6 Absatz 2 SGB V) vorliegen.

A II 2 Personenkreis und Voraussetzungen

Versicherungsfrei nach § 6 Absatz 3 SGB V sind Rentner oder Rentenantragsteller, die die Voraussetzungen für eine Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 11 bis 12 SGB V erfüllen, wenn und solange sie zu den in § 6 Absatz 1 Nr. 1 und 2 sowie 4 bis 8 SGB V genannten versicherungsfreien oder von der Versicherungspflicht befreiten Personen gehören.

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

Dies sind insbesondere die nach § 6 Absatz 1 Nr. 1 SGB V versicherungsfreien Arbeitnehmer, deren Jahresarbeitsentgelt die Jahresarbeitsentgeltgrenze überschreitet. Hierbei wird zwischen der „allgemeinen“ Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Absatz 6 SGB V und der „besonderen“ Jahresarbeitsentgeltgrenze für Beschäftigte, die am 31. Dezember 2002 versicherungsfrei und bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen in einer substitutiven Krankenversicherung versichert waren (§ 6 Absatz 7 SGB V), unterschieden.

Als weitere versicherungsfreie Personengruppen sind Beamte, Richter, Soldaten auf Zeit, Berufssoldaten, „sonstige Beschäftigte“ und Personen mit Anspruch auf Ruhegehalt (Pensionäre) oder ähnliche Bezüge, die Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge haben, zu nennen (§ 6 Absatz 1 Nr. 2 und 6 SGB V).

Nach § 5 Absatz 1 Nr. 11 SGB V versicherungspflichtige Hinterbliebene von Beamten, den vorgenannten beamtenähnlichen Personen und Pensionären, die einen Rentenanspruch haben, sind nach der Sonderregelung des § 6 Absatz 2 SGB V dann versicherungsfrei, wenn sie den Rentenanspruch nur von dem Verstorbenen ableiten und nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe haben, und zwar unabhängig davon, ob die Vorversicherungszeit für die Versicherungspflicht in der KVdR mit der eigenen Versicherungszeit oder mit der Versicherungszeit des Verstorbenen erfüllt ist. Beziehen sie eine Rente aus eigener Rentenversicherung oder haben sie eine solche beantragt, kommt Versicherungsfreiheit nach § 6 Absatz 2 SGB V für sie nicht in Betracht; ggf. können aber die Voraussetzungen für eine Versicherungsfreiheit nach § 6 Absatz 3 SGB V in Verbindung mit anderen Tatbeständen des § 6 Absatz 1 SGB V gegeben sein. Die zum 1. Januar 2017 eingeführte Versicherungspflicht für Waisenrentner nach § 5 Absatz 1 Nr. 11b Buchstabe a SGB V wird von der Versicherungsfreiheit nach § 6 Absatz 2 SGB V nicht erfasst.

Bei Personen, die am 31. Dezember 1988 bereits Rente bezogen und bei denen ein Tatbestand nach § 6 Absatz 1 Nr. 2 oder 4 bis 8 SGB V hinzutritt, sind die Übergangsregelungen des Artikels 56 Absatz 2 und 3 GRG zu beachten (A I 1.2).

Durch § 6 Absatz 3a Sätze 1 bis 3 SGB V wird Personen, die nach dem 55. Lebensjahr versicherungspflichtig werden, der Zugang zur gesetzlichen Krankenversicherung versperrt, wenn sie unmittelbar zuvor keinen ausreichenden Bezug zur gesetzlichen Krankenversicherung nachweisen können. Hiervon sind Personen, die nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V versicherungspflichtig werden, ausgenommen (§ 6 Absatz 3a Satz 4 SGB V).

Versicherungsfreiheit nach § 6 Absatz 3a Sätze 1 bis 3 SGB V tritt kraft Gesetzes ein, wenn in den letzten fünf Jahren vor Beginn der Versicherungspflicht kein gesetzlicher Krankenversicherungsschutz (Pflichtversicherung, freiwillige Versicherung, Familienversicherung) bestand. Zeiten der "Nichtversicherung" in der gesetzlichen Krankenversicherung innerhalb des Fünfjahreszeitraums führen aber nicht generell zur Versicherungsfreiheit nach § 6 Absatz 3a SGB V bei Begründung eines Versicherungspflichttatbestandes. Weitere Voraussetzung ist, dass die Person in diesem Zeitraum mindestens die Hälfte dieser Zeit (zwei Jahre und sechs Monate) versicherungsfrei, von der Versicherungspflicht befreit oder wegen § 5 Absatz 5 SGB V (Ausübung einer hauptberuflich selbstständigen Tätigkeit) nicht versicherungspflichtig war oder mit einer Person verheiratet war, die diese Voraussetzung erfüllt.

Die Regelung des § 6 Absatz 3a SGB V kann nach ihrem Sinn und Zweck jedoch nicht nur gelten, solange die betroffene Person im Erwerbsleben steht, sondern muss auch dann zur Anwendung kommen, wenn die Person aus dem Erwerbsleben ausgeschieden ist. Für den letzteren Fall gilt Folgendes: Bei Personen, die wegen Erreichens der für einen Rentenbezug vorgesehenen Altersgrenzen oder einer dauerhaften vollen Erwerbsminderung oder dauerhafter Aufgabe der selbstständigen Tätigkeit bereits aus dem Erwerbsleben ausgeschieden sind, ist die weitere Voraussetzung des § 6 Absatz 3a Satz 2 SGB V (mindestens die Hälfte des 5-Jahres-Zeitraums versicherungsfrei, von der Versicherungspflicht befreit oder hauptberuflich selbstständig erwerbstätig) dann erfüllt, wenn die Person diese Voraussetzung

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

zum Zeitpunkt ihres Ausscheidens aus dem Erwerbsleben erfüllt hat. Sofern dies der Fall ist, führt die Erfüllung eines Versicherungspflichttatbestandes (z. B. die Aufnahme einer mehr als geringfügigen Beschäftigung oder der Antrag auf Hinterbliebenenrente bei Erfüllung der Voraussetzungen für die KVdR in der Person des Verstorbenen) nicht zur Versicherungspflicht. Der Fünfjahreszeitraum des § 6 Absatz 3a Satz 1 SGB V wird dadurch nicht berührt und geht auch in diesen Fällen dem Eintritt der Versicherungspflicht unmittelbar voran. Das heißt, der Verlauf der Fünfjahresfristen für die Prüfung nach § 6 Absatz 3a Satz 1 SGB V einerseits und für die Prüfung nach § 6 Absatz 3a Satz 2 SGB V andererseits fallen dann auseinander.

Im Übrigen tritt Versicherungsfreiheit nach § 6 Absatz 3a SGB V unter den beschriebenen Voraussetzungen selbst dann ein, wenn die für die Versicherungspflicht in der KVdR erforderliche Vorversicherungszeit durch die Anrechnung von drei Jahren für jedes Kind erfolgt ist. Der Umstand, dass die Person in den letzten fünf Jahren vor Beginn der grundsätzlich eintretenden Versicherungspflicht nicht gesetzlich krankenversichert war, wird durch die anrechenbaren Zeiten für jedes Kind nicht ausgehebelt.

Wegen der Vorbehaltsklausel in § 20 Absatz 1 Satz 1 SGB XI wirkt sich die Versicherungsfreiheit nach § 6 Absatz 3a SGB V auch auf die Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung aus.

Beispiel 1:

Witwenrentenantrag am

23.7.2020

- KVdR-Vorversicherungszeit ist über den Verstorbenen erfüllt -

Die 1962 geborene Witwe ist ab 2010 selbstständig erwerbstätig, bis 31.8. 2020 hauptberuflich und ab 1.9.2020 nebenberuflich. Seit dem Beginn der selbstständigen Tätigkeit ist sie privat krankenversichert.

Ergebnis:

Aufgrund der bis zum 31.8.2020 ausgeübten hauptberuflich selbstständigen Tätigkeit ist die Versicherungspflicht in der KVdR bis zu diesem Tag ohnehin ausgeschlossen. Durch den Wegfall der Hauptberuflichkeit der selbstständigen Tätigkeit ab 1.9.2020 würde an diesem Tag Versicherungspflicht in der KVdR eintreten. Da die Witwe an diesem Tag bereits das 55. Lebensjahr vollendet hatte, die letzten fünf Jahre vor Beginn der Versicherungspflicht (1.9.2015 bis 31.08.2020) nicht gesetzlich versichert und mindestens die Hälfte dieser Zeit nach § 5 Absatz 5 SGB V nicht versicherungspflichtig war, besteht für sie ab 1.9.2020 Versicherungsfreiheit nach § 6 Absatz 3a SGB V.

Beispiel 2:

Bezug einer Altersrente seit

1.3.2013

- KVdR-Vorversicherungszeit nicht erfüllt -

Witwenrentenantrag am

23.7.2020

- KVdR-Vorversicherungszeit ist über den Verstorbenen erfüllt. -

Die am 16.2.1948 geborene Witwe war bis 28.2.2013 beschäftigt und vom 1.1.2006 bis 28.2.2013 versicherungsfrei nach § 6 Absatz 1 Nr. 1 SGB V. Seit dem 1.1.2006 ist sie privat krankenversichert.

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

Ergebnis:

Die Rentnerin hatte am 23.7.2020 das 55. Lebensjahr bereits vollendet und war die letzten fünf Jahre vor Beginn der Versicherungspflicht (23.7.2015 bis 22.7.2020) nicht gesetzlich versichert. Außerdem war sie in den letzten fünf Jahren vor dem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben (1.3.2008 bis 28.2.2013) versicherungsfrei. Für sie besteht daher ab 23.7.2020 Versicherungsfreiheit nach § 6 Absatz 3a SGB V.

Beispiel 3:

Witwerrentenantrag am 3.9.2020

Die KVdR-Vorversicherungszeit ist über die Verstorbene erfüllt.

Der 1956 geborene Witwer war aufgrund einer hauptberuflich

selbstständigen Tätigkeit privat krankenversichert seit 1.4.2010

Die hauptberuflich selbstständige Tätigkeit wurde zum 31.12.2016 aufgegeben. Eine Familienversicherung über die Mitgliedschaft der Ehefrau bestand im Anschluss daran jedoch nicht, da die Einkommensgrenze aufgrund von Einkünften aus Vermietung und Verpachtung überschritten worden ist. Die private Krankenversicherung wurde daher aufrechterhalten.

Ergebnis:

Der Witwer hatte am 3.9.2020 das 55. Lebensjahr bereits vollendet und war die letzten fünf Jahre vor Beginn der Versicherungspflicht (3.9.2015 bis 2.9.2020) nicht gesetzlich versichert. Außerdem war er in den letzten fünf Jahren vor dem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben (1.1.2011 bis 31.12.2016) wegen Ausübung einer hauptberuflich selbstständigen Tätigkeit nicht versicherungspflichtig. Für ihn besteht daher ab 3.9.2020 Versicherungsfreiheit nach § 6 Absatz 3a SGB V.

Beispiel 4:

Zuzug eines anerkannten

Spätaussiedlers aus Russland am 15.3.2016

Ausübung einer hauptberuflich selbstständigen Tätigkeit vom 1.11.2014 bis 17.9.2020

Antrag auf Regelaltersrente am 18.9.2020

Ergebnis:

Am 18.9.2020 tritt nach § 5 Absatz 1 Nr. 12 SGB V Versicherungspflicht in der KVdR ein. Zwar bestand innerhalb der letzten fünf Jahre (18.9.2015 bis 17.9.2020) keine gesetzliche Krankenversicherung und auch in der Hälfte dieses Zeitraums nach § 5 Absatz 5 SGB V keine Versicherungspflicht, jedoch geht die Zeit der „Nichtversicherung“ in der GKV zumindest für die Zeit des gewöhnlichen Aufenthalts im Herkunftsland (18.9.2015 bis 14.3.2016) auf die Nichtanwendbarkeit des deutschen Sozialversicherungsrechts und nicht auf eine Versicherungsfreiheit, Befreiung von der Versicherungspflicht oder eine hauptberuflich selbstständige Tätigkeit zurück. Somit findet § 6 Absatz 3a SGB V keine Anwendung.

Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung, die am Tag des Inkrafttretens des § 6 Absatz 3a SGB V am 1. Juli 2000 bereits 55 Jahre alt und versicherungspflichtig waren, bleiben weiterhin versicherungspflichtig.

Personen, die von der Versicherungspflicht nach dem KVLG 1989 befreit sind, bleiben auch in der KVdR versicherungsfrei.

A II 3 Ende der Versicherungsfreiheit

Die Versicherungsfreiheit in der KVdR endet, wenn die nach § 6 Absatz 1 oder 2 SGB V oder nach anderen gesetzlichen Vorschriften gegebene Versicherungsfreiheit bzw. Befreiung von der Versicherungspflicht nicht mehr vorliegt. Mit hin tritt z. B. Versicherungspflicht in der KVdR ein, wenn ein Arbeiter oder Angestellter, der bislang wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze versicherungsfrei war, diese Beschäftigung aufgibt und die Voraussetzungen für die Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 11 SGB V erfüllt.

A III Befreiung von der Versicherungspflicht

§ 8 SGB V

Befreiung von der Versicherungspflicht

(1) Auf Antrag wird von der Versicherungspflicht befreit, wer versicherungspflichtig wird

- 1. wegen Änderung der Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Absatz 6 Satz 2 oder Absatz 7,**
 - 1a. durch den Bezug von Arbeitslosengeld oder Unterhaltsgeld (§ 5 Absatz 1 Nr. 2) und in den letzten fünf Jahren vor dem Leistungsbezug nicht gesetzlich krankenversichert war, wenn er bei einem Krankenversicherungsunternehmen versichert ist und Vertragsleistungen erhält, die der Art und dem Umfang nach den Leistungen dieses Buches entsprechen,**
 - 2. durch Aufnahme einer nicht vollen Erwerbstätigkeit nach § 2 des Bundeserziehungsgeldgesetzes oder nach § 1 Absatz 6 Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetzes während der Elternzeit; die Befreiung erstreckt sich nur auf die Elternzeit,**
 - 2a. durch Herabsetzung der regelmäßigen Wochenarbeitszeit während einer Freistellung nach § 3 des Pflegezeitgesetzes oder der Familienpflegezeit nach § 2 des Familienpflegezeitgesetzes; die Befreiung erstreckt sich nur auf die Dauer einer Freistellung oder die Dauer der Familienpflegezeit,**
- 3. weil seine Arbeitszeit auf die Hälfte oder weniger als die Hälfte der regelmäßigen Wochenarbeitszeit vergleichbarer Vollbeschäftigter des Betriebes herabgesetzt wird; dies gilt auch für Beschäftigte, die im Anschluss an ihr bisheriges Beschäftigungsverhältnis bei einem anderen Arbeitgeber ein Beschäftigungsverhältnis aufnehmen, das die Voraussetzungen des vorstehenden Halbsatzes erfüllt sowie für Beschäftigte, die im Anschluss an die Zeiten des Bezugs von Elterngeld oder der Inanspruchnahme von Elternzeit oder einer Freistellung nach § 3 des Pflegezeitgesetzes oder § 2 des Familienpflegezeitgesetzes ein Beschäfti-**

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

gungsverhältnis im Sinne des ersten Teilsatzes aufnehmen, das bei Vollbeschäftigung zur Versicherungsfreiheit nach § 6 Absatz 1 Nummer 1 führen würde; Voraussetzung ist ferner, dass der Beschäftigte seit mindestens fünf Jahren wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze versicherungsfrei ist; Zeiten des Bezugs von Erziehungsgeld oder Elterngeld oder der Inanspruchnahme von Elternzeit oder einer Freistellung nach § 3 des Pflegezeitgesetzes oder § 2 des Familienpflegezeitgesetzes werden angerechnet,

4. durch den Antrag auf Rente oder den Bezug von Rente oder die Teilnahme an einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben (§ 5 Absatz 1 Nr. 6, 11 bis 12),
5. durch die Einschreibung als Student oder die berufspraktische Tätigkeit (§ 5 Absatz 1 Nr. 9 oder 10),
6. durch die Beschäftigung als Arzt im Praktikum,
7. durch die Tätigkeit in einer Einrichtung für behinderte Menschen (§ 5 Absatz 1 Nr. 7 oder 8).

Das Recht auf Befreiung setzt nicht voraus, dass der Antragsteller erstmals versicherungspflichtig wird.

(2) Der Antrag ist innerhalb von drei Monaten nach Beginn der Versicherungspflicht bei der Krankenkasse zu stellen. Die Befreiung wirkt vom Beginn der Versicherungspflicht an, wenn seit diesem Zeitpunkt noch keine Leistungen in Anspruch genommen wurden, sonst vom Beginn des Kalendermonats an, der auf die Antragstellung folgt. Die Befreiung kann nicht widerrufen werden. Die Befreiung wird nur wirksam, wenn das Mitglied das Bestehen eines anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall nachweist.

(3)

A III 1 Allgemeines

Auf Antrag wird nach § 8 Absatz 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V von der Versicherungspflicht befreit, wer u. a. durch den Antrag auf Rente oder den Bezug von Rente nach § 5 Absatz 1 Nr. 11, 11a, 11b oder 12 SGB V versicherungspflichtig würde. Die Befreiung von der Krankenversicherungspflicht bewirkt, dass auch keine Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung eintritt.

Rentner oder Rentenantragsteller, deren Versicherungspflicht in der KVdR durch eine Vorrangversicherung verdrängt war, können sich von der Versicherungspflicht in der KVdR nach § 8 Absatz 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V befreien lassen, wenn die Vorrangversicherung entfällt.

Bei fortlaufendem Rentenanspruch richtet sich die Versicherungspflicht in der KVdR auch bei einem Wechsel der Rentenart (z. B. Regelaltersrente im Anschluss an eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit) nach den Zugangsvorschriften im Zeitpunkt des ersten Rentenanspruches (vgl. A I 3.7.2). Ein Wechsel der Rentenart löst daher bei durchgehender Versicherungspflicht in der KVdR kein neues Recht auf Befreiung von der Versicherungspflicht aus (Urteil des BSG vom 24. Juni 2008 – B 12 KR 28/07 R –, USK 2008-52).

Bei Rentenantragstellern findet nicht eine Befreiung von der Versicherungspflicht im engeren Sinne, sondern von der Mitgliedschaft nach § 189 SGB V statt. In Bezug auf die Tatbestandsvoraussetzung für eine Befreiung sind die Phase

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

der Rentenantragstellung und die Zeit, für die der Anspruch auf die Rente zugebilligt wird, als Einheit zu betrachten. Im Ergebnis besteht damit nur einmalig anlässlich der Beantragung der Rente ein Befreiungsrecht.

Nach dem Urteil des BSG vom 27. April 2016 – B 12 KR 24/14 R -, USK 2016-30, war nur dann eine Befreiung von der Versicherungspflicht möglich, wenn nicht unmittelbar vor Eintritt des Befreiungstatbestandes bereits Versicherungspflicht aus einem anderen Grund bestand. Diese Einschränkung des Rechts auf Befreiung von der Versicherungspflicht wurde seitens des Gesetzgebers für unverhältnismäßig erachtet. In der Folge wurde § 8 Absatz 1 SGB V ab 15. Dezember 2018 durch einen zweiten Satz ergänzt, nach dem das Recht auf Befreiung von der Versicherungspflicht nicht voraussetzt, „dass der Antragsteller erstmals versicherungspflichtig wird“. In der Gesetzesbegründung ist ergänzend klargelegt, dass mit der Änderung ein Recht auf Befreiung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung auch dann besteht, wenn unmittelbar vor Eintritt des Befreiungstatbestandes bereits eine Versicherungspflicht aus einem anderen Grund bestand. Damit wird die vor dem genannten BSG-Urteil praktizierte Anwendung des Befreiungsrechts gesetzlich wiederhergestellt. Die Änderung ist am 15. Dezember 2018 in Kraft getreten und entfaltet damit grundsätzlich Wirkung für alle Befreiungsanträge, die ab dem Tag des Inkrafttretens und innerhalb der Befreiungsfrist nach § 8 Absatz 2 Satz 1 SGB V gestellt werden bzw. wurden. Die Änderung ist im Recht der landwirtschaftlichen Krankenversicherung für die Befreiung von der Versicherungspflicht nach § 4 KVLG 1989 nachvollzogen worden.

Eine vor dem Befreiungstatbestand bestandene Familienversicherung oder freiwillige Krankenversicherung schließt ein Befreiungsrecht ebenfalls nicht aus. Eine Befreiung von der Versicherungspflicht zu Gunsten einer Familienversicherung schließt das Gesetz allerdings aus (§ 10 Absatz 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V). Eine Befreiung von der Versicherungspflicht zu Gunsten einer – zum Befreiungszeitpunkt eintretenden oder fortbestehenden – freiwilligen Krankenversicherung ist ebenfalls nicht möglich.

Ein Recht auf Befreiung von der Versicherungspflicht besteht nur dann, wenn der Betroffene einen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall, im Regelfall eine private Krankenversicherung, hat und diesen nachweist (§ 8 Absatz 2 Satz 4 SGB V). Diese weitere Voraussetzung für die Befreiung soll als weitere Maßnahme sicherstellen, dass keine Person ohne Absicherung im Krankheitsfall bleibt.

Der in diesem Zusammenhang verwendete Begriff des anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall ist inhaltlich deckungsgleich mit dem gleichlautenden Begriff im Zusammenhang mit der Auffang-Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V; dementsprechend sind die entsprechenden Auslegungshinweise in den Grundsätzlichen Hinweisen „Auffang-Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V“ des GKV-Spitzenverbandes in der jeweils geltenden Fassung zu beachten.

Eine Befreiung setzt voraus, dass eine derartige anderweitige Absicherung im Krankheitsfall für den Zeitpunkt nachgewiesen wird, an dem die Befreiung ihre Wirkung entfaltet, also an dem Tag, ab dem der die Befreiung ermöglichende Tatbestand der Versicherungspflicht eintreten würde.

Hat ein Rentner nicht oder nicht fristgemäß die Befreiung von der Versicherungspflicht beantragt, eröffnet ein späterer vorübergehender Verzicht auf die Rentenzahlung kein erneutes Befreiungsrecht anlässlich der Wiederaufnahme der Rentenzahlung (Urteil des BSG vom 11. November 2003 - B 12 KR 3/03 R -, USK 2003-35).

A III 2 Antragstellung

Der Antrag auf Befreiung ist innerhalb von drei Monaten nach Beginn der Versicherungspflicht zu stellen. Für die Berechnung der Drei-Monats-Frist gelten nach § 26 Absatz 1 SGB X die §§ 187 bis 193 BGB entsprechend. Da der Beginn der Frist von einem Ereignis abhängt, das in den Lauf eines Tages fällt (Beginn der Versicherungspflicht), ist für die Berechnung der Frist § 187 Absatz 1 BGB i. V. m. § 188 Absatz 2 BGB maßgebend. Das bedeutet, dass der Tag des Beginns der Versicherungspflicht nicht in die Frist einzubeziehen ist. Die Frist endet demnach mit dem Ablauf des Tages des Folgemonats, der seiner Zahl nach dem Ereignistag entspricht.

Beispiel 1:

Rentantrag am	18.6.2020
Beginn der Versicherungspflicht am	18.6.2020
Beginn der Antragsfrist am	19.6.2020
Ende der Antragsfrist am	18.9.2020

In den Fällen, in denen ein Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben nach § 116 Absatz 2 SGB VI als Rentenantrag gilt, ist als Tag der Rentenantragstellung zwar der Tag, an dem der Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben gestellt worden ist, anzusehen, die Frist für die Befreiung von der Versicherungspflicht nach § 8 Absatz 2 SGB V beginnt in diesen Fällen aber frühestens mit dem Tag, an dem der Antragsteller von der Umdeutung Kenntnis erhält.

Fällt der letzte Tag der Antragsfrist auf einen Samstag, Sonntag oder einen gesetzlichen Feiertag, endet die Frist nach § 26 Absatz 3 Satz 1 SGB X mit dem Ablauf des nächstfolgenden Werktags.

Beispiel 2:

Rentantrag am	19.6.2020
Beginn der Versicherungspflicht am	19.6.2020
Beginn der Antragsfrist am	20.6.2020
Ende der Antragsfrist grundsätzlich am	19.9.2020
	(Samstag)
Verschieben des Fristendes auf den nächsten Werktag:	21.9.2020
	(Montag)

Die in § 8 Absatz 2 SGB V genannte Frist ist eine von Amts wegen zu beachtende Ausschlussfrist.

Der Befreiungsantrag ist an die zuständige Krankenkasse zu richten. Zuständig ist die Krankenkasse, bei der zur Zeit der Rentenantragstellung eine Krankenversicherung besteht. Besteht im Zeitpunkt der Rentenantragstellung keine Krankenversicherung, ist der Befreiungsantrag an die Krankenkasse zu richten, die zuletzt eine Versicherung durchgeführt hat. Ergibt sich hiernach keine Zuständigkeit, ist die vom Rentenantragsteller/Rentner für die Bearbeitung des Befreiungsantrags gewählte Krankenkasse zuständig.

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

Im Übrigen gilt der Antrag auf Befreiung von der Versicherungspflicht auch dann als fristgerecht gestellt, wenn er innerhalb der Drei-Monats-Frist bei einer unzuständigen Stelle - z. B. beim Rentenversicherungsträger - eingeht (§ 16 SGB I).

A III 3 Bescheid über die Befreiung

Über den Antrag auf Befreiung von der Versicherungspflicht entscheidet die zuständige Krankenkasse mit einem schriftlichen Verwaltungsakt (Bescheid) gegenüber der betroffenen Person. Außerdem informiert die Krankenkasse den zuständigen Rentenversicherungsträger mit einer Meldung im KVdR-Meldeverfahren über die Befreiung von der Versicherungspflicht.

A III 4 Wirkung der Befreiung

Die Befreiung wirkt vom Beginn der KVdR an, wenn seit ihrem Beginn noch keine Leistungen gewährt worden sind. Hat der Befreiungsberechtigte für sich oder haben seine familienversicherten Angehörigen schon Leistungen in Anspruch genommen, wirkt die Befreiung vom Beginn des Kalendermonats an, der auf die Antragstellung folgt.

Beispiel 1:

Rentantrag und Beginn der Rentenantragstellermemberschaft am	9.4.2020
Antrag auf Befreiung von der Versicherungspflicht am	16.4.2020
Beginn der Antragsfrist am	10.4.2020
Ende der Antragsfrist am	9.7.2020
Die Befreiung wirkt vom	9.4.2020

Beispiel 2:

Rentantrag und Beginn der Rentenantragstellermemberschaft am	16.4.2020
Antrag auf Befreiung von der Versicherungspflicht am	7.5.2020

Der Versicherte hat am 4.5.2020 eine Leistung der Krankenkasse in Anspruch genommen.

Beginn der Antragsfrist am	17.4.2020
Ende der Antragsfrist am	16.7.2020
Die Befreiung wirkt vom	1.6.2020

Beispiel 3:

Rentantrag und Beginn der Rentenantragstellermemberschaft am	9.4.2020
Antrag auf Befreiung von der Versicherungspflicht am	6.7.2020

Der bisher familienversicherte Sohn hat am 26.6.2020 eine Leistung der Krankenkasse in Anspruch genommen.

Beginn der Antragsfrist am	10.4.2020
----------------------------	-----------

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

Ende der Antragsfrist am	9.7.2020
Die Befreiung wirkt vom	1.8.2020

Die Befreiung von der Versicherungspflicht in der KVdR kann nicht widerrufen werden (§ 8 Absatz 2 SGB V). Eine eventuelle Rücknahme des von der Krankenkasse erlassenen Verwaltungsaktes nach den §§ 44 ff. SGB X bleibt davon unberührt.

Nach der gefestigten Rechtsprechung des BSG (Urteil vom 25. März 2011 - B 12 KR 9/09 R -, USK 2011-65) wirkt die Befreiung von der Versicherungspflicht nach § 8 SGB V tatbestandsbezogen grundsätzlich (nur) auf das jeweilige Versicherungspflichtverhältnis, aufgrund dessen die Befreiung herbeigeführt worden ist. Die Befreiung wirkt, so lange der für die Befreiung maßgebliche Tatbestand (hier: der Anspruch auf die Rente) ununterbrochen fortbesteht und ohne die Befreiung Versicherungspflicht bewirken würde. Die Befreiung gilt also für die Dauer des Rentenverfahrens bzw. des Rentenbezugs, und zwar auch dann, wenn die Rente wegen Zusammentreffens mit einer anderen Rente oder Einkommen tatsächlich nicht gezahlt wird.

Wird eine befristete Rente weitergezahlt oder schließt sich an eine Rente (z. B. Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit) eine andere Rente (z. B. Altersrente) nahtlos an, wirkt die Befreiung weiter (für den zweiten Fall vgl. Urteil des BSG vom 24. Juni 2008 - B 12 KR 28/07 R -, USK 2008-52). Beantragt ein von der Versicherungspflicht in der KVdR befreiter Rentner eine weitere Rente, dann gilt die zu der ersten Rente ausgesprochene Befreiung auch für die zweite Rente (z. B. zu einer Altersrente tritt eine Witwenrente). Ein Ende bzw. eine Unterbrechung des Rentenanspruchs beendet in der Regel die Wirkung der Befreiung. Dies gilt nur dann nicht, wenn eine sozialversicherungsrechtlich irrelevante Unterbrechung des Befreiungstatbestandes vorliegt (Urteil des BSG vom 25. Mai 2011 - B 12 KR 9/09 R -, USK 2011-65). Davon ist auszugehen, wenn es sich um einen Zeitraum bis zu einem Monat handelt, in dem kein anderer Versicherungspflichttatbestand vorliegt.

Die Befreiung von der Versicherungspflicht in der KVdR bewirkt auch, dass eine Mitgliedschaft in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung aufgrund einer Beantragung oder des Bezugs einer Rente aus der Alterssicherung der Landwirte oder als sonstige über 65-jährige Person ausgeschlossen ist.

In wortgetreuer Umsetzung des § 6 Absatz 3 Satz 1 SGB V schließt eine Befreiung von der Versicherungspflicht (hier: nach § 8 Absatz 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V) eine zeitgleiche Versicherungspflicht nach anderen gesetzlichen Vorschriften, z. B. aufgrund der Aufnahme einer mehr als geringfügigen Beschäftigung, aus. Die Regelung des § 6 Absatz 3 Satz 1 SGB V ist allerdings hinsichtlich der Folgen für die von der Versicherungspflicht befreiten Personen in dem Sinne eingeschränkt zu verstehen, als eine Befreiung von der Krankenversicherungspflicht nur auf andere (zeitgleich vorliegende) zur Versicherungspflicht führende Tatbestände wirkt, die gegenüber dem zur Befreiung führenden Tatbestand im Sinne der Versicherungskonkurrenz nachrangig oder gleichrangig anzusehen sind. Damit schließt die Befreiung nach § 8 Absatz 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V von der Krankenversicherungspflicht als Rentner den Eintritt z. B. der vorrangigen Versicherungspflicht als Arbeitnehmer nach § 5 Absatz 1 Nr. 1 SGB V bei Aufnahme einer entsprechenden Beschäftigung nicht aus. Dennoch ist § 6 Absatz 3a SGB V (absolute Versicherungsfreiheit für über 55-jährige Personen ohne ausreichende Vorversicherungszeiten im System der GKV) zu beachten.

Sofern während der Befreiungswirkung aufgrund eines anderen Tatbestandes Versicherungspflicht besteht, wird die Befreiung durch diese Versicherungspflicht zunächst überlagert und lebt nach Wegfall der zwischenzeitlichen Versicherungspflicht wieder auf, vorausgesetzt, der Befreiungstatbestand selbst (hier: der Anspruch auf Rente) bestand durchgehend. Das Aufleben der Befreiung von der Versicherungspflicht nach dem Ende der Vorrangversicherung schließt eine

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

obligatorische Anschlussversicherung nach § 188 Absatz 4 SGB V im Anschluss an das Ende der Vorrangversicherungspflicht nicht aus. Das heißt, die betroffene Person hat dann die Wahlmöglichkeit zwischen der Versicherung in der GKV oder in der PKV.

A IV Freiwillige Versicherung/Familienversicherung

§ 9 SGB V Freiwillige Versicherung

(1) Der Versicherung können beitreten

- 1. Personen, 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; Zeiten der Mitgliedschaft nach § 189 und Zeiten, in denen eine Versicherung allein deshalb bestanden hat, weil Arbeitslosengeld II zu Unrecht bezogen wurde, werden nicht berücksichtigt,**
- 2. Personen, deren Versicherung nach § 10 erlischt oder nur deswegen nicht besteht, weil die Voraussetzungen des § 10 Absatz 3 vorliegen, wenn sie oder der Elternteil, aus dessen Versicherung die Familienversicherung abgeleitet wurde, die in Nummer 1 genannte Vorversicherungszeit erfüllen,**
- 3. - 5. ...**
- 6. (weggefallen)**
- 7. und 8. ...**

Für die Berechnung der Vorversicherungszeiten nach Satz 1 Nr. 1 gelten 360 Tage eines Bezugs von Leistungen, die nach § 339 des Dritten Buches berechnet werden, als zwölf Monate.

(2) Der Beitritt ist der Krankenkasse innerhalb von drei Monaten anzuzeigen

- 1. im Falle des Absatzes 1 Nr. 1 nach Beendigung der Mitgliedschaft,**
- 2. im Falle des Absatzes 1 Nr. 2 nach Beendigung der Versicherung oder nach Geburt des Kindes,**

3. - 6. ...

(3) ...

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

§ 10 SGB V

Familienversicherung

(1) Versichert sind der Ehegatte, der Lebenspartner und die Kinder von Mitgliedern sowie die Kinder von familienversicherten Kindern, wenn diese Familienangehörigen

1. ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben,
2. nicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 1, 2, 2a, 3 bis 8, 11 bis 12 oder nicht freiwillig versichert sind,
3. nicht versicherungsfrei oder nicht von der Versicherungspflicht befreit sind; dabei bleibt die Versicherungsfreiheit nach § 7 außer Betracht,
4. nicht hauptberuflich selbstständig erwerbstätig sind und
5. kein Gesamteinkommen haben, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches überschreitet; bei Abfindungen, Entschädigungen oder ähnlichen Leistungen (Entlassungsentschädigungen), die wegen der Beendigung eines Arbeitsverhältnisses in Form nicht monatlich wiederkehrender Leistungen gezahlt werden, wird das zuletzt erzielte monatliche Arbeitsentgelt für die der Auszahlung der Entlassungsentschädigung folgenden Monate bis zu dem Monat berücksichtigt, in dem im Fall der Fortzahlung des Arbeitsentgelts die Höhe der gezahlten Entlassungsentschädigung erreicht worden wäre; bei Renten wird der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt; für geringfügig Beschäftigte nach § 8 Absatz 1 Nr. 1, § 8a des Vierten Buches beträgt das zulässige Gesamteinkommen 450 Euro.

Eine hauptberufliche selbständige Tätigkeit im Sinne des Satzes 1 Nr. 4 ist nicht deshalb anzunehmen, weil eine Versicherung nach § 1 Absatz 3 des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte vom 29. Juli 1994 (BGBl. I S. 1890, 1891) besteht. Ehegatten und Lebenspartner sind für die Dauer der Schutzfristen nach § 3 des Mutterschutzgesetzes sowie der Elternzeit nicht versichert, wenn sie zuletzt vor diesen Zeiträumen nicht gesetzlich krankenversichert waren.

(2) Kinder sind versichert

1. bis zur Vollendung des achtzehnten Lebensjahres,
2. bis zur Vollendung des dreiundzwanzigsten Lebensjahres, wenn sie nicht erwerbstätig sind,
3. bis zur Vollendung des fünfundzwanzigsten Lebensjahres, wenn sie sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden oder ein freiwilliges soziales Jahr oder ein freiwilliges ökologisches Jahr im Sinne des Jugendfreiwilligendienstegesetzes oder Bundesfreiwilligendienst nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz leisten; wird die Schul- oder Berufsausbildung durch Erfüllung einer gesetzlichen Dienstpflicht des Kindes unterbrochen oder verzögert, besteht die Versicherung auch für einen der Dauer dieses Dienstes entsprechenden Zeitraum über das fünfundzwanzigste Lebensjahr hinaus; dies gilt auch bei einer Unterbrechung oder Verzögerung durch den freiwilligen Wehrdienst nach § 58b des Soldatengesetzes, einen Freiwilligen-

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

dienst nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz, dem Jugendfreiwilligendienstgesetz oder einen vergleichbaren anerkannten Freiwilligendienst oder durch eine Tätigkeit als Entwicklungshelfer im Sinne des § 1 Absatz 1 des Entwicklungshelfer-Gesetzes für die Dauer von höchstens zwölf Monaten; wird als Berufsausbildung ein Studium an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule beendet, besteht die Versicherung bis zum Ablauf des Semesters fort, längstens bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres; § 186 Absatz 7 Satz 2 und 3 gelten entsprechend,

4. ohne Altersgrenze, wenn sie als Menschen mit Behinderungen (§ 2 Absatz 1 Satz 1 des Neunten Buches) außer Stande sind, sich selbst zu unterhalten; Voraussetzung ist, dass die Behinderung zu einem Zeitpunkt vorlag, in dem das Kind innerhalb der Altersgrenzen nach den Nummern 1, 2 oder 3 versichert war oder die Familienversicherung nur wegen einer Vorrangversicherung nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 ausgeschlossen war.

(3) - (6) ...

§ 186 SGB V

Beginn der Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger

(1) - (6) ...

(7) Die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Studenten beginnt mit dem Semester, frühestens mit dem Tag der Einschreibung oder der Rückmeldung an der Hochschule. Bei Hochschulen, in den das Studienjahr in Trimester eingeteilt ist, tritt an die Stelle des Semesters das Trimester. Für Hochschulen, die keine Semestereinteilung haben, gelten als Semester im Sinne des Satzes 1 die Zeiten vom 1. April bis 30. September und vom 1. Oktober bis 31. März.

(8) - (11) ...

§ 188 SGB V

Beginn der freiwilligen Mitgliedschaft

(1) ...

(2) Die Mitgliedschaft der in § 9 Absatz 1 Nr. 1 und 2 genannten Versicherungsberechtigten beginnt mit dem Tag nach dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht oder mit dem Tag nach dem Ende der Versicherung nach § 10. Die Mitgliedschaft der in § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 und 5 genannten Versicherungsberechtigten beginnt mit dem Tag der Aufnahme der Beschäftigung. Die Mitgliedschaft der in § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 8 genannten Versicherungsberechtigten beginnt mit dem Tag nach dem Ausscheiden aus dem Dienst.

(3) Der Beitritt ist schriftlich zu erklären.

(4) Für Personen, deren Versicherungspflicht oder Familienversicherung endet, setzt sich die Versicherung mit dem Tag nach dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht oder mit dem Tag nach dem Ende der Familienversicherung als freiwillige Mitgliedschaft fort, es sei denn, das Mitglied erklärt innerhalb von zwei Wochen

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

nach Hinweis der Krankenkasse über die Austrittsmöglichkeiten seinen Austritt. Der Austritt wird nur wirksam, wenn das Mitglied das Bestehen eines anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall nachweist. Satz 1 gilt nicht für Personen, deren Versicherungspflicht endet, wenn die übrigen Voraussetzungen für eine Familienversicherung erfüllt sind oder ein Anspruch auf Leistungen nach § 19 Absatz 2 besteht, sofern im Anschluss daran das Bestehen eines anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall nachgewiesen wird. ...

(5) ...

§ 309 SGB V

Versicherter Personenkreis

(1) Soweit Vorschriften dieses Buches

1. an die Bezugsgröße anknüpfen, gilt vom 1. Januar 2001 an die Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 des Vierten Buches auch in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet,
2. ...

(2) - (4) (weggefallen)

(5) ...

§ 6 KVLG 1989

Freiwillige Versicherung

(1) Der Versicherung können beitreten

1. Personen, die aus der Versicherungspflicht nach diesem Gesetz 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; Zeiten der Mitgliedschaft nach § 23 und Zeiten in denen eine Versicherung allein deshalb bestanden hat, weil Arbeitslosengeld II zu Unrecht bezogen wurde, werden nicht berücksichtigt,
2. Personen, deren Versicherung nach § 7 erlischt oder nur deswegen nicht besteht, weil die Voraussetzungen des § 10 Absatz 1 Satz 1 Nr. 4 oder Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vorliegen, wenn sie oder der Elternteil, aus dessen Versicherung die Familienversicherung abgeleitet wurde, die in Nummer 1 genannte Vorversicherungszeit erfüllen.

Für die Berechnung der Vorversicherungszeiten nach Satz 1 Nr. 1 gelten 360 Tage eines Bezugs von Leistungen, die nach § 339 des Dritten Buches Sozialgesetzbuch berechnet werden, als zwölf Monate.

(2) ...

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

§ 7 KVLG 1989

Familienversicherung

(1) Für die Familienversicherung gilt § 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch entsprechend. Die Familienversicherung besteht auch für den im landwirtschaftlichen Unternehmen tätigen Ehegatten oder Lebenspartner des landwirtschaftlichen Unternehmers oder eines mitarbeitenden Familienangehörigen, sofern er nur wegen der Vorschriften des § 2 Absatz 3 oder 4 nicht versicherungspflichtig wird. Bei der Feststellung des Gesamteinkommens des Ehegatten oder Lebenspartners bleibt das Einkommen außer Betracht, das die Ehegatten oder Lebenspartner aus dem von ihnen gegenwärtig oder früher gemeinsam betriebenen landwirtschaftlichen Unternehmen oder aus der gemeinsamen Beschäftigung als mitarbeitende Familienangehörige erzielen. Das Einkommen eines Kindes aus dem landwirtschaftlichen Unternehmen, in dem es Mitunternehmer ist, ohne als landwirtschaftlicher Unternehmer zu gelten, bleibt außer Betracht.

(2) Die Satzung kann die Familienversicherung auf sonstige Angehörige erstrecken, die mit dem Versicherten in häuslicher Gemeinschaft leben, von ihm ganz oder überwiegend unterhalten werden, sich gewöhnlich im Inland aufhalten und kein Gesamteinkommen haben, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch überschreitet; bei Renten wird der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt; für geringfügig Beschäftigte nach § 8 Absatz 1 Nr. 1, § 8a des Vierten Buches Sozialgesetzbuch beträgt das zulässige Gesamteinkommen 450 Euro. § 309 Absatz 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt.

§ 20 SGB XI

Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung für Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung

(1) - (2a) ...

(3) Freiwillige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung sind versicherungspflichtig in der sozialen Pflegeversicherung.

(4) ...

§ 25 SGB XI

Familienversicherung

(1) Versichert sind der Ehegatte, der Lebenspartner und die Kinder von Mitgliedern sowie die Kinder von familienversicherten Kindern, wenn diese Familienangehörigen

1. - 4. ...

5. kein Gesamteinkommen haben, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches überschreitet; bei Abfindungen, Entschädigungen oder ähnlichen Leistungen

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

(Entlassungsentschädigungen), die wegen der Beendigung eines Arbeitsverhältnisses in Form nicht monatlich wiederkehrender Leistungen gezahlt werden, wird das zuletzt erzielte monatliche Arbeitsentgelt für die der Auszahlung der Entlassungsentschädigung folgenden Monate bis zu dem Monat berücksichtigt, in dem im Fall der Fortzahlung des Arbeitsentgelts die Höhe der gezahlten Entlassungsentschädigung erreicht worden wäre; bei Renten wird der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt; für geringfügig Beschäftigte nach § 8 Absatz 1 Nr. 1, § 8a des Vierten Buches beträgt das zulässige Gesamteinkommen 450 Euro.

§ 7 Absatz 1 Satz 3 und 4 und Absatz 2 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte sowie § 10 Absatz 1 Satz 2 und 3 des Fünften Buches gelten entsprechend.

(2) - (4) ...

A IV 1 Freiwillige Versicherung

Rentner, die

- die Voraussetzungen für die Versicherungspflicht in der KVdR nicht erfüllen und aus der Versicherungspflicht aufgrund eines anderen Tatbestandes oder aus der Familienversicherung oder
- als Mitglieder aus der KVdR

ausgeschieden sind, werden freiwillig versichert, sofern die dafür erforderlichen Voraussetzungen erfüllt sind.

Grundlage für die freiwillige Versicherung sind § 188 Absatz 4 SGB V (obligatorische Anschlussversicherung) oder § 9 SGB V (Beitritt zur freiwilligen Versicherung).

Die obligatorische Anschlussversicherung setzt sich mit dem Tag nach dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht oder mit dem Tag nach dem Ende der Familienversicherung – ohne einen Antrag und ohne Erfordernis einer Vorversicherungszeit – als freiwillige Mitgliedschaft fort, wenn das Mitglied nicht innerhalb von zwei Wochen nach Hinweis der Krankenkasse über die Austrittsmöglichkeiten seinen Austritt erklärt. Der Austritt wird wirksam, wenn das Mitglied das Bestehen eines anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall (z. B. in Form einer privaten Krankenversicherung) nachweist. Voraussetzung ist ferner, dass sich der anderweitige Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall lückenlos an die vorangegangene Versicherung anschließt. Die obligatorische Anschlussversicherung ist nach ausdrücklicher gesetzlicher Regelung von vornherein ausgeschlossen, wenn unmittelbar nach dem Ende der Versicherungspflicht

- die Voraussetzungen für eine Familienversicherung erfüllt sind oder
- ein Anspruch auf Leistungen nach § 19 Absatz 2 SGB V (nachgehender Leistungsanspruch) besteht, sofern im Anschluss daran das Bestehen eines anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall nachgewiesen wird.

Personen, die aus der Mitgliedschaft als Rentnantragsteller ausscheiden, werden von der obligatorischen Anschlussversicherung nach § 188 Absatz 4 SGB V unter den dort genannten Voraussetzungen ebenfalls erfasst.

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

Für eine obligatorische Anschlussversicherung in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung gelten die gleichen Voraussetzungen (§ 22 Absatz 3 KVLG 1989).

Die freiwillige Krankenversicherung zieht nach § 20 Absatz 3 SGB XI Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung nach sich.

Näheres geht aus den Grundsätzlichen Hinweisen „Obligatorische Anschlussversicherung nach § 188 Abs. 4 SGB V“ des GKV-Spitzenverbandes in der jeweils geltenden Fassung hervor.

Der freiwilligen Krankenversicherung konnten nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nr. 6 SGB V in der bis zum 10. Mai 2019 geltenden Fassung auch bisher freiwillig versicherte Rentner beitreten, die aufgrund des Beschlusses des Bundesverfassungsgerichts vom 15. März 2000 ab dem 1. April 2002 nach § 5 Absatz 1 Nr. 11 SGB V versicherungspflichtig in der KVdR wurden, wenn die hierfür erforderlichen Voraussetzungen erfüllt waren. Faktisch blieb in diesen Fällen die freiwillige Versicherung durchgehend bestehen. Ergänzend hierzu wird auf die Ausführungen unter A I 1.3.1 verwiesen.

Da die obligatorische Anschlussversicherung nach § 188 Absatz 4 SGB V unabhängig von einer Vorversicherungszeit eintritt, hat die nach wie vor in § 9 Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 und 2 SGB V für einen Beitritt zur freiwilligen Versicherung geforderte Vorversicherungszeit von

- mindestens vierundzwanzig Monaten in den letzten fünf Jahren vor dem Ausscheiden oder
- mindestens zwölf Monaten ununterbrochen unmittelbar vor dem Ausscheiden

kaum noch eine Bedeutung. Gleiches gilt für die Anzeige des Beitritts zur freiwilligen Versicherung sowie die Anzeigefrist nach § 9 Absatz 2 SGB V, da es für einen Wechsel in eine obligatorische Anschlussversicherung nach § 188 Absatz 4 SGB V im Regelfall keiner Beitrittsanzeige bedarf. Die freiwillige Versicherung vollzieht sich daher weit überwiegend in Form der obligatorischen Anschlussversicherung.

A IV 2 Familienversicherung

Familienversicherte, die einen Rentenanspruch stellen und die Voraussetzungen für die Versicherungspflicht in der KVdR nicht erfüllen, bleiben bis zum Beginn des Monats, für den die Rente erstmalig laufend gezahlt wird, beitragsfrei in der Familienversicherung versichert. Der weitere Anspruch auf eine Familienversicherung ist – unter Berücksichtigung der sonstigen in § 10 SGB V und § 25 SGB XI geforderten Voraussetzungen – davon abhängig, ob das Gesamteinkommen (§ 16 SGB IV) des Rentners unter Berücksichtigung des Zahlbetrags der Rente regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 SGB IV nicht überschreitet; bei geringfügig Beschäftigten nach § 8 Absatz 1 Nr. 1, § 8a SGB IV gilt nach dem Gesetz ein Betrag von 450 Euro. Da im Jahr 2020 ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße (455,00 Euro) erstmals größer als die 450-Euro-Grenze ist, gilt auch für geringfügig Beschäftigte die Einkommensgrenze von 455,00 Euro. Bei der Prüfung der Einkommensgrenze ist - im Gegensatz zum Beitragsrecht - zu beachten, dass bei Renten der gesetzlichen Rentenversicherung der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil Berücksichtigung findet.

Näheres zum Gesamteinkommen geht aus den Grundsätzlichen Hinweisen „Gesamteinkommen im Rahmen der Prüfung der Voraussetzungen der Familienversicherung“ des GKV-Spitzenverbandes in der jeweils geltenden Fassung hervor.

A V Krankenkassenwahlrecht/-zuständigkeit

§ 53 SGB V Wahltarife

(1) - (7) ...

(8) Die Mindestbindungsfrist beträgt für die Wahltarife nach den Absätzen 2 und 4 ein Jahr und für die Wahltarife nach den Absätzen 1 und 6 drei Jahre; für die Wahltarife nach Absatz 3 gilt keine Mindestbindungsfrist. Die Mitgliedschaft kann frühestens zum Ablauf der Mindestbindungsfrist nach Satz 1, aber nicht vor Ablauf der Mindestbindungsfrist nach § 175 Absatz 4 Satz 1 gekündigt werden; § 175 Absatz 4 Satz 5 gilt mit Ausnahme für Mitglieder in Wahltarifen nach Absatz 6. Die Satzung hat für Tarife ein Sonderkündigungsrecht in besonderen Härtefällen vorzusehen. ...

(9) ...

§ 173 SGB V Allgemeine Wahlrechte

(1) Versicherungspflichtige (§ 5) und Versicherungsberechtigte (§ 9) sind Mitglied der von ihnen gewählten Krankenkasse, soweit in den nachfolgenden Vorschriften, im Zweiten Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte oder im Künstlersozialversicherungsgesetz nichts Abweichendes bestimmt ist.

(2) Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte können wählen

1. die Ortskrankenkasse des Beschäftigungs- oder Wohnorts,
2. jede Ersatzkasse, deren Zuständigkeit sich nach der Satzung auf den Beschäftigungs- oder Wohnort erstreckt,
3. die Betriebs- oder Innungskrankenkasse, wenn sie in dem Betrieb beschäftigt sind, für den die Betriebs- oder die Innungskrankenkasse besteht,
4. die Betriebs- oder Innungskrankenkasse, wenn die Satzung der Betriebs- oder Innungskrankenkasse dies vorsieht,
- 4a. die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See²,

² Entsprechend der Gesetzesbegründung zum § 167 SGB V kann die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See die Krankenversicherung unter einem in der Satzung festgelegten Namen durchführen. Sofern in den angeführten Gesetzestexten die „Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See“ genannt ist, handelt es sich daher um die Knappschaft.

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

5. die Krankenkasse, bei der vor Beginn der Versicherungspflicht oder Versicherungsberechtigung zuletzt eine Mitgliedschaft oder eine Versicherung nach § 10 bestanden hat,

6. die Krankenkasse, bei der der Ehegatte oder der Lebenspartner versichert ist.

Falls die Satzung eine Regelung nach Nummer 4 enthält, gilt diese für die Gebiete der Länder, in denen Betriebe oder Innungsbetriebe bestehen und die Zuständigkeit für diese Betriebe sich aus der Satzung der Betriebs- oder Innungskrankenkasse ergibt; soweit eine Satzungsregelung am 31. März 2007 für ein darüber hinausgehendes Gebiet gegolten hat, bleibt dies unberührt; die Satzung darf das Wahlrecht nicht auf bestimmte Personen beschränken oder von Bedingungen abhängig machen. ...

(2a) - (3) ...

(4) Nach § 5 Absatz 1 Nr. 5 bis 8 versicherungspflichtige Jugendliche, Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, behinderte Menschen und nach § 5 Absatz 1 Nr. 11 und 12 oder nach § 9 versicherte Rentner sowie nach § 9 Absatz 1 Nr. 4 versicherte behinderte Menschen können zusätzlich die Krankenkasse wählen, bei der ein Elternteil versichert ist.

(5) Versicherte Rentner können zusätzlich die Betriebs- oder Innungskrankenkasse wählen, wenn sie in dem Betrieb beschäftigt gewesen sind, für den die Betriebs- oder Innungskrankenkasse besteht.

(6) Für nach § 10 Versicherte gilt die Wahlentscheidung des Mitglieds.

(7) War an einer Vereinigung nach § 171a eine Betriebs- oder Innungskrankenkasse ohne Satzungsregelung nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 4 beteiligt, und gehört die aus der Vereinigung hervorgegangene Krankenkasse einem Verband der Betriebs- oder Innungskrankenkassen an, ist die neue Krankenkasse auch für die Versicherungspflichtigen und Versicherungsberechtigten wählbar, die ein Wahlrecht zu der Betriebs- oder Innungskrankenkasse gehabt hätten, wenn deren Satzung vor der Vereinigung eine Regelung nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 4 enthalten hätte.

§ 174 SGB V

Besondere Wahlrechte

(1) (weggefallen)

(2) Für Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte, die bei einer Betriebs- oder Innungskrankenkasse beschäftigt sind oder vor dem Rentenbezug beschäftigt waren, gilt § 173 Absatz 2 Satz 1 Nr. 3 entsprechend.

(3) Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte, die bei einem Verband der Betriebs- oder Innungskrankenkassen beschäftigt sind oder vor dem Rentenbezug beschäftigt waren, können eine Betriebs- oder Innungskrankenkasse am Wohn- oder Beschäftigungsort wählen.

(4) (weggefallen)

(5) Abweichend von § 173 werden Versicherungspflichtige nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 Mitglied der Krankenkasse oder des Rechtsnachfolgers der Krankenkasse, bei der sie zuletzt versichert waren, andernfalls werden sie Mitglied der von ihnen nach § 173 Absatz 1 gewählten Krankenkasse; § 173 gilt.

§ 175 SGB V

Ausübung des Wahlrechts

(1) Die Ausübung des Wahlrechts ist gegenüber der gewählten Krankenkasse zu erklären. Diese darf die Mitgliedschaft nicht ablehnen oder die Erklärung nach Satz 1 durch falsche oder unvollständige Beratung verhindern oder erschweren. Das Wahlrecht kann nach Vollendung des 15. Lebensjahres ausgeübt werden.

(2) Die gewählte Krankenkasse hat nach Ausübung des Wahlrechts unverzüglich eine Mitgliedsbescheinigung auszustellen. Hat innerhalb der letzten 18 Monate vor Beginn der Versicherungspflicht oder Versicherungsbeurteilung eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse bestanden, kann die Mitgliedsbescheinigung nur ausgestellt werden, wenn die Kündigungsbestätigung nach Absatz 4 Satz 3 vorgelegt wird. Eine Mitgliedsbescheinigung ist zum Zweck der Vorlage bei der zur Meldung verpflichteten Stelle auch bei Eintritt einer Versicherungspflicht unverzüglich auszustellen.

(2a) ...

(3) Versicherungspflichtige haben der zur Meldung verpflichteten Stelle unverzüglich eine Mitgliedsbescheinigung vorzulegen. Wird die Mitgliedsbescheinigung nicht spätestens zwei Wochen nach Eintritt der Versicherungspflicht vorgelegt, hat die zur Meldung verpflichtete Stelle den Versicherungspflichtigen ab Eintritt der Versicherungspflicht bei der Krankenkasse anzumelden, bei der zuletzt eine Versicherung bestand; bestand vor Eintritt der Versicherungspflicht keine Versicherung, hat die zur Meldung verpflichtete Stelle den Versicherungspflichtigen ab Eintritt der Versicherungspflicht bei einer nach § 173 wählbaren Krankenkasse anzumelden und den Versicherungspflichtigen unverzüglich über die gewählte Krankenkasse zu unterrichten. Für die Fälle, in denen eine Mitgliedsbescheinigung nach Satz 1 nicht vorgelegt wird und keine Meldung nach Satz 2 erfolgt, legt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen Regeln über die Zuständigkeit fest.

(3a) Bei Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse haben Versicherungspflichtige spätestens innerhalb von sechs Wochen nach Zustellung des Schließungsbescheids oder der Stellung des Insolvenzantrags (§ 171b Absatz 3 Satz 1) der zur Meldung verpflichteten Stelle eine Mitgliedsbescheinigung vorzulegen. Wird die Mitgliedsbescheinigung nicht rechtzeitig vorgelegt, gilt Absatz 3 Satz 2 entsprechend mit der Maßgabe, dass die Anmeldung durch die zur Meldung verpflichtete Stelle innerhalb von weiteren zwei Wochen mit Wirkung zu dem Zeitpunkt zu erfolgen hat, an dem die Schließung wirksam wird. Bei Stellung eines Insolvenzantrags erfolgt die Meldung zum ersten Tag des laufenden Monats, spätestens zu dem Zeitpunkt, an dem das Insolvenzverfahren eröffnet oder der Antrag mangels Masse abgewiesen wird. Wird die Krankenkasse nicht geschlossen, bleibt die Mitgliedschaft bei dieser Krankenkasse bestehen. Die gewählten Krankenkassen haben der geschlossenen oder insolventen Krankenkasse unverzüglich eine Mitgliedsbescheinigung zu übermitteln. Mitglieder, bei denen keine zur Meldung verpflichtete Stelle besteht, haben der geschlossenen Krankenkasse innerhalb von drei Monaten nach dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt eine Mitgliedsbescheinigung vorzulegen.

(4) Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte sind an die Wahl der Krankenkasse mindestens 18 Monate gebunden. Eine Kündigung der Mitgliedschaft ist zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats möglich, gerechnet von dem Monat, in dem das Mitglied die Kündigung erklärt. Die Krankenkasse hat dem Mitglied unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Kündigung eine Kündigungsbestätigung auszustellen. Die Kündigung wird wirksam, wenn das Mitglied innerhalb der Kündigungsfrist eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse durch eine Mitgliedsbescheinigung oder das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall nachweist. Erhebt die Krankenkasse nach § 242 Absatz 1 erstmals einen Zusatzbeitrag oder erhöht sie ihren Zusatzbeitragssatz, kann die Kündigung der Mitgliedschaft abweichend von Satz 1 bis zum Ablauf des Monats erklärt werden, für den der Zusatzbeitrag erstmals erhoben wird oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird. Die Krankenkasse hat spätestens einen Monat vor dem in Satz 5 genannten Zeitpunkt ihre Mitglieder in einem gesonderten Schreiben auf das Kündigungsrecht nach Satz 5, auf die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a sowie auf die Übersicht des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zu den Zusatzbeitragssätzen der Krankenkassen nach § 242 Absatz 5 hinzuweisen; überschreitet der neu erhobene Zusatzbeitrag oder der erhöhte Zusatzbeitragssatz den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz, so sind die Mitglieder auf die Möglichkeit hinzuweisen, in eine günstigere Krankenkasse zu wechseln. Kommt die Krankenkasse ihrer Hinweispflicht nach Satz 6 gegenüber einem Mitglied verspätet nach, gilt eine erfolgte Kündigung als in dem Monat erklärt, für den der Zusatzbeitrag erstmalig erhoben wird oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird; hiervon ausgenommen sind Kündigungen, die bis zu dem in Satz 5 genannten Zeitpunkt ausgeübt worden sind. Die Sätze 1 und 4 gelten nicht, wenn die Kündigung eines Versicherungsberechtigten erfolgt, weil die Voraussetzungen einer Versicherung nach § 10 erfüllt sind, Satz 1 gilt nicht, wenn die Kündigung erfolgt, weil keine Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse begründet werden soll. Die Krankenkassen können in ihrer Satzung vorsehen, dass die Frist nach Satz 1 nicht gilt, wenn eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse der gleichen Kassenart begründet werden soll.

(5) Absatz 4 gilt nicht für Versicherungspflichtige, die durch die Errichtung oder Ausdehnung einer Betriebs- oder Innungskrankenkasse oder durch betriebliche Veränderungen Mitglieder einer Betriebs- oder Innungskrankenkasse werden können, wenn sie die Wahl innerhalb von zwei Wochen nach dem Zeitpunkt der Errichtung, Ausdehnung oder betrieblichen Veränderung ausüben.

(6) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt für die Meldungen und Mitgliedsbescheinigungen nach dieser Vorschrift einheitliche Verfahren und Vordrucke fest.

§ 186 SGB V

Beginn der Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger

(1) – (9) ...

(10) Wird die Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger zu einer Krankenkasse gekündigt (§ 175), beginnt die Mitgliedschaft bei der neugewählten Krankenkasse abweichend von den Absätzen 1 bis 9 mit dem Tag nach Eintritt der Rechtswirksamkeit der Kündigung.

(11) ...

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

§ 191 SGB V

Ende der freiwilligen Mitgliedschaft

Die freiwillige Mitgliedschaft endet

1. mit dem Tod des Mitglieds,
2. mit Beginn einer Pflichtmitgliedschaft,
3. mit dem Wirksamwerden der Kündigung (§ 175 Absatz 4); die Satzung kann einen früheren Zeitpunkt bestimmen, wenn das Mitglied die Voraussetzungen einer Versicherung nach § 10 erfüllt oder
4. ...

§ 24 KVLG 1989

Ende der Mitgliedschaft

(1) ...

(2) Für das Ende der Mitgliedschaft freiwilliger Mitglieder gilt § 191 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

§ 48 SGB XI

Zuständigkeit für Versicherte einer Krankenkasse und sonstige Versicherte

(1) Für die Durchführung der Pflegeversicherung ist jeweils die Pflegekasse zuständig, die bei der Krankenkasse errichtet ist, bei der eine Pflichtmitgliedschaft oder freiwillige Mitgliedschaft besteht. Für Familienversicherte nach § 25 ist die Pflegekasse des Mitglieds zuständig.

(2) - (3) ...

A V 1 Allgemeines

Grundsätzlich können alle in der KVdR versicherungspflichtigen Rentner und Rentenantragsteller, die das 15. Lebensjahr vollendet haben, zwischen den in § 173 und § 174 SGB V genannten Krankenkassen wählen. Die Zuständigkeit für die Bearbeitung der nach § 201 Absatz 1 SGB V abzugebenden Meldung (KVdR-Meldung) richtet sich somit nach den §§ 173 ff. SGB V (A VII 2.1.2).

Die Ausübung des Krankenkassenwahlrechts, die dabei einzuhaltenden Fristen, die zu erstellenden Mitgliedsbescheinigungen oder Kündigungsbestätigungen und das erforderliche Meldeverfahren werden in § 175 SGB V beschrieben.

Das Krankenkassenwahlrecht setzt grundsätzlich das Zusammenwirken der Kündigung der Mitgliedschaft gegenüber der bislang zuständigen Krankenkasse mit einer Wahlerklärung gegenüber der gewählten Krankenkasse voraus (Krankenkassenwahlrecht im Kündigungsverfahren). Darüber hinaus ist die Ausübung des Krankenkassenwahlrechts auch

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

ohne Kündigung der Mitgliedschaft gegenüber der bislang zuständigen Krankenkasse anlässlich des Beginns einer Mitgliedschaft möglich, sofern die hierfür im Gesetz genannten und durch die Rechtsprechung geprägten Voraussetzungen vorliegen (sofortiges Krankenkassenwahlrecht). So besteht nach dem Urteil des BSG vom 13. Juli 2007 – B 12 KR 19/06 R -, USK 2007-51, bei Beginn der Mitgliedschaft ein sofortiges Krankenkassenwahlrecht unabhängig von der Erfüllung der Mindestbindungsfristen, wenn die Mitgliedschaft für mindestens einen Tag unterbrochen wurde. Darüber hinaus ist nach dem Urteil des BSG vom 11. September 2018 - B 1 KR 10/18 R -, USK 2018-66, ein sofortiges Krankenkassenwahlrecht bei Erfüllung der jeweiligen Mindestbindungsfrist auch dann einzuräumen, wenn die Mitgliedschaft kraft Gesetzes endet und sich die folgende Mitgliedschaft nahtlos an die vorherige anschließt. Schließlich besteht ein Sonderkündigungsrecht infolge der erstmaligen Erhebung eines Zusatzbeitrages bzw. Erhöhung des Zusatzbeitragsatzes.

Ausführliche Informationen zum Krankenkassenwahlrecht aller Versicherungspflichtigen und Versicherungsberechtigten in der gesetzlichen Krankenversicherung sind den Grundsätzlichen Hinweisen „Krankenkassenwahlrecht“ des GKV-Spitzenverbandes in der jeweils aktuellen Fassung zu entnehmen. Insoweit beschränken sich die Ausführungen in diesem Rundschreiben im Wesentlichen auf die bei Rentnern und Rentenantragstellern ergänzend zu beachtenden Besonderheiten im Zusammenhang mit der zur Meldung verpflichteten Stelle einerseits und den entsprechenden Bescheinigungen andererseits (A V 2).

Für die landwirtschaftliche Krankenkasse bestehen Sonderzuständigkeiten (A V 3).

A V 2 Besonderheiten der Wahlausübung bei Rentnern und Rentenantragstellern

A V 2.1 Keine separate Mitgliedsbescheinigung

Grundsätzlich hängt die Wirksamkeit der Krankenkassenwahl auch bei Rentnern und Rentenantragstellern davon ab, dass der zur Meldung verpflichteten Stelle bis zum Ende der Kündigungsfrist oder – beim sofortigen Krankenkassenwahlrecht – spätestens zwei Wochen nach Eintritt der Versicherungspflicht oder innerhalb der Antragsfrist nach § 9 Absatz 2 SGB V bei freiwillig Versicherten die Mitgliedsbescheinigung der gewählten Krankenkasse vorliegt. Bei versicherungspflichtigen Rentnern wird jedoch von einer Vorlage der Mitgliedsbescheinigung beim Rentenversicherungsträger abgesehen, da der Rentenversicherungsträger als zur Meldung verpflichtete Stelle bereits durch die nach § 201 Absatz 2 SGB V unverzüglich von der neu gewählten Krankenkasse abzugebenden Meldung über den Wechsel der Krankenkasse informiert wird. Entsprechendes gilt für den Krankenkassenwechsel von Rentenantragstellern sowie von freiwillig versicherten Rentnern. Insoweit ersetzt die Meldung nach § 201 Absatz 2 SGB V die Vorlage der Mitgliedsbescheinigung beim Rentenversicherungsträger.

Eine separate Vorlage der Mitgliedsbescheinigung bei der bisherigen Krankenkasse ist aufgrund des Vorhandenseins einer zur Meldung verpflichteten Stelle nicht erforderlich. Vor diesem Hintergrund ist es unerlässlich, dass im Rahmen des zuvor durchzuführenden Meldeverfahrens KV-KV der Datenaustausch entsprechend den gesetzlichen Vorgaben unverzüglich erfolgt. Nur so kann sichergestellt werden, dass auf Basis der übermittelten Rentendaten von der bisherigen Krankenkasse eine fristgerechte Meldung gegenüber dem Rentenversicherungsträger durch die neu gewählte Krankenkasse ermöglicht wird.

Sollte es zu Verzögerungen im Meldeverfahren KV-KV kommen und eine Meldung der neu gewählten Krankenkasse an den Rentenversicherungsträger bis zum Ende der Kündigungsfrist oder bis zum Ablauf der Frist für ein sofortiges Krankenkassenwahlrecht aufgrund der fehlenden Rentendaten aus dem Meldeverfahren KV-KV nicht möglich sein, ist dies für die fristgerechte Ausübung des Wahlrechts unschädlich. Derartige Verzögerungen, die regelmäßig nicht vom Versicherten zu vertreten sind, dürfen sich nicht zum Nachteil des Versicherten auswirken.

A V 2.2 Wirksamkeit der Kündigung

Die Kündigung der Mitgliedschaft wird grundsätzlich zum Ablauf der Kündigungsfrist wirksam, wenn das Mitglied bis zum Ablauf der Kündigungsfrist eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse nachweist (§ 175 Absatz 4 Satz 4 SGB V). Für Rentner und Rentenantragsteller ersetzt aber die Meldung der neu gewählten Krankenkasse gegenüber dem Rentenversicherungsträger die Mitgliedsbescheinigung (A V 2.1). Die Kündigung ist damit zunächst schwebend unwirksam mit der Folge, dass, sofern keine neue Krankenkasse bis zum Ende der Kündigungsfrist gewählt wird, die Kündigung keine Bestandskraft erlangt. Die Mitgliedschaft wird in diesen Fällen bei der bisherigen Krankenkasse fortgesetzt. Die bisherige Krankenkasse hat daher sowohl den Eingang der Meldung der neu gewählten Krankenkasse als auch des Rentenversicherungsträgers über den Krankenkassenwechsel zu überwachen. Geht eine entsprechende Meldung nicht ein, ist der Versicherte von der bisherigen Krankenkasse über den Fortbestand der Mitgliedschaft bei ihr zu informieren und aufzuklären.

Eine Kündigung durch das Mitglied gegenüber der Krankenkasse ist in jedem Falle erforderlich. Die Meldung nach § 201 Absatz 2 SGB V der gewählten Krankenkasse gegenüber der bisherigen Krankenkasse ersetzt die Kündigung nicht.

A V 2.3 Besonderheiten im Fall der Schließung einer Krankenkasse durch die Aufsichtsbehörde oder bei Insolvenz einer Krankenkasse

Für die Ausübung des Krankenkassenwahlrechts im Fall der Schließung einer Krankenkasse durch die Aufsichtsbehörde oder in Folge der Insolvenz einer Krankenkasse sind in § 175 Absatz 3a SGB V besondere Regelungen vorgesehen.

Die mit Blick auf die besonderen mitgliedschafts- und melderechtlichen Regelungen für Rentner und Rentenantragsteller getroffenen Rechtsauslegungen und Verfahrensabsprachen (insbesondere zur Frage der Ausübung des Ersatzwahlrechts durch den Rentenversicherungsträger) sind in der Niederschrift zu Punkt 2 der Besprechung des GKV-Spitzenverbandes und der DRV Bund zur Kranken- und Pflegeversicherung der Rentner am 21. April 2015 dokumentiert.

A V 2.4 Kein Wahlrecht nach § 175 Absatz 5 SGB V

Für Rentner und Rentenantragsteller ist ein Wahlrecht nach § 175 Absatz 5 SGB V (bei Errichtung oder Ausdehnung einer Betriebs- oder Innungskrankenkasse oder bei betrieblichen Veränderungen) ausgeschlossen, weil sie nicht (mehr) im Betrieb beschäftigt sind und somit nicht zu den unmittelbar aufnahmeberechtigten Versicherungspflichtigen im Sinne der vorgenannten Rechtsvorschrift gehören. Sie können die errichtete Krankenkasse nur im Rahmen des „regulären“ Krankenkassenwahlrechts nach § 175 Absätze 1 bis 4 SGB V wählen.

A V 3 Zuständigkeit der landwirtschaftlichen Krankenkasse

Die §§ 173 bis 175 SGB V gelten nicht für die landwirtschaftliche Krankenkasse; ein Antrag auf Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder der Bezug einer solchen Rente allein kann eine Mitgliedschaft in der landwirtschaftlichen Krankenkasse nicht begründen.

Die bei der landwirtschaftlichen Krankenkasse Pflichtversicherten, die eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung beantragt haben oder eine solche Rente beziehen, werden (weiterhin) kraft Gesetzes bei dieser Krankenkasse versichert. Diese Personen haben kein Wahlrecht zu einer anderen Krankenkasse. Das hat zur Folge, dass eine vorrangige Pflichtversicherung nach dem KVLG 1989 in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung durchzuführen ist, ungeachtet einer eventuellen 18-monatigen Bindungsfrist auf Grund des ausgeübten Wahlrechts in der allgemeinen Krankenversicherung. Die landwirtschaftliche Krankenkasse unterrichtet den Versicherten über Beginn und Ende einer Pflichtversicherung bei ihr.

Endet die Pflichtversicherung bei der landwirtschaftlichen Krankenkasse, unterrichtet diese im maschinellen KVdR-Meldeverfahren (Meldeverfahren KV-KV) die Krankenkasse, die vor ihr die Mitgliedschaft durchgeführt hat. Das Ausstellen einer Kündigungsbestätigung oder einer Mitgliedsbescheinigung auf der Grundlage des § 175 SGB V durch die landwirtschaftliche Krankenkasse kommt für die Pflichtversicherten nicht in Betracht.

Für die Fälle, in denen die Voraussetzungen sowohl

- für eine Mitgliedschaft als Antragsteller auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder
- für die Versicherungspflicht als Rentenbezieher nach § 5 Absatz 1 Nr. 11, 11a, 11b oder 12 SGB V

als auch

- für eine Versicherungspflicht nach dem KVLG 1989 (einschließlich der Versicherungspflicht als Bezieher einer Rente aus der Alterssicherung der Landwirte) oder
- für eine Mitgliedschaft als Antragsteller auf eine Rente aus der Alterssicherung der Landwirte

erfüllt sind, enthält Abschnitt B nähere Ausführungen zur Zuständigkeitsabgrenzung zwischen allgemeiner und landwirtschaftlicher Krankenversicherung; insbesondere die §§ 3 und 23 KVLG 1989 sind zu beachten.

A VI Mitgliedschaft

§ 186 SGB V

Beginn der Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger

(1) - (8) ...

(9) Die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Rentner beginnt mit dem Tag der Stellung des Rentenantrags.

(10) Wird die Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger zu einer Krankenkasse gekündigt (§ 175), beginnt die Mitgliedschaft bei einer neugewählten Krankenkasse abweichend von den Absätzen 1 bis 9 mit dem Tag nach Eintritt der Rechtswirksamkeit der Kündigung.

(11) Die Mitgliedschaft der nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 Versicherungspflichtigen beginnt mit dem ersten Tag ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall im Inland. Die Mitgliedschaft von Ausländern, die nicht Angehörige eines Mitgliedstaates der Europäischen Union, eines Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder Staatsangehörige der Schweiz sind, beginnt mit dem ersten Tag der Geltung der Niederlassungserlaubnis oder der Aufenthaltserlaubnis. Für Personen, die am 1. April 2007 keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben, beginnt die Mitgliedschaft an diesem Tag.

§ 187 SGB V

Beginn der Mitgliedschaft bei einer neu errichteten Krankenkasse

Die Mitgliedschaft bei einer neu errichteten Krankenkasse beginnt für Versicherungspflichtige, für die diese Krankenkasse zuständig ist, mit dem Zeitpunkt, an dem die Errichtung der Krankenkasse wirksam wird.

§ 188 SGB V

Beginn der freiwilligen Mitgliedschaft

(1) Die Mitgliedschaft Versicherungsberechtigter beginnt mit dem Tag ihres Beitritts zur Krankenkasse.

(2) Die Mitgliedschaft der in § 9 Absatz 1 Nr. 1 und 2 genannten Versicherungsberechtigten beginnt mit dem Tag nach dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht oder mit dem Tag nach dem Ende der Versicherung nach § 10. Die Mitgliedschaft der in § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 und 5 genannten Versicherungsberechtigten beginnt mit dem Tag der Aufnahme der Beschäftigung. Die Mitgliedschaft der in § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 8 genannten Versicherungsberechtigten beginnt mit dem Tag nach dem Ausscheiden aus dem Dienst.

(3) Der Beitritt ist in Textform zu erklären. Die Krankenkassen haben sicherzustellen, dass die Mitgliedschaftsberechtigten vor Abgabe ihrer Erklärung in geeigneter Weise in Textform über die Rechtsfolgen ihrer Beitrittserklärung informiert werden.

(4) Für Personen, deren Versicherungspflicht oder Familienversicherung endet, setzt sich die Versicherung mit dem Tag nach dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht oder mit dem Tag nach dem Ende der Familienversicherung als freiwillige Mitgliedschaft fort, es sei denn, das Mitglied erklärt innerhalb von zwei Wochen nach Hinweis der Krankenkasse über die Austrittsmöglichkeiten seinen Austritt. Der Austritt wird nur wirksam, wenn das Mitglied das Bestehen eines anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall nachweist. Satz 1 gilt nicht für Personen, deren Versicherungspflicht endet, wenn die übrigen Voraussetzungen für eine Familienversicherung erfüllt sind oder ein Anspruch auf Leistungen nach § 19 Absatz 2 besteht, sofern im Anschluss daran das Bestehen eines anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall nachgewiesen wird. ...

(5) ...

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

§ 189 SGB V

Mitgliedschaft von Rentenantragstellern

(1) Als Mitglieder gelten Personen, die eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beantragt haben und die Voraussetzungen nach § 5 Absatz 1 Nr. 11 bis 12 und Absatz 2, jedoch nicht die Voraussetzungen für den Bezug der Rente erfüllen. Satz 1 gilt nicht für Personen, die nach anderen Vorschriften versicherungspflichtig oder nach § 6 Absatz 1 versicherungsfrei sind.

(2) Die Mitgliedschaft beginnt mit dem Tag der Stellung des Rentenantrags. Sie endet mit dem Tod oder mit dem Tag, an dem der Antrag zurückgenommen oder die Ablehnung des Antrags unanfechtbar wird.

§ 190 SGB V

Ende der Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger

(1) Die Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger endet mit dem Tod des Mitglieds.

(2) - (10) ...

(11) Die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Rentner endet

1. mit Ablauf des Monats, in dem der Anspruch auf Rente wegfällt oder die Entscheidung über den Wegfall oder den Entzug der Rente unanfechtbar geworden ist, frühestens mit Ablauf des Monats, für den letztmalig Rente zu zahlen ist,
2. bei Gewährung einer Rente für zurückliegende Zeiträume mit Ablauf des Monats, in dem die Entscheidung unanfechtbar wird.

(11a) Die Mitgliedschaft der in § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6 in der am 10. Mai 2019 geltenden Fassung genannten Personen, die das Beitrittsrecht ausgeübt haben, sowie ihrer Familienangehörigen, die nach dem 31. März 2002 nach § 5 Absatz 1 Nr. 11 versicherungspflichtig geworden sind, deren Anspruch auf Rente schon an diesem Tag bestand, die aber nicht die Vorversicherungszeit des § 5 Absatz 1 Nr. 11 in der seit dem 1. Januar 1993 geltenden Fassung erfüllt hatten und die bis zum 31. März 2002 nach § 10 oder nach § 7 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte versichert waren, endet mit dem Eintritt der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 11.

(12) ...

(13) Die Mitgliedschaft der in § 5 Absatz 1 Nr. 13 genannten Personen endet mit Ablauf des Vortages, an dem

1. ein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall begründet wird oder
2. der Wohnsitz oder gewöhnliche Aufenthalt in einen anderen Staat verlegt wird.

Satz 1 Nr. 1 gilt nicht für Mitglieder, die Empfänger von Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches sind.

§ 49 SGB XI Mitgliedschaft

(1) Die Mitgliedschaft bei einer Pflegekasse beginnt mit dem Tag, an dem die Voraussetzungen des § 20 oder des § 21 vorliegen. Sie endet mit dem Tod des Mitglieds oder mit Ablauf des Tages, an dem die Voraussetzungen des § 20 oder des § 21 entfallen, sofern nicht das Recht zur Weiterversicherung nach § 26 ausgeübt wird. Für die nach § 20 Absatz 1 Satz 2 Nr. 12 Versicherten gelten § 186 Absatz 11 und § 190 Absatz 13 des Fünften Buches entsprechend.

(2) Für das Fortbestehen der Mitgliedschaft gelten die §§ 189, 192 des Fünften Buches sowie § 25 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte entsprechend.

(3) ...

A VI 1 Allgemeines zur Mitgliedschaft

Beginn und Ende der Mitgliedschaft sind für Rentenantragsteller in § 189 SGB V und für Rentner in den §§ 186 Absatz 9 und 190 Absatz 11 und 11a SGB V geregelt.

Der Beginn der Mitgliedschaft in der sozialen Pflegeversicherung bei nach § 20 Absatz 1 Satz 2 Nr. 11 SGB XI versicherungspflichtigen Rentnern richtet sich nach den Regelungen in der gesetzlichen Krankenversicherung. Rentenantragsteller gelten auch in der sozialen Pflegeversicherung als Mitglieder (§ 49 Absatz 2 SGB XI).

A VI 2 Mitgliedschaft als Rentenantragsteller

A VI 2.1 Allgemeines

Die Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 11, 11a, 11b oder 12 SGB V und damit die Mitgliedschaft als Rentner nach § 186 Absatz 9 SGB V tritt u. a. ein, wenn die Voraussetzungen für den Bezug einer Rente erfüllt sind. Solange über den Rentenantrag noch nicht entschieden ist, sieht § 189 Absatz 1 SGB V vor, dass ein Rentenantragsteller für die Zeit vom Rentenantrag bis zur Entscheidung über diesen Antrag als Mitglied gilt. Dies ist selbst dann der Fall, wenn an der Rentenberechtigung praktisch keine Zweifel bestehen, z. B. bei Witwenrentenanträgen eines nach § 5 Absatz 1 Nr. 11 oder 12 SGB V versicherten Rentners.

Erkennt der Rentenversicherungsträger den Rentenanspruch an, besteht - in der Regel vom Rentenbeginn an - Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 11, 11a, 11b oder 12 SGB V; die Rentenantragstellermitgliedschaft nach § 189 SGB V wird dann durch eine Mitgliedschaft nach § 186 Absatz 9 SGB V abgelöst. Wird der Rentenantrag abgelehnt, verbleibt es bei der Rentenantragstellermitgliedschaft.

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

Da ein Anspruch auf eine ausländische gesetzliche Rente nicht zur Versicherungspflicht in der deutschen KVdR führen kann, hat auch die Stellung eines Antrages auf eine solche Rente keine Mitgliedschaft als Rentenantragsteller bei einer deutschen Krankenkasse zur Folge.

A VI 2.2 Voraussetzungen

Als Mitglieder gelten nach § 189 SGB V Personen, die

- eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung beantragt haben,
- die Voraussetzungen für den Bezug der Rente aber (noch) nicht erfüllen und
- die sonstigen Voraussetzungen für die Versicherungspflicht in der KVdR erfüllen.

Es sind die gleichen Voraussetzungen maßgeblich, wie sie § 5 Absatz 1 Nr. 11, 11a, 11b oder 12 SGB V (A I 3) für den Eintritt der Versicherungspflicht in der KVdR erfordert, allerdings mit der Ausnahme, dass für Mitglieder nach § 189 SGB V (noch) kein Rentenanspruch vorliegt. Mithin gelten für Rentenantragsteller die Ausführungen zum Rentenantrag und zu den Vorversicherungszeiten bzw. den sonstigen Voraussetzungen entsprechend.

A VI 2.3 Unbegründeter Rentenantrag

Eine Mitgliedschaft nach § 189 SGB V entsteht nicht, wenn der Rentenanspruch offensichtlich nicht gegeben ist und Grund zu der Annahme besteht, dass der Rentenantrag allein in der Absicht gestellt wurde, eine Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung zu erlangen (Urteile des BSG vom 27. April 1966 - 3 RK 10/62 -, USK 6610 sowie vom 19. Februar 1987 - 12 RK 31/84 -, USK 8721).

A VI 2.4 Fehlende Mitwirkung des Rentenantragstellers

Wird bei einem mündlich gestellten Rentenantrag der erforderliche Formantrag nicht innerhalb einer angemessenen Frist von dem Rentenantragsteller zurückgesandt, kann hieraus noch nicht ohne Weiteres geschlossen werden, dass der Rentenantragsteller seinen Rentenantrag zurückgenommen hat; mithin ist eine Mitgliedschaft nach § 189 SGB V durchzuführen (Urteil des BSG vom 27. Februar 1980 - 1 RJ 124/78 -, USK 8050). Die Rentenantragstellermemberschaft endet jedoch, wenn der Rentenversicherungsträger nach § 66 SGB I durch unanfechtbaren Bescheid wegen fehlender Mitwirkung die beantragte Rentenleistung versagt hat.

A VI 2.5 Ausschluss der Mitgliedschaft als Rentenantragsteller und Versicherungskonkurrenz

Nach § 189 Absatz 1 Satz 2 SGB V ist die Mitgliedschaft als Rentenantragsteller ausdrücklich ausgeschlossen, wenn nach anderen Vorschriften (§ 5 Absatz 1 Nr. 1 bis 10 SGB V, § 192 Absatz 1 SGB V, § 7 Absatz 3 Satz 1 SGB IV) Versicherungspflicht besteht oder die Mitgliedschaft fortbesteht oder nach § 6 Absatz 1 SGB V Versicherungsfreiheit gegeben ist. Die Auffang-Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V stellt in diesem Sinne keine Vorrangversicherung dar.

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

Ohne ausdrückliche Erwähnung im Gesetzestext gilt der Ausschluss von der Mitgliedschaft als Rentenantragsteller nach Sinn und Zweck der Regelung auch für den Fall der Ausübung einer hauptberuflich selbstständigen Erwerbstätigkeit (§ 5 Absatz 5 SGB V) oder der Versicherungsfreiheit nach § 6 Absatz 2, 3 oder 3a SGB V.

Die Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 9 und 10 SGB V ist im Allgemeinen vorrangig gegenüber der Rentenantragstellermemberschaft nach § 189 SGB V. Dies ist insbesondere bei Waisenrentnern von Bedeutung. Sind jedoch zeitgleich die Voraussetzungen für eine Mitgliedschaft nach § 189 SGB V, eine Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 9 oder 10 SGB V und eine Familienversicherung erfüllt, wird die Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 9 oder 10 SGB V von der Familienversicherung verdrängt. Das Konkurrenzverhältnis von Familienversicherung und Mitgliedschaft nach § 189 SGB V führt dazu, dass eine Mitgliedschaft nach § 189 SGB V durchzuführen ist. Wird in der Phase der Rentenantragstellung die Altersgrenze des § 10 Absatz 2 SGB V erreicht, tritt Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 9 oder 10 SGB V ein.

A VI 2.6 Beginn der Mitgliedschaft als Rentnantragsteller

Die Mitgliedschaft beginnt nach § 189 Absatz 2 Satz 1 SGB V mit dem Tag der Stellung des Rentenantrags, und zwar um 0.00 Uhr.

Die Mitgliedschaft nach § 189 SGB V beginnt dann nicht mit dem Tag der Rentenantragstellung, wenn zu diesem Zeitpunkt eine Vorrangversicherung besteht (A I 4.3 und A I 4.4) oder die KVdR aufgrund des § 5 Absatz 5 oder § 6 Absatz 1 bis 3 SGB V ausgeschlossen ist. In diesen Fällen beginnt die Mitgliedschaft erst nach Beendigung der Vorrangversicherung, der hauptberuflich selbstständigen Erwerbstätigkeit bzw. der Versicherungsfreiheit.

A VI 2.7 Ende der Mitgliedschaft als Rentnantragsteller

Erkennt der Rentenversicherungsträger den Rentenanspruch an, besteht grundsätzlich vom Rentenbeginn an Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 11, 11a, 11b oder 12 SGB V. Die Rentnantragstellermemberschaft endet dann mit dem Tag vor Rentenbeginn. Entsprechendes gilt bei Bewilligung eines laufend gezahlten Vorschusses.

Beispiel 1:

Rentnantrag am	14.4.2020
Bekanntgabe des Bescheides über die Rentenbewilligung/Vorschusszahlung am	25.6.2020
Rentenbeginn/Beginn der Vorschusszahlung am	1.5.2020

Ergebnis:

Die Rentnantragstellermemberschaft nach § 189 SGB V beginnt am 14.4.2020; sie endet mit dem Tag vor Rentenbeginn, also am 30.4.2020. Vom 1.5.2020 an wird eine Mitgliedschaft als Rentner nach § 186 Absatz 9 SGB V begründet.

Beginnt die Rente vor der Rentnantragstellung (§ 99 SGB VI), wird die Rentnantragstellermemberschaft rückwirkend ab Rentnantragstellung durch eine Mitgliedschaft nach § 186 Absatz 9 SGB V ersetzt.

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

Beispiel 2:

Rentantrag am	14.4.2020
Bekanntgabe des Bescheides über die Rentenbewilligung am	25.6.2020
Rentenbeginn am	1.4.2020

Ergebnis:

Vom 14.4.2020 an ist zunächst eine Rentenantragstellermitgliedschaft nach § 189 SGB V zu begründen. Durch die Gewährung der Rente besteht grundsätzlich vom Rentenbeginn an Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 11 SGB V. Da der Rentenantrag aber erst am 14.4.2020 gestellt worden ist, kann die Rentnermitgliedschaft entsprechend § 186 Absatz 9 SGB V auch erst von diesem Zeitpunkt an beginnen. Für eine Rentenantragstellermitgliedschaft bleibt im Nachhinein kein Raum mehr.

Die Mitgliedschaft nach § 189 SGB V endet darüber hinaus

- mit dem Tod des Rentenantragstellers oder
- mit dem Tag, an dem der Rentenantrag zurückgenommen wird oder
- mit dem Tag, an dem die Ablehnung des Rentenantrags durch den Rentenversicherungsträger unanfechtbar wird.

Bei einer Rücknahme des Rentenantrags kommt es darauf an, wann die entsprechende Erklärung des Rentenantragstellers beim Rentenversicherungsträger eingeht. Kommt es zur Antragsrücknahme während eines Sozialgerichtsverfahrens, wirkt sie mit Eingang der Erklärung beim Gericht.

Der Bescheid über die Ablehnung eines Rentenantrags wird unanfechtbar mit Ablauf der Rechtsbehelfs- oder Rechtsmittelfrist. Bescheide gelten mit dem dritten Tag nach der Aufgabe zur Post als bekannt gegeben, es sei denn, sie sind nicht oder zu einem späteren Zeitpunkt zugegangen (§ 37 Absatz 2 SGB X). Da die Meldung des Rentenversicherungsträgers jedoch keine Angaben über die Art der Absendung des Bescheides bzw. das tatsächliche Datum der Zustellung beinhaltet, sondern nur das Datum des Ablehnungsbescheides (A VII 2.3.3), ist davon auszugehen, dass der Bescheid auch an diesem Tag aufgegeben wurde. Wird gegen eine Rentenablehnung kein Rechtsbehelf eingelegt, endet die Mitgliedschaft einen Monat nach Bekanntgabe des Ablehnungsbescheides. § 26 Absatz 3 SGB X ist ggf. zu beachten.

Die Mitgliedschaft besteht auch für die Dauer des Streitverfahrens. Bei Eingang einer entsprechenden Meldung des Rentenversicherungsträgers über die Einlegung eines Rechtsbehelfs (A VII 2.3.4) unterstellt die Krankenkasse, dass der Widerspruch fristgerecht eingelegt wurde und führt die Mitgliedschaft zunächst fort. Wird der Widerspruch als unbegründet oder unzulässig zurückgewiesen, endet die Rentenantragstellermitgliedschaft einen Monat nach Bekanntgabe des Widerspruchsbescheides, wenn kein weiterer Rechtsbehelf eingelegt wird.

Beispiel 3:

Rentantragstellermitgliedschaft nach § 189 SGB V ab	12.3.2020
Ablehnung des Rentenantrags mit Bescheid vom	28.5.2020
Eingang des Widerspruchs beim Rentenversicherungsträger am	26.6.2020
Zurückweisung des Widerspruchs mit Widerspruchsbescheid vom	17.9.2020

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

Ergebnis:

Die Rentenantragstellermitgliedschaft besteht während des Widerspruchsverfahrens fort. Sie endet mit dem Ablauf der Klagefrist. Da der Widerspruchsbescheid am 20.9.2020 als bekannt gegeben gilt, endet die Mitgliedschaft nach § 189 Absatz 2 Satz 2 SGB V einen Monat nach der Bekanntgabe, also am 20.10.2020.

Nimmt der Rentenantragsteller den Rechtsbehelf oder das Rechtsmittel zurück, ist dies mit der Rücknahme des Rentenanspruchs gleichzusetzen. Mithin endet die Mitgliedschaft mit dem Tage der Rücknahme des Rechtsbehelfs oder des Rechtsmittels.

Tritt eine vorrangige Versicherungspflicht bzw. Mitgliedschaft ein, wird eine selbstständige Erwerbstätigkeit hauptberuflich ausgeübt oder tritt Versicherungsfreiheit nach § 6 Absatz 1, 2 oder 3 SGB V ein (A VI 2.5), endet die Mitgliedschaft nach § 189 SGB V mit dem Vortag.

A VI 3 Mitgliedschaft als Rentner

A VI 3.1 Beginn der Mitgliedschaft als Rentner

Die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Rentner beginnt mit dem Tag der Stellung des Rentenanspruchs, und zwar mit dem Beginn des Tages, also um 0.00 Uhr (§ 186 Absatz 9 SGB V). Maßgebend ist die Stellung des Rentenanspruchs nach dem Recht der gesetzlichen Rentenversicherung. Der Tag der Rentenantragstellung bleibt maßgebend, auch wenn die Rente vor der Antragstellung beginnt.

Beispiel 1:

Rentenantrag am	14.5.2020
Rentenbeginn am	1.4.2020
Beginn der Mitgliedschaft am	14.5.2020

Als Tag der Rentenantragstellung ist auch der Antrag auf Witwen- oder Witwerrentenvorschuss anzusehen (§ 115 Absatz 2 SGB VI). In den Fällen, in denen ein Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben nach § 116 Absatz 2 SGB VI als Rentenantrag gilt, ist Tag der Rentenantragstellung der Tag, an dem der Antrag auf Leistungen gestellt worden ist.

Die Mitgliedschaft in der KVdR beginnt nicht mit dem Tag der Rentenantragstellung, sondern zu einem späteren Zeitpunkt, wenn der Rentenantragsteller noch nach anderen gesetzlichen Vorschriften (z. B. nach § 5 Absatz 1 Nr. 1 SGB V) vorrangig pflichtversichert ist.

Beispiel 2:

Rentenantrag am	5.2.2020
Ausübung einer versicherungspflichtigen Beschäftigung bis	30.4.2020
Bescheid über die Bewilligung der Rente zugestellt am (Rentenbeginn: 1.2.2020)	24.4.2020

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

Ergebnis:

Die KVdR-Mitgliedschaft nach § 186 Absatz 9 SGB V ist durch die versicherungspflichtige Beschäftigung bis 30.4.2020 ausgeschlossen. Ab 1.5.2020 besteht eine Pflichtmitgliedschaft als Rentner.

Des Weiteren beginnt die KVdR-Mitgliedschaft auch dann zu einem späteren Zeitpunkt als dem Tag der Rentenantragstellung, wenn noch Ausschlussstatbestände im Sinne des § 5 Absatz 5, § 6 Absatz 1 bis 3 SGB V wirken.

Wird die KVdR-Mitgliedschaft zu einer Krankenkasse gekündigt (§ 175 SGB V), beginnt die Mitgliedschaft bei der neu gewählten Krankenkasse mit dem Tag nach Eintritt der Rechtswirksamkeit der Kündigung.

Beispiel 3:

Kündigung bei alter Krankenkasse eingereicht am	17.9.2020
Rechtswirksamkeit der Kündigung zum	30.11.2020
Mitgliedschaft bei neuer Krankenkasse ab	1.12.2020

A VI 3.2 Ende der Mitgliedschaft als Rentner

A VI 3.2.1 Allgemeines

Die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Rentner endet mit dem Tod des Mitglieds. Daneben sieht § 190 Absatz 11 SGB V für das Ende der Mitgliedschaft Folgendes vor: Die Mitgliedschaft endet

- grundsätzlich mit Ablauf des Monats, in dem der Anspruch auf Rente wegfällt oder die Entscheidung über den Wegfall oder den Entzug der Rente unanfechtbar geworden ist, frühestens jedoch mit Ablauf des Monats, für den letztmalig Rente zu zahlen ist,
- bei Gewährung einer Rente für zurückliegende Zeiträume mit Ablauf des Monats, in dem die Entscheidung unanfechtbar wird.

Die Entscheidung wird i. S. des § 190 Absatz 11 SGB V unanfechtbar mit Ablauf der Rechtsbehelfs- oder Rechtsmittelfrist.

Die Mitgliedschaft der in § 190 Absatz 11a SGB V genannten Rentner endete mit dem Eintritt der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 11 SGB V.

A VI 3.2.2 Wegfall oder Entzug der Rente

Eine Rente fällt kraft Gesetzes beim Vorliegen bestimmter Tatbestände weg, z. B. wenn die Witwe oder der Witwer heiratet, die Waise die Altersgrenze (Vollendung des 18. oder 27. Lebensjahres) erreicht, der Bezieher einer Altersrente eine rentenschädliche Beschäftigung ausübt oder die befristete Rente endet (zum Ende der Mitgliedschaft bei befristeten Renten oder Waisenrenten vgl. A I 3.7.3 und 3.7.4).

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

In Fällen, in denen bereits im Rentenbewilligungsbescheid der Wegfall der Rente bestimmt wird (befristete Renten), entfällt der Rentenanspruch mit Ablauf der Frist, ohne dass der Rentenversicherungsträger dazu einen Wegfallbescheid erteilt. Die Mitgliedschaft endet in diesen Fällen mit Ablauf des Monats, für den letztmalig Rente zu zahlen ist. Dies gilt auch dann, wenn die Rente irrtümlich über den Tag, an dem der Rentenanspruch endete, weitergezahlt worden ist.

Entfällt der Rentenanspruch bei einer befristeten Rente vor Ablauf der Befristung oder bei einer unbefristeten Rente (z.B. durch Wiederheirat, Besserung des Gesundheitszustandes oder Überschreiten von Hinzuverdienstgrenzen vor Erreichen der Regelaltersgrenze), erteilt der Rentenversicherungsträger einen Bescheid über den Wegfall oder den Entzug der Rente. Die Mitgliedschaft endet in diesen Fällen erst mit Ablauf des Monats, in dem der Bescheid des Rentenversicherungsträgers unanfechtbar wird, frühestens mit Ablauf des Monats, für den die Rente letztmalig gezahlt wird.

Wenn der Rentner gegen den Bescheid über den Wegfall oder Entzug der Rente einen Rechtsbehelf oder ein Rechtsmittel einlegt, gibt es je nach Ausgang des Widerspruchs- bzw. sozialgerichtlichen Verfahrens unterschiedliche Lösungen. Folgende Fallgestaltungen sind denkbar:

- Ergibt das Verfahren einen weiteren unbefristeten Rentenbezug, so bleibt die Mitgliedschaft weiterhin bestehen.
- Ergibt das Verfahren einen weiteren befristeten Rentenbezug, bleibt die Mitgliedschaft bis zum Ende des Monats erhalten, in dem der Widerspruchsbescheid unanfechtbar wird oder das Urteil Rechtskraft erlangt bzw. die Rente letztmalig gezahlt wird.
- Bestätigt das Verfahren den Wegfall- bzw. Entziehungsbescheid, so endet die Mitgliedschaft mit Ablauf des Monats, in dem die Entscheidung unanfechtbar wird.
- Endet das Verfahren durch Vergleich, so endet die Mitgliedschaft mit Ablauf des Monats, in dem der Vergleich verbindlich wird oder eine eventuelle Widerrufsfrist abläuft, soweit die Rente nicht über diesen Zeitpunkt hinaus gewährt wird. Andernfalls endet sie mit Ablauf des Monats, für den letztmalig Rente zu zahlen ist.
- Wird das Verfahren durch Rücknahme des Rechtsbehelfs bzw. Rechtsmittels beendet, so endet die Mitgliedschaft mit Ablauf des Monats der Rücknahme.

Beispiel 1:

Zubilligung einer Zeitrente am	7.2.2020
Wegfall der Zeitrente am	30.4.2020
Das Sozialgericht bestätigt den Wegfall der Rente.	
Zustellung des Urteils am	18.9.2020
Ablauf der Berufungsfrist:	19.10.2020 (18.10.2020 = Sonntag)
Ende der KVdR-Mitgliedschaft am	31.10.2020

Beispiel 2:

Zubilligung einer Zeitrente am	3.9.2019
Wegfall der Zeitrente am	30.4.2020
Das Sozialgericht bestätigt den Wegfall der Rente.	
Zustellung des Urteils am	31.8.2020
Ablauf der Berufungsfrist:	30.9.2020
Ende der KVdR-Mitgliedschaft am	30.9.2020

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

Beispiel 3:

Zubilligung der Rente am	7.2.2020
Wegfall der Zeitrente am	30.6.2020
Ein Sozialgerichtsverfahren führt zur Weitergewährung der Rente bis zum	31.12.2020
Zustellung des Urteils am	21.9.2020
Ablauf der Berufungsfrist:	21.10.2020
Ende der KVdR-Mitgliedschaft am	31.12.2020

Beispiel 4:

Entzug der Rente zum	30.9.2020
Zustellung des Bescheides am	17.8.2020
Ablauf der Widerspruchsfrist:	17.9.2020
- kein Widerspruch eingelegt -	
Ende der KVdR-Mitgliedschaft am	30.9.2020

A VI 3.2.3 Rente für zurückliegende Zeiträume

Bei Zubilligung einer Rente für einen zurückliegenden bereits beendeten Zeitraum endet nach § 190 Absatz 11 Nr. 2 SGB V die Mitgliedschaft in der KVdR mit Ablauf des Monats, in dem die Entscheidung des Rentenversicherungsträgers unanfechtbar wird.

Beispiel:

Zeitrente bis	30.6.2020
Bekanntgabe des Bescheides am	30.9.2020
Ablauf der Widerspruchsfrist:	2.11.2020
	(31.10.2020 = Samstag)
- kein Widerspruch eingelegt -	
Ende der Mitgliedschaft am	30.11.2020

A VI 3.2.4 Fortbestand der Mitgliedschaft

Die Mitgliedschaft in der KVdR wird nicht dadurch berührt, dass die Rente wegen Zusammentreffens mit einer Unfallrente aus der gesetzlichen Unfallversicherung nicht gezahlt wird (§§ 93, 311 SGB VI). Gleiches gilt, wenn die Rente wegen Zusammentreffens mit einer anderen Rente oder Einkommen nach §§ 89 ff. SGB VI nicht zu leisten ist.

Nach § 66 SGB I sowie nach § 104 SGB VI kann die Rente unter bestimmten Voraussetzungen ganz oder teilweise versagt werden. Für die Zeit des Versagens der Rente besteht die Mitgliedschaft in der KVdR fort.

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

Die KVdR ist ausgeschlossen, wenn und solange auf die gesamte Rente verzichtet wird (§ 46 SGB I). Entsprechendes gilt für Personen, bei denen der Rentenanspruch nach dem Versorgungsruhengesetz (Artikel 4 RÜG) zum Ruhen gebracht worden ist.

A VI 4 Mitgliedschaft bei Wehrdienst

Nach § 193 Absatz 2 SGB V sind Rentenantragsteller und Rentner weiterhin Mitglied der Krankenkasse, wenn sie Wehrdienst nach § 4 Absatz 1 Wehrpflichtgesetz (im Spannungs- oder Verteidigungsfall) oder - unter Berücksichtigung der Gleichstellungsvorschrift des § 58f Soldatengesetz -freiwilligen Wehrdienst nach § 58b Soldatengesetz ableisten. Dies gilt auch für Personen, die Dienstleistungen oder Übungen nach den Vorschriften des Vierten Abschnittes des Soldatengesetzes verrichten (§ 193 Absatz 4 SGB V). Grundwehrdienst und Zivildienst wurden mit dem Wehrrechtsänderungsgesetz 2011 ausgesetzt.

A VII Meldungen

§ 201 SGB V

Meldepflichten bei Rentenantragstellung und Rentenbezug

- (1) Wer eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beantragt, hat mit dem Antrag eine Meldung für die zuständige Krankenkasse einzureichen. Der Rentenversicherungsträger hat die Meldung unverzüglich an die zuständige Krankenkasse weiterzugeben.**
- (2) Wählen versicherungspflichtige Rentner oder Hinterbliebene eine andere Krankenkasse, hat die gewählte Krankenkasse dies der bisherigen Krankenkasse und dem zuständigen Rentenversicherungsträger unverzüglich mitzuteilen.**
- (3) Nehmen versicherungspflichtige Rentner oder Hinterbliebene eine versicherungspflichtige Beschäftigung auf, für die eine andere als die bisherige Krankenkasse zuständig ist, hat die für das versicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnis zuständige Krankenkasse dies der bisher zuständigen Krankenkasse und dem Rentenversicherungsträger mitzuteilen. Satz 1 gilt entsprechend, wenn das versicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnis endet.**
- (4) Der Rentenversicherungsträger hat der zuständigen Krankenkasse unverzüglich mitzuteilen**
- 1. Beginn und Höhe einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung, den Monat, für den die Rente erstmalig laufend gezahlt wird,**
 - 1a. (weggefallen)**
 - 2. den Tag der Rücknahme des Rentenantrages,**
 - 3. bei Ablehnung des Rentenantrages den Tag, an dem über den Rentenantrag verbindlich entschieden worden ist,**

4. Ende, Entzug, Wegfall und sonstige Nichtleistung der Rente sowie

5. Beginn und Ende der Beitragszahlung aus der Rente.

(5) Wird der Bezieher einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung versicherungspflichtig, hat die Krankenkasse dies dem Rentenversicherungsträger unverzüglich mitzuteilen. Satz 1 gilt entsprechend, wenn die Versicherungspflicht aus einem anderen Grund als den in Absatz 4 Nr. 4 genannten Gründen endet.

(6) Die Meldungen sind auf maschinell verwertbaren Datenträgern oder durch Datenübertragung zu erstatten. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbart mit der Deutschen Rentenversicherung Bund das Nähere über das Verfahren im Benehmen mit dem Bundesversicherungsamt.

§ 205 SGB V

Meldepflichten bestimmter Versicherungspflichtiger

Versicherungspflichtige, die eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung oder der Rente vergleichbare Einnahmen (Versorgungsbezüge) beziehen, haben ihrer Krankenkasse unverzüglich zu melden

1. Beginn und Höhe der Rente,
2. Beginn, Höhe, Veränderungen und die Zahlstelle der Versorgungsbezüge sowie
3. Beginn, Höhe und Veränderungen des Arbeitseinkommens.

§ 206 SGB V

Auskunfts- und Mitteilungspflichten der Versicherten

(1) Wer versichert ist oder als Versicherter in Betracht kommt, hat der Krankenkasse, soweit er nicht nach § 280 des Vierten Buches auskunftspflichtig ist,

1. auf Verlangen über alle für die Feststellung der Versicherungs- und Beitragspflicht und für die Durchführung der der Krankenkasse übertragenen Aufgaben erforderlichen Tatsachen unverzüglich Auskunft zu erteilen,
2. Änderungen in den Verhältnissen, die für die Feststellung der Versicherungs- und Beitragspflicht erheblich sind und nicht durch Dritte gemeldet werden, unverzüglich mitzuteilen.

Er hat auf Verlangen die Unterlagen, aus denen die Tatsachen oder die Änderung der Verhältnisse hervorgehen, der Krankenkasse in deren Geschäftsräumen unverzüglich vorzulegen.

(2) Entstehen der Krankenkasse durch eine Verletzung der Pflichten nach Absatz 1 zusätzliche Aufwendungen, kann sie von dem Verpflichteten die Erstattung verlangen.

§ 50 SGB XI

Melde- und Auskunftspflichten bei Mitgliedern der sozialen Pflegeversicherung

(1) Alle nach § 20 versicherungspflichtigen Mitglieder haben sich selbst unverzüglich bei der für sie zuständigen Pflegekasse anzumelden. Dies gilt nicht, wenn ein Dritter bereits eine Meldung nach den §§ 28a bis 28c des Vierten Buches, §§ 199 bis 205 des Fünften Buches oder §§ 27 bis 29 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte zur gesetzlichen Krankenversicherung abgegeben hat; die Meldung zur gesetzlichen Krankenversicherung schließt die Meldung zur sozialen Pflegeversicherung ein. Bei freiwillig versicherten Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung gilt die Beitrittserklärung zur gesetzlichen Krankenversicherung als Meldung zur sozialen Pflegeversicherung.

(2) - (5) ...

(6) Für die Meldungen der Pflegekassen an die Rentenversicherungsträger gilt § 201 des Fünften Buches entsprechend.

A VII 1 Allgemeines

Die Meldepflichten bei Rentenantragstellung und Rentenbezug regeln die §§ 201 und 205 SGB V. Die Meldungen sollen eine reibungslose Abwicklung des Versicherungsverhältnisses der betreffenden Person sowie des Beitragsverfahrens zwischen allen Beteiligten gewährleisten. Für die Meldungen der Pflegekassen an die Rentenversicherungsträger gilt § 201 SGB V entsprechend (§ 50 Absatz 6 SGB XI).

Die allgemeinen Auskunfts- und Mitteilungspflichten des Versicherten gegenüber der Krankenkasse beinhaltet § 206 SGB V. Diese Vorschrift konkretisiert die allgemeine Mitwirkungspflicht nach § 60 SGB I. Dabei ist zu beachten, dass die Krankenkasse nur dann ein berechtigtes Interesse an der Erfüllung der Auskunfts- und Mitteilungspflichten des Versicherten haben kann, wenn ihr die erforderlichen Angaben nicht durch Dritte, z. B. den Rentenversicherungsträger, gemeldet werden.

Für die landwirtschaftliche Krankenversicherung enthält § 29 KVLG 1989 dem § 201 SGB V entsprechende Regelungen; die Melde- und Auskunftspflicht des Versicherten regeln die §§ 30 bis 32 KVLG 1989.

Nach § 201 Absatz 6 SGB V sind die Meldungen zur KVdR auf maschinell verwertbaren Datenträgern oder mittels Datenübertragung abzugeben. Der GKV-Spitzenverband und die Deutsche Rentenversicherung Bund haben im Einvernehmen mit dem Bundesversicherungsamt auf der Grundlage des § 201 Absatz 6 Satz 2 SGB V eine Vereinbarung über ein maschinell unterstütztes Meldeverfahren geschlossen. Bestandteile der aktuellen Vereinbarung vom 5. Oktober 2015 sind:

- "Gemeinsame Grundsätze zum maschinell unterstützten Meldeverfahren zur Krankenversicherung der Rentner und zur Pflegeversicherung", in denen die Tatbestände enthalten sind, die eine Meldung erfordern und
- "Beschreibung der Datensätze zur Durchführung des maschinellen Meldeverfahrens zur Krankenversicherung der Rentner und zur Pflegeversicherung" (Meldeverfahren KV-RV), in der die Datensatzinhalte und die technische Form der Meldungen zwischen Kranken- und Rentenversicherung festgelegt sind.

A VII 2 Meldepflichten bei Rentenantragstellung und Rentenbezug

A VII 2.1 Meldungen der Versicherten

A VII 2.1.1 Rentenantragstellung

Nach § 201 Absatz 1 SGB V haben Rentenantragsteller zugleich mit dem Rentenantrag eine Meldung für die zuständige Krankenkasse (KVdR-Meldung) einzureichen, welche der Rentenversicherungsträger oder die den Rentenantrag aufnehmende Stelle unverzüglich an die Krankenkasse weiterzugeben hat. Die KVdR-Meldung ist grundsätzlich bei jeder Rentenantragstellung abzugeben, also nicht nur beim ersten Rentenantrag, sondern auch bei den unter A I 3.7 beschriebenen Fällen, sofern eine erneute Prüfung der Zugangsvoraussetzungen für die KVdR erforderlich ist.

Bei Renten wegen Todes ist für jeden einzelnen Rentenantragsteller (z.B. für die Witwe und für jede Waise) jeweils eine gesonderte Meldung abzugeben.

Die KVdR-Meldung zur gesetzlichen Krankenversicherung schließt die Meldung zur sozialen Pflegeversicherung ein.

A VII 2.1.2 Zuständigkeit für die Bearbeitung der KVdR-Meldung

Zuständig für die Bearbeitung der KVdR-Meldung ist grundsätzlich die Krankenkasse, bei der die Krankenversicherung (Mitgliedschaft oder Familienversicherung) bzw. Pflegeversicherung zur Zeit der Rentenantragstellung besteht. Liegt im Zeitpunkt der Rentenantragstellung kein Versicherungsverhältnis in der gesetzlichen Krankenversicherung vor, ist die KVdR-Meldung der Krankenkasse zuzuleiten, bei der eine Versicherung zuletzt durchgeführt wurde; eine Mitgliedschaft bei der landwirtschaftlichen Krankenkasse wird in diesem Zusammenhang nicht berücksichtigt.

Bei anderen Rentenantragstellern, die nach den Angaben in der KVdR-Meldung noch nie in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren, hat die den Antrag aufnehmende Stelle die Meldung zur Prüfung der KVdR-Voraussetzungen einer nach § 173 SGB V wählbaren Krankenkasse zuzuleiten.

Diese Verfahrensweise findet auch bei Rentenantragstellern Anwendung, die bisher bei der landwirtschaftlichen Krankenkasse familienversichert waren, sofern die letzte Krankenkasse durch die landwirtschaftliche Krankenkasse nicht feststellbar ist und der Rentenantragsteller keine Erklärung zu einer von ihm gewählten Krankenkasse abgibt. Die insoweit angegangene Krankenkasse ist an diese Zuständigkeitsbestimmung gebunden.

Die Krankenkasse prüft ihre Zuständigkeit für die Bearbeitung der Meldung. Stellt die Krankenkasse fest, dass eine andere Krankenkasse zuständig ist, leitet sie die Meldung zur KVdR, sofern es sich um eine Meldung in Papierform handelt, in dieser Form an die zuständige Krankenkasse weiter. Ist die Meldung elektronisch an die Krankenkasse übermittelt worden, leitet die Krankenkasse einen Ausdruck der Meldedaten an die zuständige Krankenkasse weiter. Eine Abgabennachricht an die den Rentenantrag aufnehmende Stelle ist nicht erforderlich.

Ist für die Durchführung der Rentenantragstellermemberschaft nach § 189 SGB V eine andere Krankenkasse zuständig, als die, bei der bis zum Tag der Rentenantragstellung eine Versicherung bestand (z. B. bei vorangegangener Familien-

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

versicherung), hat die gewählte Krankenkasse die KVdR-Meldung zu bearbeiten. Dies gilt selbst dann, wenn die bisherige Krankenkasse die Meldung zur Rentenantragstellung (A VII 2.2.1) gegenüber dem Rentenversicherungsträger bereits abgesetzt hat; in diesem Fall hat die bisherige Krankenkasse ihre Meldung gegenüber dem Rentenversicherungsträger zu stornieren. Die gewählte Krankenkasse hat auch die Prüfung der Vorversicherungszeit vorzunehmen.

Von der bisher zuständigen Krankenkasse, die die KVdR-Meldung erhalten hat, sind vor Weiterleitung der Meldung die Versicherungszeiten mit den in ihrem Bestand vorhandenen Versicherungszeiten zu vergleichen. Abweichende Zeiten sind der zuständigen Krankenkasse mitzuteilen.

Führt zur Zeit der Rentenantragstellung die landwirtschaftliche Krankenkasse aufgrund einer Familienversicherung die Krankenversicherung durch und ergibt die Prüfung, dass die Voraussetzungen für die KVdR erfüllt sind, beendet die landwirtschaftliche Krankenkasse die Familienversicherung; sie unterrichtet die Krankenkasse, die zuletzt vor Beginn der Familienversicherung die Krankenversicherung durchgeführt hat, oder die Krankenkasse, die vom Rentenantragsteller gewählt wurde, über das Ergebnis ihrer Prüfung. Die unterrichtete Krankenkasse erstattet die Meldung zur Rentenantragstellung gegenüber dem Rentenversicherungsträger (A VII 2.2.1) und übernimmt das weitere Verfahren.

A VII 2.1.3 Rentenbezug

Nach § 205 Nr. 1 SGB V bzw. § 31 KVLG 1989 haben die Versicherungspflichtigen ihrer Krankenkasse den Beginn und die Höhe ihrer Rente zu melden. Diese Sachverhalte sind der Krankenkasse regelmäßig schon durch die Meldung des Rentenversicherungsträgers nach § 201 Absatz 4 Nr. 1 SGB V bekannt, sodass eine zusätzliche Mitteilung des Rentners bei Rentenbewilligung entbehrlich ist. Sofern die Krankenkasse noch keine Kenntnis von dem Rentenbezug hat (z. B. beim Wechsel der Krankenkasse), ist der Rentner verpflichtet, der Krankenkasse den Rentenbezug mitzuteilen.

A VII 2.2 Meldungen der Krankenkasse

A VII 2.2.1 Allgemeines

Nach Erhalt der KVdR-Meldung hat die zuständige Krankenkasse zu prüfen, ob die Voraussetzungen für die Versicherungspflicht in der KVdR erfüllt sind und wie der Rentenantragsteller vor und ab dem Tag der Rentenantragstellung versichert ist.

Das Ergebnis teilt die Krankenkasse nicht nur dem Rentenantragsteller, sondern auch dem Rentenversicherungsträger mit (Meldung zur Rentenantragstellung). Diese Mitteilung der Krankenkasse wird nicht explizit von den Meldepflichten nach § 201 SGB V erfasst, ist jedoch erforderlich, damit der Rentenversicherungsträger über die Beitragspflicht aus der Rente entscheiden und die Zahlung der Beiträge sicherstellen kann. Deshalb wurde auch dieser Mitteilungsweg in das maschinell unterstützte Meldeverfahren zwischen den Krankenkassen und den Rentenversicherungsträgern integriert.

Bei Beantragung einer Waisenrente gibt die Krankenkasse zusätzlich an, ob im Fall der Rentenbewilligung Beitragsfreiheit der Waisenrente nach § 237 Satz 2 SGB V/§ 57 Absatz 1 Satz 1 SGB XI besteht (A VII 2.2.6).

A VII 2.2.2 Wahl einer Krankenkasse

Wählt der Rentenantragsteller/Rentner während des Rentenantragsverfahrens oder während des Rentenbezuges eine andere Krankenkasse, so hat die gewählte Krankenkasse dies nach § 201 Absatz 2 SGB V der bisher zuständigen Krankenkasse und dem zuständigen Rentenversicherungsträger unverzüglich mitzuteilen.

Diese Meldung ist aus mitgliedschafts- und beitragsrechtlicher Sicht für die bisherige Krankenkasse von Bedeutung. Die unverzügliche Abgabe der Meldung nach § 201 Absatz 2 SGB V durch die gewählte Krankenkasse ist deshalb zwingend erforderlich.

A VII 2.2.3 Beginn und Ende einer Vorrangversicherung bei in der KVdR versicherten Rentnern

Die KVdR wird z. B. durch die Versicherungspflicht aufgrund einer Beschäftigung verdrängt. Eine Meldung durch die Krankenkasse gegenüber dem Rentenversicherungsträger braucht nicht erstattet zu werden, wenn für die Durchführung des Versicherungsverhältnisses aufgrund der Beschäftigung dieselbe Krankenkasse zuständig ist, die auch die KVdR durchführt. Da bei Waisenrentnern die Beitragsfreiheit der Waisenrente nach § 237 Satz 2 SGB V an die Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 11b Buchstabe a SGB V gekoppelt ist, ist für diesen Personenkreis der Beginn und das Ende einer Vorrangversicherung gegenüber dem Rentenversicherungsträger zu melden (A VII 2.2.6).

Für den Fall, dass für die Versicherung im Rahmen der Beschäftigung eine andere Krankenkasse zuständig ist als für die KVdR, schreibt § 201 Absatz 3 SGB V vor, dass die für die Beschäftigung zuständige Krankenkasse der bisherigen Krankenkasse und dem Rentenversicherungsträger den Beginn des versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisses mitzuteilen hat. Dies kann nur noch dann zutreffen, wenn aufgrund der Beschäftigung die Zuständigkeit der landwirtschaftlichen Krankenkasse gegeben ist. Entsprechendes gilt bei Beendigung einer solchen Beschäftigung.

A VII 2.2.4 Beginn und Ende einer Pflichtversicherung bei nicht in der KVdR versicherten Rentnern

Während sich die Meldepflicht nach § 201 Absatz 3 SGB V nur auf diejenigen Rentner erstreckt, die in der KVdR versichert sind und eine versicherungspflichtige Beschäftigung aufnehmen, gilt § 201 Absatz 5 SGB V für die nicht in der KVdR versicherten Rentner, die aufgrund anderer Vorschriften versicherungspflichtig werden. Es handelt sich also um Rentenbezieher, die nicht die Voraussetzungen für die Versicherungspflicht in der KVdR erfüllen. Sofern diese Rentner aufgrund einer anderen Vorschrift krankenversicherungspflichtig werden, hat der Rentenversicherungsträger Beiträge nach § 255 SGB V einzubehalten und abzuführen (vgl. auch § 226 Absatz 1 SGB V). Aus diesem Grunde verpflichtet § 201 Absatz 5 SGB V die Krankenkasse, dem Rentenversicherungsträger den Beginn einer solchen Versicherungspflicht unverzüglich zu melden. Entsprechendes gilt, wenn diese Versicherungspflicht endet.

A VII 2.2.5 Beginn und Ende von Ausschlussgründen für die KVdR

Nach § 5 Absatz 5 SGB V ist die KVdR für hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige ausgeschlossen. Das Gleiche gilt für Personen, die nach § 6 Absatz 3 SGB V nicht in der KVdR zu versichern sind, weil sie nach § 6 Absatz 1 SGB V oder nach anderen gesetzlichen Vorschriften krankenversicherungsfrei sind oder von der Versicherungspflicht befreit

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

wurden. In diesen Fällen hat die Krankenkasse – obgleich nach dem Gesetz eine Verpflichtung hierzu nicht besteht – dem Rentenversicherungsträger den Beginn und das Ende eines solchen Ausschlussgrundes mitzuteilen, damit dieser den Beitragseinbehalt aus der Rente nach § 255 SGB V einstellt bzw. wieder aufnimmt. Diese Meldung ist unabhängig davon erforderlich, ob der Rentner für die Dauer des Ausschlussgrundes in der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig oder bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert ist.

Sofern die landwirtschaftliche Krankenkasse berührt ist, ist nicht nur dem Rentenversicherungsträger, sondern auch der landwirtschaftlichen Krankenkasse die Beendigung des Ausschlussgrundes zu melden.

A VII 2.2.6 Beginn und Ende der Beitragsfreiheit von Waisenrenten

Endet bei Waisenrentnern eine Vorrangversicherung (z. B. aufgrund eines Ausbildungsverhältnisses), ist der damit verbundene Beginn von Beitragsfreiheit nach § 237 Satz 2 SGB V (A VII 2.2.3) dem Rentenversicherungsträger zu melden.

Ebenso ist das Ende der Beitragsfreiheit von Waisenrenten, z. B. bei Erreichen der Altersgrenze nach § 10 Absatz 2 SGB V, beim Eintritt der vorrangigen Versicherungspflicht in der Kranken- und Pflegeversicherung der Studenten oder beim Eintritt einer Vorrangversicherungspflicht (z. B. aufgrund eines Ausbildungsverhältnisses), dem Rentenversicherungsträger zu melden.

Besonderheiten bei studierenden Waisenrentnern, die bei Erreichen der Altersgrenze nach § 10 Absatz 2 SGB V von der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 11b Buchstabe a SGB V in die Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 9 oder 10 SGB V wechseln, sind unter A VIII 3.2.3.4 beschrieben.

A VII 2.2.7 Besonderheiten in der Pflegeversicherung

Neben den Meldetatbeständen in der Krankenversicherung sind Meldungen für den Rentenversicherungsträger von Bedeutung, die die Belange der Pflegeversicherung betreffen. Dazu zählen Meldungen über Beginn und Ende der Versicherungspflicht, das Vorliegen von Beitragsfreiheit sowie über die Beihilfeberechtigung des Rentners (halber Beitragsatz). Darüber hinaus sind Meldungen erforderlich bei einem Wechsel von der Versicherungspflicht nach § 20 Absatz 1 SGB XI in die Versicherungspflicht nach § 20 Absatz 3 SGB XI (freiwillig Krankenversicherte) oder umgekehrt.

A VII 2.3 Meldungen des Rentenversicherungsträgers

A VII 2.3.1 Allgemeines

Die Meldepflichten des Rentenversicherungsträgers sind in § 201 Absatz 4 SGB V geregelt. Die Meldungen sind unabhängig davon zu erstatten, ob eine Mitgliedschaft als Rentenantragsteller besteht oder der Rentner nach anderen gesetzlichen Vorschriften krankenversicherungspflichtig oder freiwillig versichert ist oder eine Familienversicherung besteht. Sie sind unverzüglich vorzunehmen.

A VII 2.3.2 Beginn und Höhe der Rente sowie der laufenden Rentenzahlung

Nach § 201 Absatz 4 Nr. 1 SGB V hat der Rentenversicherungsträger der zuständigen Krankenkasse mitzuteilen, von welchem Zeitpunkt an und in welcher Höhe die Rente geleistet wird; darüber hinaus ist der Monat anzugeben, für den die Rente erstmalig laufend gezahlt wird.

A VII 2.3.3 Ablehnung oder Rücknahme des Rentenantrags

Die Mitgliedschaft als Rentenantragsteller endet mit dem Tag, an dem der Rentenantrag zurückgenommen oder die Ablehnung des Antrags bzw. die Versagung der beantragten Rentenleistung unanfechtbar wird (§ 189 Absatz 2 SGB V, A VI 2.7). Nach § 201 Absatz 4 Nr. 2 und 3 SGB V besteht daher für den Rentenversicherungsträger eine entsprechende Mitteilungspflicht. Zu melden ist der zuständigen Krankenkasse der Tag der Rücknahme oder das Datum des Ablehnungsbescheides bzw. das Datum des Versagungsbescheides im Rentenantragsverfahren.

A VII 2.3.4 Beginn und Ende eines Widerspruchs-/Sozialgerichtsverfahrens

Wird gegen einen ablehnenden Bescheid oder gegen einen Bewilligungsbescheid, mit dem eine befristete Rente bewilligt worden ist, ein Rechtsbehelf (Widerspruch, Klage) oder Rechtsmittel (Berufung, Revision, Nichtzulassungsbeschwerde) eingelegt, besteht die Rentenantragstellermemberschaft auch für die Dauer des Streitverfahrens (A VI 2.7). Der Rentenversicherungsträger hat daher der zuständigen Krankenkasse

- bei Beginn des Widerspruchsverfahrens das Eingangsdatum des Widerspruchs,
- bei Zurückweisung das Datum des Widerspruchsbescheides,
- bei Rücknahme des Widerspruchs den Tag, an dem die Rücknahmeerklärung beim Rentenversicherungsträger eingegangen ist,

zu melden. Gleiches gilt für den Beginn und das Ende eines sich anschließenden Klage-, Berufungs- oder Revisionsverfahrens.

A VII 2.3.5 Ende, Entzug, Wegfall und sonstige Nichtleistung der Rente

Der Rentenversicherungsträger ist nach § 201 Absatz 4 Nr. 4 SGB V verpflichtet, der zuständigen Krankenkasse das Ende, den Entzug, den Wegfall oder eine sonstige Nichtleistung der Rente unverzüglich mitzuteilen, damit diese prüfen kann, ob die Mitgliedschaft in der KVdR nach § 190 Absatz 11 SGB V zu beenden ist.

A VII 2.3.6 Beginn und Ende der Beitragszahlung aus der Rente

§ 201 Absatz 4 Nr. 5 SGB V enthält eine Meldepflicht für Beginn und Ende der Beitragszahlung aus der Rente. Die Krankenkasse soll erkennen können, ob der Rentenversicherungsträger für krankenversicherungspflichtige Rentner auch tatsächlich Beiträge aus der Rente einbehält.

A VII 2.3.7 Abgabe des Rentenanspruchs an einen anderen Rentenversicherungsträger

Ändert sich die Zuständigkeit für die Bearbeitung des Rentenanspruchs, unterrichtet - obgleich nach dem Gesetz eine Verpflichtung hierzu nicht besteht - der bisher zuständige Rentenversicherungsträger die zuständige Krankenkasse hierüber unter Angabe des Abgabedatums. Damit ist sichergestellt, dass von der Krankenkasse gegenüber der Rentenversicherung abzugebende Meldungen an den zutreffenden Rentenversicherungsträger übermittelt werden können.

A VIII Beiträge der Rentenantragsteller und Rentner

§ 220 SGB V

Grundsatz

(1) Die Mittel der Krankenversicherung werden durch Beiträge und sonstige Einnahmen aufgebracht; als Beiträge gelten auch Zusatzbeiträge nach § 242. ...

(2) Der beim Bundesversicherungsamt gebildete Schätzerkreis schätzt jedes Jahr bis zum 15. Oktober für das jeweilige Jahr und für das Folgejahr

- 1. die Höhe der voraussichtlichen beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder der Krankenkassen,**
- 2. die Höhe der voraussichtlichen jährlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds,**
- 3. die Höhe der voraussichtlichen jährlichen Ausgaben der Krankenkassen sowie**
- 4. die voraussichtliche Zahl der Versicherten und der Mitglieder der Krankenkassen.**

Die Schätzung für das Folgejahr dient als Grundlage für die Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitragsatzes nach § 242a, für die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach den §§ 266 und 270 sowie für die Durchführung des Einkommensausgleichs nach § 270a. Bei der Schätzung der Höhe der voraussichtlichen jährlichen Einnahmen bleiben die Beträge nach § 271 Absatz 1a außer Betracht.

(3) ...

§ 223 SGB V

Beitragspflicht, beitragspflichtige Einnahmen, Beitragsbemessungsgrenze

(1) - (2) ...

(3) Beitragspflichtige Einnahmen sind bis zu einem Betrag von einem Dreihundertsechzigstel der Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Absatz 7 für den Kalendertag zu berücksichtigen (Beitragsbemessungsgrenze). Einnahmen, die diesen Betrag übersteigen, bleiben außer Ansatz, soweit dieses Buch nichts Abweichendes bestimmt.

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

§ 225 SGB V

Beitragsfreiheit bestimmter Rentenantragsteller

Beitragsfrei ist ein Rentenantragsteller bis zum Beginn der Rente, wenn er

1. als hinterbliebener Ehegatte oder hinterbliebener Lebenspartner eines nach § 5 Absatz 1 Nr. 11 oder 12 versicherungspflichtigen Rentners, der bereits Rente bezogen hat, Hinterbliebenenrente beantragt,
2. als Waise die Voraussetzungen nach § 5 Absatz 1 Nummer 11b erfüllt und die dort genannten Leistungen vor Vollendung des achtzehnten Lebensjahres beantragt oder
3. ohne die Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 11 bis 12, nach § 10 dieses Buches oder nach § 7 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte versichert wäre.

Satz 1 gilt nicht, wenn der Rentenantragsteller Arbeitseinkommen oder Versorgungsbezüge erhält. § 226 Absatz 2 gilt entsprechend.

§ 226 SGB V

Beitragspflichtige Einnahmen versicherungspflichtig Beschäftigter

(1) Bei versicherungspflichtig Beschäftigten werden der Beitragsbemessung zugrunde gelegt

1. das Arbeitsentgelt aus einer versicherungspflichtigen Beschäftigung,
2. der Zahlbetrag der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung,
3. der Zahlbetrag der der Rente vergleichbaren Einnahmen (Versorgungsbezüge),
4. das Arbeitseinkommen, soweit es neben einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung oder Versorgungsbezügen erzielt wird.

Dem Arbeitsentgelt steht das Vorruhestandsgeld gleich. Bei Auszubildenden, die in einer außerbetrieblichen Einrichtung im Rahmen eines Berufsausbildungsvertrages nach dem Berufsbildungsgesetz ausgebildet werden, steht die Ausbildungsvergütung dem Arbeitsentgelt gleich.

(2) Die nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 3 und 4 zu bemessenden Beiträge sind nur zu entrichten, wenn die monatlichen beitragspflichtigen Einnahmen nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 3 und 4 insgesamt ein Zwanzigstel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches übersteigen. Überschreiten die monatlichen beitragspflichtigen Einnahmen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 und 4 die Freigrenze nach Satz 1 ist von den monatlichen beitragspflichtigen Einnahmen nach § 229 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 ein Freibetrag in Höhe von einem Zwanzigstel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches abzuziehen; der abzuziehende Freibetrag ist der Höhe nach begrenzt auf die monatlichen beitragspflichtigen Einnahmen nach § 229 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5; bis zum 31. Dezember 2020 ist § 27 Absatz 1 des Vierten Buches nicht anzuwenden.

(3) - (4) ...

§ 227 SGB V

**Beitragspflichtige Einnahmen versicherungspflichtiger Rückkehrer
in die gesetzliche Krankenversicherung und bisher nicht Versicherter**

Für die nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 Versicherungspflichtigen gilt § 240 entsprechend.

§ 228 SGB V

Rente als beitragspflichtige Einnahmen

(1) Als Rente der gesetzlichen Rentenversicherung gelten Renten der allgemeinen Rentenversicherung sowie Renten der knappschaftlichen Rentenversicherung einschließlich der Steigerungsbeträge aus Beiträgen der Höherversicherung. Satz 1 gilt auch, wenn vergleichbare Renten aus dem Ausland bezogen werden.

(2) Bei der Beitragsbemessung sind auch Nachzahlungen einer Rente nach Absatz 1 zu berücksichtigen, soweit sie auf einen Zeitraum entfallen, in dem der Rentner Anspruch auf Leistungen nach diesem Buch hatte. Die Beiträge aus der Nachzahlung gelten als Beiträge für die Monate, für die die Rente nachgezahlt wird. Ein Beitragsbescheid ist abweichend von § 48 Absatz 1 Satz 2 des Zehnten Buches mit Wirkung für die Vergangenheit aufzuheben, soweit Nachzahlungen nach den Sätzen 1 und 2 bei der Beitragsbemessung zu berücksichtigen sind.

§ 229 SGB V

Versorgungsbezüge als beitragspflichtige Einnahmen

(1) Als der Rente vergleichbare Einnahmen (Versorgungsbezüge) gelten, soweit sie wegen einer Einschränkung der Erwerbsfähigkeit oder zur Alters- oder Hinterbliebenenversorgung erzielt werden,

1. Versorgungsbezüge aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis oder aus einem Arbeitsverhältnis mit Anspruch auf Versorgung nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen; außer Betracht bleiben
 - a) lediglich übergangsweise gewährte Bezüge,
 - b) unfallbedingte Leistungen und Leistungen der Beschädigtenversorgung,
 - c) bei einer Unfallversorgung ein Betrag von 20 vom Hundert des Zahlbetrags und
 - d) bei einer erhöhten Unfallversicherung der Unterschiedsbetrag zum Zahlbetrag der Normalversorgung, mindestens 20 vom Hundert des Zahlbetrags der erhöhten Unfallversorgung,
2. Bezüge aus der Versorgung der Abgeordneten, Parlamentarischen Staatssekretäre und Minister,

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

3. Renten der Versicherungs- und Versorgungseinrichtungen, die für Angehörige bestimmter Berufe errichtet sind,
4. Renten und Landabgabereuten nach dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte mit Ausnahme einer Übergangshilfe,
5. Renten der betrieblichen Altersversorgung einschließlich der Zusatzversorgung im öffentlichen Dienst und der hüttenknappschaftlichen Zusatzversorgung; außer Betracht bleiben Leistungen aus Altersvorsorgevermögen im Sinne des § 92 des Einkommensteuergesetzes sowie Leistungen, die der Versicherte nach dem Ende des Arbeitsverhältnisses als alleiniger Versicherungsnehmer aus nicht durch den Arbeitgeber finanzierten Beiträgen erworben hat.

Satz 1 gilt auch, wenn Leistungen dieser Art aus dem Ausland oder von einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Einrichtung bezogen werden. Tritt an die Stelle der Versorgungsbezüge eine nicht regelmäßig wiederkehrende Leistung oder ist eine solche Leistung vor Eintritt des Versicherungsfalles vereinbart oder zugesagt worden, gilt ein Hundertzwanzigstel der Leistung als monatlicher Zahlbetrag der Versorgungsbezüge, längstens jedoch für einhundertzwanzig Monate.

(2) Für Nachzahlungen von Versorgungsbezügen gilt § 228 Absatz 2 entsprechend.

§ 230 SGB V

Rangfolge der Einnahmearten versicherungspflichtig Beschäftigter

Erreicht das Arbeitsentgelt nicht die Beitragsbemessungsgrenze, werden nacheinander der Zahlbetrag der Versorgungsbezüge und das Arbeitseinkommen des Mitglieds bis zur Beitragsbemessungsgrenze berücksichtigt. Der Zahlbetrag der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung wird getrennt von den übrigen Einnahmearten bis zur Beitragsbemessungsgrenze berücksichtigt.

§ 232a SGB V

Beitragspflichtige Einnahmen der Bezieher von Arbeitslosengeld, Unterhaltsgeld oder Kurzarbeitergeld

(1) Als beitragspflichtige Einnahmen gelten

1. bei Personen, die Arbeitslosengeld oder Unterhaltsgeld nach dem Dritten Buch beziehen, 80 vom Hundert des der Leistung zugrunde liegenden, durch sieben geteilten wöchentlichen Arbeitsentgelts nach § 226 Absatz 1 Satz 1 Nr. 1, soweit es ein Hundertsechzigstel der Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Absatz 7 nicht übersteigt; 80 vom Hundert des beitragspflichtigen Arbeitsentgelts aus einem nicht geringfügigen Beschäftigungsverhältnis sind abzuziehen,
2. bei Personen, die Arbeitslosengeld II beziehen, das 0,2155fache der monatlichen Bezugsgröße; abweichend von § 223 Absatz 1 sind die Beiträge für jeden Kalendermonat, in dem mindestens für einen Tag eine Mitgliedschaft besteht, zu zahlen.

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

Bei Personen, die Teilarbeitslosengeld oder Teilunterhaltsgeld nach dem Dritten Buch beziehen, ist Satz 1 Nr. 1 zweiter Teilsatz nicht anzuwenden. Ab Beginn des zweiten Monats bis zur zwölften Woche einer Sperrzeit oder ab Beginn des zweiten Monats eines Ruhenszeitraumes wegen einer Urlaubsabgeltung gelten die Leistungen als bezogen.

(1a) und (2) ...

(3) § 226 gilt entsprechend.

§ 236 SGB V

Beitragspflichtige Einnahmen der Studenten und Praktikanten

(1) Für die nach § 5 Absatz 1 Nr. 9 und 10 Versicherungspflichtigen gilt als beitragspflichtige Einnahmen ein Dreißigstel des Betrages, der als monatlicher Bedarf nach § 13 Absatz 1 Nr. 2 und Absatz 2 des Bundesausbildungsförderungsgesetzes für Studenten festgesetzt ist, die nicht bei ihren Eltern wohnen. Änderungen des Bedarfsbetrages sind vom Beginn des auf die Änderung folgenden Semesters an zu berücksichtigen; als Semester gelten die Zeiten vom 1. April bis 30. September und vom 1. Oktober bis 31. März.

(2) § 226 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 bis 4 und Absatz 2 sowie die §§ 228 bis 231 gelten entsprechend. Die nach § 226 Absatz 1 Satz 1 Nr. 3 und 4 zu bemessenden Beiträge sind nur zu entrichten, soweit sie die nach Absatz 1 zu bemessenden Beiträge übersteigen.

§ 237 SGB V

Beitragspflichtige Einnahmen versicherungspflichtiger Rentner

Bei versicherungspflichtigen Rentnern werden der Beitragsbemessung zugrunde gelegt

1. der Zahlbetrag der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung,
2. der Zahlbetrag der der Rente vergleichbaren Einnahmen und
3. das Arbeitseinkommen.

Bei Versicherungspflichtigen nach § 5 Absatz 1 Nummer 11b sind die dort genannten Leistungen bis zum Erreichen der Altersgrenzen des § 10 Absatz 2 beitragsfrei. Dies gilt entsprechend für die Leistungen der Hinterbliebenenversorgung nach § 229 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und für die Waisenrente nach § 15 des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte. § 226 Absatz 2 und die §§ 228, 229 und 231 gelten entsprechend.

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

§ 238 SGB V

Rangfolge der Einnahmearten versicherungspflichtiger Rentner

Erreicht der Zahlbetrag der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung nicht die Beitragsbemessungsgrenze, werden nacheinander der Zahlbetrag der Versorgungsbezüge und das Arbeitseinkommen des Mitglieds bis zur Beitragsbemessungsgrenze berücksichtigt.

§ 238a SGB V

Rangfolge der Einnahmearten freiwillig versicherter Rentner

Bei freiwillig versicherten Rentnern werden der Beitragsbemessung nacheinander der Zahlbetrag der Rente, der Zahlbetrag der Versorgungsbezüge, das Arbeitseinkommen und die sonstigen Einnahmen, die die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des freiwilligen Mitglieds bestimmen (§ 240 Absatz 1), bis zur Beitragsbemessungsgrenze zugrunde gelegt.

§ 239 SGB V

Beitragsbemessung bei Rentenantragstellern

Bei Rentenantragstellern wird die Beitragsbemessung für die Zeit der Rentenantragstellung bis zum Beginn der Rente durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen geregelt. Dies gilt auch für Personen, bei denen die Rentenzahlung eingestellt wird, bis zum Ablauf des Monats, in dem die Entscheidung über Wegfall oder Entzug der Rente unanfechtbar geworden ist. § 240 gilt entsprechend.

§ 240 SGB V

Beitragspflichtige Einnahmen freiwilliger Mitglieder

(1) Für freiwillige Mitglieder wird die Beitragsbemessung einheitlich durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen geregelt. Dabei ist sicherzustellen, dass die Beitragsbelastung die gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des freiwilligen Mitglieds berücksichtigt; sofern und solange Mitglieder Nachweise über die beitragspflichtigen Einnahmen auf Verlangen der Krankenkasse nicht vorlegen, gilt als beitragspflichtige Einnahmen für den Kalendertag der dreißigste Teil der monatlichen Beitragsbemessungsgrenze (§ 223). Weist ein Mitglied innerhalb einer Frist von zwölf Monaten, nachdem die Beiträge nach Satz 2 auf Grund nicht vorgelegter Einkommensnachweise unter Zugrundelegung der monatlichen Beitragsbemessungsgrenze festgesetzt wurden, geringere Einnahmen nach, sind die Beiträge für die nachgewiesenen Zeiträume neu festzusetzen. Für Zeiträume, für die der Krankenkasse hinreichende Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass die beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds die jeweils anzuwendende Mindestbeitragsbemessungsgrundlage nicht überschreiten, hat sie die Beiträge des Mitglieds neu festzusetzen. Wird der Beitrag nach den Sätzen 3 oder 4 festgesetzt, gilt § 24 des Vierten Buches nur im Umfang der veränderten Beitragsfestsetzung.

(2) Bei der Bestimmung der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit sind mindestens die Einnahmen des freiwilligen Mitgliedes zu berücksichtigen, die bei einem vergleichbaren versicherungspflichtig Beschäftigten der Beitragsbemessung zugrunde zu legen sind. Abstufungen nach dem Familienstand oder der Zahl der Angehörigen, für

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

die eine Versicherung nach § 10 besteht sind unzulässig. Der zur sozialen Sicherung vorgesehene Teil des Gründungszuschusses nach § 94 des Dritten Buches in Höhe von monatlich 300 Euro darf nicht berücksichtigt werden. Ebenfalls nicht zu berücksichtigen ist das an eine Pflegeperson weitergereichte Pflegegeld bis zur Höhe des Pflegegeldes nach § 37 Absatz 1 des Elften Buches. Die §§ 223 und 228 Absatz 2, § 229 Absatz 2 und die § 238a, § 247 Satz 1 und 2 und § 248 Satz 1 und 2 dieses Buches sowie § 23a des Vierten Buches gelten entsprechend.

(3) Für freiwillige Mitglieder, die neben dem Arbeitsentgelt eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, ist der Zahlbetrag der Rente getrennt von den übrigen Einnahmen bis zur Beitragsbemessungsgrenze zu berücksichtigen. Soweit dies insgesamt zu einer über der Beitragsbemessungsgrenze liegenden Beitragsbelastung führen würde, ist statt des entsprechenden Beitrags aus der Rente nur der Zuschuss des Rentenversicherungsträgers einzuzahlen.

(4) Als beitragspflichtige Einnahmen gilt für den Kalendertag mindestens der neunzigste Teil der monatlichen Bezugsgröße. Für freiwillige Mitglieder, die Schüler einer Fachschule oder Berufsfachschule oder als Studenten an einer ausländischen staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule eingeschrieben sind oder regelmäßig als Arbeitnehmer ihre Arbeitsleistung im Umherziehen anbieten (Wandergesellen), gilt § 236 in Verbindung mit § 245 Absatz 1 entsprechend. Satz 1 gilt nicht für freiwillige Mitglieder, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Stellung des Rentenanspruchs mindestens neun Zehntel der zweiten Hälfte dieses Zeitraums Mitglied oder nach § 10 versichert waren; § 5 Absatz 2 Satz 1 gilt entsprechend.

(4a) Die nach dem Arbeitseinkommen zu bemessenden Beiträge werden auf der Grundlage des zuletzt erlassenen Einkommensteuerbescheides vorläufig festgesetzt; dabei ist der Einkommensteuerbescheid für die Beitragsbemessung ab Beginn des auf die Ausfertigung folgenden Monats heranzuziehen; Absatz 1 Satz 2 zweiter Halbsatz gilt entsprechend. Bei Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit werden die Beiträge auf der Grundlage der nachgewiesenen voraussichtlichen Einnahmen vorläufig festgesetzt. Die nach den Sätzen 1 und 2 vorläufig festgesetzten Beiträge werden auf Grundlage der tatsächlich erzielten beitragspflichtigen Einnahmen für das jeweilige Kalenderjahr nach Vorlage des jeweiligen Einkommensteuerbescheids endgültig festgesetzt. Weist das Mitglied seine tatsächlichen Einnahmen auf Verlangen der Krankenkasse nicht innerhalb von drei Jahren nach Ablauf des jeweiligen Kalenderjahres nach, gilt für die endgültige Beitragsfestsetzung nach Satz 3 als beitragspflichtige Einnahme für den Kalendertag der dreißigste Teil der monatlichen Beitragsbemessungsgrenze. Für die Bemessung der Beiträge aus Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung gelten die Sätze 1, 3 und 4 entsprechend. Die Sätze 1 bis 5 gelten nicht, wenn aufgrund des zuletzt erlassenen Einkommensteuerbescheides oder einer Erklärung des Mitglieds für den Kalendertag beitragspflichtige Einnahmen in Höhe des dreißigsten Teils der monatlichen Beitragsbemessungsgrenze zugrunde gelegt werden

(4b) Der Beitragsbemessung für freiwillige Mitglieder sind 10 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches zugrunde zu legen, wenn der Anspruch auf Leistungen für das Mitglied und seine nach § 10 versicherten Angehörigen während eines Auslandsaufenthaltes, der durch die Berufstätigkeit des Mitglieds, seines Ehegatten, seines Lebenspartners oder eines seiner Elternteile bedingt ist, oder nach § 16 Abs. 1 Nr. 3 ruht. Satz 1 gilt entsprechend, wenn nach § 16 Abs. 1 der Anspruch auf Leistungen aus anderem Grund für länger als drei Kalendermonate ruht, sowie für Versicherte während einer Tätigkeit für eine internationale Organisation im Geltungsbereich dieses Gesetzes.

(5) ...

§ 241 SGB V
Allgemeiner Beitragssatz

Der allgemeine Beitragssatz beträgt 14,6 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder.

§ 242 SGB V
Zusatzbeitrag

(1) Soweit der Finanzbedarf einer Krankenkasse durch die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nicht gedeckt ist, hat sie in ihrer Satzung zu bestimmen, dass von ihren Mitgliedern ein einkommensabhängiger Zusatzbeitrag erhoben wird. Die Krankenkassen haben den einkommensabhängigen Zusatzbeitrag als Prozentsatz der beitragspflichtigen Einnahmen jedes Mitglieds zu erheben (kassenindividueller Zusatzbeitragssatz). Der Zusatzbeitragssatz ist so zu bemessen, dass die Einnahmen aus dem Zusatzbeitrag zusammen mit den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds und den sonstigen Einnahmen die im Haushaltsjahr voraussichtlich zu leistenden Ausgaben und die vorgeschriebene Höhe der Rücklage decken; dabei ist die Höhe der voraussichtlichen beitragspflichtigen Einnahmen aller Krankenkassen nach § 220 Absatz 2 Satz 2 je Mitglied zugrunde zu legen. Krankenkassen dürfen ihren Zusatzbeitragssatz nicht anheben, solange ausweislich der zuletzt vorgelegten vierteljährlichen Rechnungsergebnisse ihre nicht für die laufenden Ausgaben benötigten Betriebsmittel zuzüglich der Rücklage nach § 261 sowie der zur Anschaffung und Erneuerung der Vermögensteile bereitgehaltenen Geldmittel nach § 263 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 den durchschnittlich auf einen Monat entfallenden Betrag der Ausgaben für die in § 260 Absatz 1 Nummer 1 genannten Zwecke überschreiten; § 260 Absatz 2 Satz 2 gilt entsprechend.

(2) Ergibt sich während des Haushaltsjahres, dass die Betriebsmittel der Krankenkassen einschließlich der Zuführung aus der Rücklage zur Deckung der Ausgaben nicht ausreichen, ist der Zusatzbeitragssatz nach Absatz 1 durch Änderung der Satzung zu erhöhen. Muss eine Krankenkasse kurzfristig ihre Leistungsfähigkeit erhalten, so hat der Vorstand zu beschließen, dass der Zusatzbeitragssatz bis zur satzungsmäßigen Neuregelung erhöht wird; der Beschluss bedarf der Genehmigung der Aufsichtsbehörde. Kommt kein Beschluss zustande, ordnet die Aufsichtsbehörde die notwendige Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes an. Klagen gegen die Anordnung nach Satz 3 haben keine aufschiebende Wirkung.

(3) Die Krankenkasse hat den Zusatzbeitrag abweichend von Absatz 1 in Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a zu erheben für

1. Mitglieder nach § 5 Absatz 1 Nummer 2a,
2. Mitglieder nach § 5 Absatz 1 Nummer 5 und 6 und Absatz 4a Satz 1,

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

3. Mitglieder nach § 5 Absatz 1 Nummer 7 und 8, wenn das tatsächliche Arbeitsentgelt den nach § 235 Absatz 3 maßgeblichen Mindestbetrag nicht übersteigt,
4. Mitglieder, deren Mitgliedschaft nach § 192 Absatz 1 Nummer 3 oder nach § 193 Absatz 2 bis 5 oder nach § 8 des Eignungsübungsgesetzes fortbesteht,
5. Mitglieder, die Verletztengeld nach dem Siebten Buch, Versorgungskrankengeld nach dem Bundesversorgungsgesetz oder vergleichbare Entgeltersatzleistungen beziehen, sowie
6. Beschäftigte, bei denen § 20 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 oder Nummer 2 oder Satz 2 des Vierten Buches angewendet wird.

Auf weitere beitragspflichtige Einnahmen dieser Mitglieder findet der Beitragssatz nach Absatz 1 Anwendung.

(4) Die Vorschriften des Zweiten und Dritten Abschnitts des Vierten Buches gelten entsprechend.

(5) Die Krankenkassen melden die Zusatzbeitragssätze nach Absatz 1 dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen führt eine laufend aktualisierte Übersicht, welche Krankenkassen einen Zusatzbeitrag erheben und in welcher Höhe, und veröffentlicht diese Übersicht im Internet. Das Nähere zu Zeitpunkt, Form und Inhalt der Meldungen sowie zur Veröffentlichung regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen.

§ 242a

Durchschnittlicher Zusatzbeitragssatz

(1) Der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz ergibt sich aus der Differenz zwischen den voraussichtlichen jährlichen Ausgaben der Krankenkassen und den voraussichtlichen jährlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds, die für die Zuweisungen nach den §§ 266 und 270 zur Verfügung stehen, geteilt durch die voraussichtlichen jährlichen beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen, multipliziert mit 100.

(2) Das Bundesministerium für Gesundheit legt nach Auswertung der Ergebnisse des Schätzerkreises nach § 220 Absatz 2 die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes für das Folgejahr fest und gibt diesen Wert in Prozent jeweils bis zum 1. November eines Kalenderjahres im Bundesanzeiger bekannt.

§ 243 SGB V

Ermäßigter Beitragssatz

Für Mitglieder, die keinen Anspruch auf Krankengeld haben, gilt ein ermäßigter Beitragssatz. Dies gilt nicht für die Beitragsbemessung nach § 240 Absatz 4b. Der ermäßigte Beitragssatz beträgt 14,0 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder.

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

§ 244 SGB V

Ermäßigter Beitrag für Wehrdienstleistende und Zivildienstleistende

(1) Bei Einberufung zu einem Wehrdienst wird der Beitrag für

1. Wehrdienstleistende nach § 193 Absatz 1 auf ein Drittel,
2. Wehrdienstleistende nach § 193 Absatz 2 auf ein Zehntel

des Beitrags ermäßigt, der vor der Einberufung zuletzt zu entrichten war. Dies gilt nicht für aus Renten der gesetzlichen Rentenversicherung, Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen zu bemessende Beiträge.

(2) Das Bundesministerium für Gesundheit kann im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Verteidigung und dem Bundesministerium der Finanzen durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates für die Beitragszahlung nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 eine pauschale Beitragsberechnung vorschreiben und die Zahlungsweise regeln.

(3) Die Absätze 1 und 2 gelten für Zivildienstleistende entsprechend. Bei einer Rechtsverordnung nach Absatz 2 tritt an die Stelle des Bundesministeriums der Verteidigung das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

§ 247 SGB V

Beitragssatz aus der Rente

Für Versicherungspflichtige findet für die Bemessung der Beiträge aus Renten der gesetzlichen Rentenversicherung der allgemeine Beitragssatz nach § 241 Anwendung. Abweichend von Satz 1 gilt bei Versicherungspflichtigen für die Bemessung der Beiträge aus ausländischen Renten nach § 228 Absatz 1 Satz 2 die Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes und abweichend von § 242 Absatz 1 Satz 2 die Hälfte des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes. Veränderungen des Zusatzbeitragssatzes gelten jeweils vom ersten Tag des zweiten auf die Veränderung folgenden Kalendermonats an; dies gilt nicht für ausländische Renten nach § 228 Absatz 1 Satz 2.

§ 248 SGB V

Beitragssatz aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen

Bei Versicherungspflichtigen gilt für die Bemessung der Beiträge aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen der allgemeine Beitragssatz. Abweichend von Satz 1 gilt bei Versicherungspflichtigen für die Bemessung der Beiträge aus Versorgungsbezügen nach § 229 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 die Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes und abweichend von § 242 Absatz 1 Satz 2 die Hälfte des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes. Veränderungen des Zusatzbeitragssatzes gelten für Versorgungsbezüge nach § 229 in den Fällen des § 256 Absatz 1 Satz 1 jeweils vom ersten Tag des zweiten auf die Veränderung folgenden Kalendermonats an.

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

§ 249a SGB V

Tragung der Beiträge bei Versicherungspflichtigen mit Rentenbezug

Versicherungspflichtige, die eine Rente nach § 228 Absatz 1 Satz 1 beziehen und die Träger der Rentenversicherung tragen die nach der Rente zu bemessenden Beiträge jeweils zur Hälfte. Bei Versicherungspflichtigen, die eine für sie nach § 237 Satz 2 beitragsfreie Waisenrente nach § 48 des Sechsten Buches beziehen, trägt der Träger der Rentenversicherung die Hälfte der nach dieser Rente zu bemessenden Beiträge, wie er sie ohne die Beitragsfreiheit zu tragen hätte. Die Beiträge aus ausländischen Renten nach § 228 Absatz 1 Satz 2 tragen die Rentner allein.

§ 250 SGB V

Tragung der Beiträge durch das Mitglied

(1) Versicherungspflichtige tragen die Beiträge aus

1. den Versorgungsbezügen,
2. dem Arbeitseinkommen,
3. den beitragspflichtigen Einnahmen nach § 236 Absatz 1

allein.

(2) Freiwillige Mitglieder, in § 189 genannte Rentenantragsteller sowie Schwangere, deren Mitgliedschaft nach § 192 Absatz 2 erhalten bleibt, tragen den Beitrag allein.

(3) Versicherungspflichtige nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 tragen ihre Beiträge mit Ausnahme der aus Arbeitsentgelt und nach § 228 Absatz 1 Satz 1³ zu tragenden Beiträge allein.

§ 251 SGB V

Tragung der Beiträge durch Dritte

(1) Der zuständige Rehabilitationsträger trägt die auf Grund der Teilnahme an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an Berufsfindung oder Arbeitserprobung (§ 5 Absatz 1 Nr. 6) oder des Bezugs von Übergangsgeld, Verletztengeld oder Versorgungskrankengeld (§ 192 Absatz 1 Nr. 3) zu zahlenden Beiträge.

(2) Der Träger der Einrichtung trägt den Beitrag allein

1. für die nach § 5 Absatz 1 Nr. 5 versicherungspflichtigen Jugendlichen,

³ Wortlaut aufgrund sinngemäßer Umsetzung des Änderungsbefehls in Artikel 4 Nr. 11 des Gesetzes zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit in Europa und zur Änderung anderer Gesetze vom 22. Juni 2011 (BGBl. I S. 1202)

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

2. für die nach § 5 Absatz 1 Nr. 7 oder 8 versicherungspflichtigen behinderten Menschen, wenn das tatsächliche Arbeitsentgelt den nach § 235 Absatz 3 maßgeblichen Mindestbetrag nicht übersteigt; im Übrigen gilt § 249 Absatz 1 entsprechend.

Für die nach § 5 Absatz 1 Nr. 7 versicherungspflichtigen behinderten Menschen sind die Beiträge, die der Träger der Einrichtung zu tragen hat, von den für die behinderten Menschen zuständigen Leistungsträgern zu erstatten. Satz 1 Nummer 2 und Satz 2 gelten für einen anderen Leistungsanbieter nach § 60 des Neunten Buches entsprechend.

(3) Die Künstlersozialkasse trägt die Beiträge für die nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz versicherungspflichtigen Mitglieder. Hat die Künstlersozialkasse nach § 16 Absatz 2 Satz 2 des Künstlersozialversicherungsgesetzes das Ruhen der Leistungen festgestellt, entfällt für die Zeit des Ruhens die Pflicht zur Entrichtung des Beitrages, es sei denn, das Ruhen endet nach § 16 Absatz 2 Satz 5 des Künstlersozialversicherungsgesetzes. Bei einer Vereinbarung nach § 16 Absatz 2 Satz 6 des Künstlersozialversicherungsgesetzes ist die Künstlersozialkasse zur Entrichtung der Beiträge für die Zeit des Ruhens insoweit verpflichtet, als der Versicherte seine Beitragsanteile zahlt.

(4) Der Bund trägt die Beiträge für Wehrdienst- und Zivildienstleistende im Falle des § 193 Absatz 2 und 3 sowie für die nach § 5 Absatz 1 Nr. 2a versicherungspflichtigen Bezieher von Arbeitslosengeld II. ...

(4a) Die Bundesagentur für Arbeit trägt die Beiträge für die Bezieher von Arbeitslosengeld und Unterhaltsgeld nach dem Dritten Buch.

(4b) Für Personen, die als nicht satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften oder ähnlicher religiöser Gemeinschaften für den Dienst in einer solchen Genossenschaft oder ähnlichen religiösen Gemeinschaft außerschulisch ausgebildet werden, trägt die geistliche Genossenschaft oder ähnliche religiöse Gemeinschaft die Beiträge.

(4c) Für Auszubildende, die in einer außerbetrieblichen Einrichtung im Rahmen eines Berufsausbildungsvertrages nach dem Berufsbildungsgesetz ausgebildet werden, trägt der Träger der Einrichtung die Beiträge.

(5) Die Krankenkassen sind zur Prüfung der Beitragszahlung berechtigt. In den Fällen der Absätze 3, 4 und 4a ist das Bundesversicherungsamt zur Prüfung der Beitragszahlung berechtigt. ...

§ 322 SGB V

Übergangsregelung zur Beitragsbemessung aus Renten und aus Versorgungsbezügen

Für Versicherungspflichtige findet für die Bemessung der Beiträge aus Renten der gesetzlichen Rentenversicherung sowie aus Versorgungsbezügen nach § 229 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1, 2, 3 und 5 für die Zeit vom 1. Januar 2015 bis 28. Februar 2015 übergangsweise ein Gesamtbeitragssatz in Höhe von 15,5 Prozent sowie für die Bemessung der Beiträge aus Versorgungsbezügen nach § 229 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 für die Zeit vom 1. Januar 2015 bis 28. Februar 2015 übergangsweise weiter ein Gesamtbeitragssatz in Höhe von 8,2 Prozent Anwendung; von diesen gelten jeweils 0,9 Prozentpunkte als Zusatzbeitrag gemäß § 242.

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

§ 39 KVLG 1989

Beitragsberechnung für versicherungspflichtige landwirtschaftliche Unternehmer

(1) Bei versicherungspflichtigen landwirtschaftlichen Unternehmern werden, soweit nachfolgend nichts Abweichendes bestimmt ist, der Beitragsbemessung zugrunde gelegt

1. Einkommen aus Land- und Forstwirtschaft,
2. der Zahlbetrag der Renten nach § 228 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
3. der Zahlbetrag der Versorgungsbezüge nach § 229 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
4. Arbeitseinkommen aus außerland- und außerforstwirtschaftlicher Tätigkeit, soweit es neben einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung oder Versorgungsbezügen erzielt wird.

(2) Beiträge aus den in Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 und 4 genannten Einnahmearten sind nur zu entrichten, wenn der Zahlbetrag dieser Einnahmen insgesamt ein Zwanzigstel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch übersteigt. Überschreiten die monatlichen beitragspflichtigen Einnahmen nach Absatz 1 Nummer 3 und 4 insgesamt ein Zwanzigstel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch, ist von den monatlichen beitragspflichtigen Einnahmen nach § 229 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ein Freibetrag in Höhe von einem Zwanzigstel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch abzuziehen; der abzuziehende Freibetrag ist der Höhe nach begrenzt auf die monatlichen beitragspflichtigen Einnahmen nach § 229 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch; bis zum 31. Dezember 2020 ist § 27 Absatz 1 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch nicht anzuwenden. Für die Bemessung der Beiträge aus den in Absatz 1 Nummer 3 und 4 genannten Einnahmearten gilt der um den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz erhöhte allgemeine Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung. Für die Bemessung der Beiträge aus Versorgungsbezügen nach § 229 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt abweichend von Satz 2 die Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes der gesetzlichen Krankenversicherung zuzüglich der Hälfte des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

(3) Für die Bemessung der Beiträge aus den in Absatz 1 Nummer 2 genannten Renten gilt der um den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz erhöhte allgemeine Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung. Abweichend von Satz 1 gilt für die Bemessung der Beiträge aus ausländischen Renten nach § 228 Abs. 1 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch die Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes der gesetzlichen Krankenversicherung zuzüglich der Hälfte des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

(4) ...

§ 42 KVLG 1989

Beitragsberechnung für versicherungspflichtige mitarbeitende Familienangehörige

(1) - (3)

(4) Die §§ 39 und 41 gelten entsprechend. ...

(5) ...

§ 45 KVLG 1989

Beitragsberechnung für Altenteiler

(1) Bei den nach § 2 Abs. 1 Nr. 4 oder 5 Versicherungspflichtigen werden der Beitragsbemessung in folgender Reihenfolge zugrunde gelegt

1. der Zahlbetrag der Renten nach § 228 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
2. der Zahlbetrag der Versorgungsbezüge nach § 229 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
3. das Arbeitseinkommen mit Ausnahme von Einkommen aus Land- und Forstwirtschaft.

Bei Personen, die eine Waisenrente nach § 48 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch, eine in § 5 Absatz 1 Nummer 11b Buchstabe b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannte entsprechende Leistung einer berufsständischen Versorgungseinrichtung, Leistungen der Hinterbliebenenversorgung nach § 229 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder eine Waisenrente nach § 15 des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte beziehen, sind diese Leistungen bis zum Erreichen der Altersgrenzen des § 10 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beitragsfrei.

(2) Beiträge aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen sind nur zu entrichten, wenn der Zahlbetrag dieser Einnahmearten insgesamt ein Zwanzigstel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch übersteigt und soweit diese Einnahmearten zusammen mit der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung die in § 223 Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannte Beitragsbemessungsgrenze nicht übersteigen. Überschreiten die monatlichen beitragspflichtigen Einnahmen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 und 3 insgesamt ein Zwanzigstel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch, ist von den monatlichen beitragspflichtigen Einnahmen nach § 229 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ein Freibetrag in Höhe von einem Zwanzigstel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch abzuziehen; der abzuziehende Freibetrag ist der Höhe nach begrenzt auf die monatlichen beitragspflichtigen Einnahmen nach § 229 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch; bis zum 31. Dezember 2020 ist § 27 Absatz 1 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch nicht anzuwenden. Der Beitragssatz für diese Einnahmearten bestimmt sich nach § 39 Absatz 2 Satz 3 und 4; für die Rente gilt § 39 Abs. 3. Für das außerland- und außerforstwirtschaftliche Arbeitseinkommen gilt § 41.

§ 106 SGB VI

Zuschuss zur Krankenversicherung

(1) Rentenbezieher, die freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung oder bei einem Krankenversicherungsunternehmen, das der deutschen Aufsicht unterliegt, versichert sind, erhalten zu ihrer Rente einen Zuschuss zu den Aufwendungen für die Krankenversicherung. Dies gilt nicht, wenn sie gleichzeitig in einer in- oder ausländischen gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind.

(2) Für Rentenbezieher, die freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, wird der monatliche Zuschuss in Höhe des halben Betrages geleistet, der sich aus der Anwendung des allgemeinen Beitragssatzes der gesetzlichen Krankenversicherung zuzüglich des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes nach § 242 des Fünften Buches auf den Zahlbetrag der Rente ergibt. § 247 Satz 3 des Fünften Buches ist entsprechend anzuwenden.

(3) Für Rentenbezieher, die bei einem Krankenversicherungsunternehmen versichert sind, das der deutschen Aufsicht unterliegt, wird der monatliche Zuschuss in der Höhe des halben Betrages geleistet, der sich aus der Anwendung des allgemeinen Beitragssatzes der gesetzlichen Krankenversicherung zuzüglich des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a des Fünften Buches auf den Zahlbetrag der Rente ergibt. Der monatliche Zuschuss wird auf die Hälfte der tatsächlichen Aufwendungen für die Krankenversicherung begrenzt. Beziehen Rentner mehrere Renten, wird ein begrenzter Zuschuss von den Rentenversicherungsträgern anteilig nach dem Verhältnis der Höhen der Renten geleistet. Er kann auch in einer Summe zu einer dieser Renten geleistet werden.

(4) Rentenbezieher, die freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung und bei einem Krankenversicherungsunternehmen versichert sind, das der deutschen Aufsicht unterliegt, erhalten zu ihrer Rente ausschließlich einen Zuschuss nach Absatz 2.

§ 108 SGB VI

Beginn, Änderung und Ende von Zusatzleistungen

(1) Für laufende Zusatzleistungen sind die Vorschriften über Beginn, Änderung und Ende von Renten entsprechend anzuwenden.

(2) Sind die Anspruchsvoraussetzungen für den Zuschuss zu den Aufwendungen für die freiwillige gesetzliche Krankenversicherung entfallen, weil die Krankenkasse rückwirkend eine Pflichtmitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung festgestellt hat, ist der Bescheid über die Bewilligung des Zuschusses vom Beginn der Pflichtmitgliedschaft an aufzuheben. Dies gilt nicht für Zeiten, für die freiwillige Beiträge gezahlt wurden, die wegen § 27 Absatz 2 des Vierten Buches nicht erstattet werden. Nicht anzuwenden sind die Vorschriften zur Anhörung Beteiligter (§ 24 des Zehnten Buches), die Vorschriften zur Rücknahme eines rechtswidrigen begünstigenden Verwaltungsaktes (§ 45 des Zehnten Buches) und die Vorschriften zur Aufhebung eines Verwaltungsaktes mit Dauerwirkung bei Änderung der Verhältnisse (§ 48 des Zehnten Buches).

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

§ 55 SGB XI

Beitragssatz, Beitragsbemessungsgrenze

(1) Der Beitragssatz beträgt bundeseinheitlich 3,05 vom Hundert der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder; er wird durch Gesetz festgesetzt. Für Personen, bei denen § 28 Absatz 2 Anwendung findet, beträgt der Beitragssatz die Hälfte des Beitragssatzes nach Satz 1.

(2) Beitragspflichtige Einnahmen sind bis zu einem Betrag von 1/360 der in § 6 Absatz 7 des Fünften Buches festgelegten Jahresarbeitsentgeltgrenze für den Kalendertag zu berücksichtigen (Beitragsbemessungsgrenze).

(3) Der Beitragssatz nach Absatz 1 Satz 1 und 2 erhöht sich für Mitglieder nach Ablauf des Monats, in dem sie das 23. Lebensjahr vollendet haben, um einen Beitragszuschlag in Höhe von 0,25 Beitragssatzpunkten (Beitragszuschlag für Kinderlose). Satz 1 gilt nicht für Eltern im Sinne des § 56 Absatz 1 Satz 1 Nr. 3 und Absatz 3 Nr. 2 und 3 des Ersten Buches. Die Elterneigenschaft ist in geeigneter Form gegenüber der beitragsabführenden Stelle, von Selbstzahlern gegenüber der Pflegekasse, nachzuweisen, sofern diesen die Elterneigenschaft nicht bereits aus anderen Gründen bekannt ist. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen gibt Empfehlungen darüber, welche Nachweise geeignet sind. Erfolgt die Vorlage des Nachweises innerhalb von drei Monaten nach der Geburt des Kindes, gilt der Nachweis mit Beginn des Monats der Geburt als erbracht, ansonsten wirkt der Nachweis ab Beginn des Monats, der dem Monat folgt, in dem der Nachweis erbracht wird. Nachweise für vor dem 1. Januar 2005 geborene Kinder, die bis zum 30. Juni 2005 erbracht werden, wirken vom 1. Januar 2005 an. Satz 1 gilt nicht für Mitglieder, die vor dem 1. Januar 1940 geboren wurden, für Wehr- und Zivildienstleistende sowie für Bezieher von Arbeitslosengeld II.

(3a) Zu den Eltern im Sinne des Absatz 2 Satz 3 gehören nicht

1. Adoptiveltern, wenn das Kind zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Adoption bereits die in § 25 Absatz 2 vorgesehenen Altersgrenzen erreicht hat,
2. Stiefeltern, wenn das Kind zum Zeitpunkt der Eheschließung oder der Begründung der eingetragenen Lebenspartnerschaft gemäß § 1 des Lebenspartnerschaftsgesetzes mit dem Elternteil des Kindes bereits die in § 25 Absatz 2 vorgesehenen Altersgrenzen erreicht hat oder wenn das Kind vor Erreichen dieser Altersgrenzen nicht in den gemeinsamen Haushalt mit dem Mitglied aufgenommen worden ist.

(4) Der Beitragszuschlag für die Monate Januar bis März 2005 auf Renten der gesetzlichen Rentenversicherung wird für Rentenbezieher, die nach dem 31. Dezember 1939 geboren wurden, in der Weise abgegolten, dass der Beitragszuschlag im Monat April 2005 1 vom Hundert der im April 2005 beitragspflichtigen Rente beträgt. Für die Rentenbezieher, die in den Monaten Januar bis April 2005 zeitweise nicht beitrags- oder zuschlagspflichtig sind, wird der Beitragszuschlag des Monats April 2005 entsprechend der Dauer dieser Zeit reduziert.

(5) ...

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

§ 56 SGB XI Beitragsfreiheit

(1) ...

(2) Beitragsfreiheit besteht vom Zeitpunkt der Rentenantragstellung bis zum Beginn der Rente einschließlich einer Rente nach dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte für:

1. den hinterbliebenen Ehegatten oder hinterbliebenen Lebenspartner eines Rentners, der bereits Rente bezogen hat, wenn Hinterbliebenenrente beantragt wird,
2. die Waise eines Rentners, der bereits Rente bezogen hat, vor Vollendung des 18. Lebensjahres; dies gilt auch für Waisen, deren verstorbener Elternteil eine Rente nach dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte bezogen hat,
3. den hinterbliebenen Ehegatten oder hinterbliebenen Lebenspartner eines Beziehers einer Rente nach dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte, wenn die Ehe vor Vollendung des 65. Lebensjahres des Verstorbenen geschlossen oder die eingetragene Lebenspartnerschaft vor Vollendung des 65. Lebensjahres des Verstorbenen gemäß § 1 des Lebenspartnerschaftsgesetzes begründet wurde,
4. den hinterbliebenen Ehegatten oder hinterbliebenen Lebenspartner eines Beziehers von Landabgaberente.

Satz 1 gilt nicht, wenn der Rentenantragsteller eine eigene Rente, Arbeitsentgelt, Arbeitseinkommen oder Versorgungsbezüge erhält.

(3) ...

(4) Beitragsfrei sind auf Antrag Mitglieder, die sich auf nicht absehbare Dauer in stationärer Pflege befinden und bereits Leistungen nach § 35 Absatz 6 des Bundesversorgungsgesetzes, nach § 44 des Siebten Buches, nach § 34 des Beamtenversorgungsgesetzes oder nach den Gesetzen erhalten, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen, wenn sie keine Familienangehörigen haben, für die eine Versicherung nach § 25 besteht.

(5) ...

§ 57 SGB XI Beitragspflichtige Einnahmen

(1) Bei Mitgliedern der Pflegekasse, die in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind, gelten für die Beitragsbemessung die § 226 Absatz 1, Absatz 2 Satz 1 und Absatz 3 und 4 sowie §§ 227 bis 232a, 233 bis 238 und § 244 des Fünften Buches sowie die §§ 23a und 23b Absatz 2 bis 4 des Vierten Buches. Bei Personen, die Arbeitslosengeld II beziehen, ist abweichend von § 232a Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 des Fünften Buches das 0,2266fache der monatlichen Bezugsgröße zugrunde zu legen und sind abweichend von § 54 Absatz 2 Satz 2

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

die Beiträge für jeden Kalendermonat, in dem mindestens für einen Tag eine Mitgliedschaft besteht, zu zahlen; § 232a Absatz 1a des Fünften Buches gilt entsprechend.

(2) - (3) ...

(4) Bei freiwilligen Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung und bei Mitgliedern der sozialen Pflegeversicherung, die nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, ist für die Beitragsbemessung § 240 des Fünften Buches entsprechend anzuwenden. Für die Beitragsbemessung der in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Rentenantragsteller und freiwillig versicherten Rentner finden darüber hinaus die §§ 238a und 239 des Fünften Buches entsprechende Anwendung. ...

(5) ...

§ 59 SGB XI

Beitragstragung bei anderen Mitgliedern

(1) Für die nach § 20 Absatz 1 Satz 2 Nr. 2 bis 12 versicherten Mitglieder der sozialen Pflegeversicherung, die in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind, gelten für die Tragung der Beiträge die §§ 250 Absatz 1 und 3 und § 251 des Fünften Buches sowie § 48 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte entsprechend; die Beiträge aus der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung sind vom Mitglied allein zu tragen. Bei Beziehern einer Rente nach dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte, die nach § 20 Absatz 1 Satz 2 Nr. 3 versichert sind, und bei Beziehern von Produktionsaufgaberente oder Ausgleichsgeld, die nach § 14 Absatz 4 des Gesetzes zur Förderung der Einstellung der landwirtschaftlichen Erwerbstätigkeit versichert sind, werden die Beiträge aus diesen Leistungen von den Beziehern der Leistung allein getragen.

(2) - (3) ...

(4) Mitglieder der sozialen Pflegeversicherung, die in der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig versichert sind, sowie Mitglieder, deren Mitgliedschaft nach § 49 Absatz 2 Satz 1 erhalten bleibt oder nach den §§ 26 und 26a freiwillig versichert sind, und die nach § 21 Nr. 6 versicherten Soldaten auf Zeit tragen den Beitrag allein. ...

(5) Den Beitragszuschlag für Kinderlose nach § 55 Absatz 3 trägt das Mitglied.

A VIII 1 Allgemeines

Die nachfolgenden Ausführungen beschreiben die beitragsrechtlichen Regelungen für Rentenantragsteller und Rentner, einschließlich der Regelungen zum Zusatzbeitrag. Der Zusatzbeitrag ist Bestandteil des Krankenversicherungsbeitrags. Damit sind die für die Krankenversicherungsbeiträge maßgeblichen beitragsrechtlichen Regelungen auch für den Zusatzbeitrag anzuwenden.

A VIII 2 Beiträge der Rentenantragsteller

A VIII 2.1 Allgemeines

Beitragspflichtige Rentenantragsteller, die nach § 189 SGB V als Mitglieder gelten, werden bei der Beitragsbemessung wie freiwillige Mitglieder ohne Rentenbezug behandelt (§ 239 Satz 3 SGB V i. V. m. § 240 SGB V). Nach § 240 Absatz 1 Satz 1 SGB V wird die Beitragsbemessung einheitlich durch den GKV-Spitzenverband festgelegt. Rentenantragsteller haben auch zur sozialen Pflegeversicherung Beiträge zu entrichten, wobei § 239 SGB V und damit auch § 240 SGB V entsprechend anwendbar sind (§ 57 Absatz 4 Satz 2 SGB XI). Soweit keine gesetzlichen Vorgaben existieren, richtet sich die Beitragsbemessung der Rentenantragsteller nach den auf § 240 Absatz 1 Satz 1 SGB V basierenden Einheitlichen Grundsätzen zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und weiterer Mitgliedergruppen sowie zur Zahlung und Fälligkeit der von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge (Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler) des GKV-Spitzenverbandes in der jeweils geltenden Fassung.

§ 225 Satz 1 SGB V bestimmt, unter welchen Voraussetzungen Rentenantragsteller beitragsfrei sind. In der Pflegeversicherung sind die - teilweise abweichenden - Voraussetzungen für eine Beitragsfreiheit in § 56 Absatz 2 und 4 SGB XI geregelt.

A VIII 2.2 Beitragsbemessung bei Rentenantragstellern und gleichgestellten Rentnern

A VIII 2.2.1 Personenkreis

Rentantragsteller haben für die Dauer ihrer Mitgliedschaft Beiträge bis zum Beginn der Rente zu entrichten (§ 239 SGB V).

Die für Rentenantragsteller maßgebende Beitragsbemessung gilt nach ausdrücklicher Regelung in § 239 Satz 2 SGB V für die Zeit nach dem Wegfall oder Entzug der Rente bis zum Ende der Mitgliedschaft nach § 190 Absatz 11 Nr. 1 SGB V. Dies gilt analog

- für die Dauer des Zeitraums des Versagens der Rente nach § 66 SGB I oder § 104 SGB VI und
- bei Feststellung einer Rente für zurückliegende Zeiträume für die Zeit nach Ablauf des Rentenanspruchs bis zum Ende der Mitgliedschaft nach § 190 Absatz 11 Nr. 2 SGB V.

A VIII 2.2.2 Beitragsbemessung und Beitragssatz

Für Rentenantragsteller wird die Beitragsbemessung einheitlich durch den GKV-Spitzenverband geregelt. Dabei ist sicherzustellen, dass die Beitragsbelastung die gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des Rentenantragstellers berücksichtigt (§ 240 Absatz 1 Satz 2 SGB V). In den Beitragsverfahrensgrundsätzen Selbstzahler des GKV-Spitzenverbandes ist festgelegt, welche Einnahmearten der Beitragsbemessung zugrunde gelegt werden und wie die Einnahmen zeitlich zuzuordnen und vom Mitglied nachzuweisen sind.

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

Beiträge sind für den Kalendertag mindestens vom 90. Teil der monatlichen Bezugsgröße („Mindestbeitragsbemessungsgrundlage“, § 240 Absatz 4 Satz 1 SGB V), höchstens bis zur Beitragsbemessungsgrenze nach § 223 Absatz 3 SGB V zu erheben.

Für die Beitragsbemessung ist grundsätzlich der ermäßigte Beitragssatz maßgebend. Für Beiträge aus Versorgungsbezügen und – soweit es neben Versorgungsbezügen erzielt wird - Arbeitseinkommen ist jedoch § 248 SGB V auch bei Rentenantragstellern anzuwenden. In diesen Fällen wird daher für die genannten Einnahmen der allgemeine Beitragssatz angesetzt (A VIII 3.3.1.5). Abweichend davon gilt für gesetzliche Renten aus dem Ausland und für ALG-Renten nach § 247 Satz 2 SGB V bzw. § 248 Satz 2 SGB V die Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes (A VIII 3.3.1.4).

Daneben ist von den beitragspflichtigen Einnahmen ein Zusatzbeitrag zu erheben, sofern dies in der Satzung der Krankenkasse vorgesehen ist (§ 242 Absatz 1 SGB V). Bei gesetzlichen Renten aus dem Ausland und ALG-Renten ist ab 1. Januar 2019 nach § 247 Satz 2 SGB V bzw. § 248 Satz 2 SGB V wiederum nur der halbe Zusatzbeitragssatz anzusetzen; in diesen Fällen ist der Zusatzbeitrag aus diesen Einnahmen getrennt vom Zusatzbeitrag aus den anderen Einnahmen zu berechnen (§ 9 Absatz 1a Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler).

Der Beitragssatz zur sozialen Pflegeversicherung beträgt nach § 55 Absatz 1 Satz 1 SGB XI seit dem 1. Januar 2019 3,05 %. Für kinderlose Rentenantragsteller erhöht sich der Beitragssatz nach § 55 Absatz 3 SGB XI um 0,25 Beitragssatzpunkte (Beitragszuschlag für Kinderlose) auf 3,30 % der beitragspflichtigen Einnahmen (A VIII 3.3.2).

Die Beiträge sind nach § 223 Absatz 1 SGB V für jeden Kalendertag der Mitgliedschaft zu zahlen. Soweit Beiträge für einen vollen Kalendermonat zu erheben sind, ist der Monat mit 30 Tagen anzusetzen (§ 223 Absatz 2 SGB V).

A VIII 2.2.3 Tragung der Beiträge und Rückzahlung von Beiträgen

Beitragspflichtige Rentenantragsteller haben die Beiträge vom Tag der Rentenantragstellung bis zum Beginn der Rente einschließlich des Zusatzbeitrags allein zu tragen (§ 250 Absatz 2 SGB V). Rentenantragsteller bleiben auch dann Beitragsschuldner, wenn die Beiträge von Dritten übernommen oder direkt an die Krankenkasse gezahlt werden (z. B. vom Sozialhilfeträger nach §§ 32, 32a SGB XII).

Wird dem Rentenantrag entsprochen, sind ab Rentenbeginn Beiträge nach § 237 SGB V zu zahlen. Die für diese Zeit nach § 189 SGB V entrichteten Beiträge sind von der Krankenkasse nach § 26 SGB IV zu erstatten, soweit es sich nicht um Beiträge handelt, die neben der Rente nach § 237 SGB V zu zahlen sind (aus gesetzlichen Renten aus dem Ausland, Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen). Die Gewährung von Leistungen steht der Erstattung der zu Unrecht entrichteten Rentenantragstellerbeiträge nicht entgegen, da für denselben Zeitraum rechtswirksame Beiträge nach § 237 SGB V vorhanden sind.

A VIII 2.3 Beitragsfreiheit in der Krankenversicherung

A VIII 2.3.1 Personenkreis

A VIII 2.3.1.1 Hinterbliebene Ehegatten und hinterbliebene Lebenspartner von Rentnern

Beitragsfreiheit nach § 225 Satz 1 Nr. 1 SGB V kommt in Betracht, wenn hinterbliebene Ehegatten oder hinterbliebene Lebenspartner von Rentnern eine Witwenrente oder Witwerrente beantragt haben.

Für frühere Ehegatten, die nach dem Tod des geschiedenen Ehegatten eine Erziehungsrente (§ 47 SGB VI) oder eine Witwen- oder Witwerrente an vor dem 1. Juli 1977 geschiedene Ehegatten (§ 243 SGB VI) beantragt haben, ist eine Beitragsfreiheit jedoch nicht vorgesehen.

Eine Beitragsfreiheit kommt grundsätzlich nur dann in Betracht, wenn der Verstorbene im Zeitpunkt seines Todes bereits eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung bezogen hat und nach § 5 Absatz 1 Nr. 11 oder 12 SGB V versichert war. Trat für den verstorbenen Rentenbezieher Versicherungspflicht in der KVdR nur deshalb nicht ein, weil er

- nach anderen gesetzlichen Vorschriften vorrangig pflichtversichert (§ 5 Absatz 8 SGB V),
- von der Versicherungspflicht in der KVdR ausgeschlossen (§ 5 Absatz 5 SGB V),
- versicherungsfrei (§ 6 Absatz 3 SGB V) oder
- von der Versicherungspflicht befreit (§ 8 Absatz 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V)

war, besteht gleichwohl Beitragsfreiheit.

Wird nach dem Tode des Versicherten eine Rente wegen Alters oder verminderter Erwerbsfähigkeit rückwirkend zuerkannt, führt dies für den hinterbliebenen Ehegatten oder hinterbliebenen Lebenspartner ebenfalls zur Beitragsfreiheit nach § 225 Satz 1 Nr. 1 SGB V. Bereits gezahlte Rentenantragstellerbeiträge sind von Beginn an zurückzuzahlen.

A VIII 2.3.1.2 Waisen

Waisen, die die Voraussetzungen nach § 5 Absatz 1 Nr. 11b Buchstabe a SGB V erfüllen, sind nach § 225 Satz 1 Nr. 2 SGB V dann beitragsfrei, wenn sie am Tag der Rentenantragstellung das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Dies gilt ungeachtet der für die Beitragsfreiheit der Waisenrente nach § 237 Satz 2 SGB V vorgesehenen Altersgrenze nach § 10 Absatz 2 SGB V (in der Regel die Vollendung des 25. Lebensjahres). Waisen, die am Tag der Rentenantragstellung das 18. Lebensjahr vollendet haben, sind dann beitragsfrei, wenn sie ansonsten familienversichert wären (vgl. nachfolgenden Abschnitt).

A VIII 2.3.1.3 Potenziell Familienversicherte

Ferner sind nach § 225 Satz 1 Nr. 3 SGB V solche Rentenantragsteller von der Beitragspflicht freigestellt, für die ohne die Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 11 bis 12 SGB V eine Familienversicherung nach § 10 SGB V oder § 7 KVLG 1989 bestehen würde. Dies gilt unabhängig davon, bei welcher Krankenkasse die Familienversicherung durchzuführen wäre. Ab 11. Mai 2019 werden von der Beitragsfreiheit auch die Personen erfasst, die als selbstständige Künstler

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

oder Publizisten oder als Waisen eine Rente beantragen und als Rentenbezieher unter die Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 11a bzw. Nr. 11b SGB V fallen.

Beispiel 1:

Mitgliedschaft aufgrund versicherungspflichtiger Beschäftigung bei Krankenkasse A

Rentenantrag am 7.5.2020

- Vorversicherungszeit in der KVdR erfüllt -

Aufgabe der Beschäftigung am 31.5.2020

Ehegatte Mitglied der Krankenkasse B

Potenzielle Familienversicherung für den Rentenantragsteller bei der Krankenkasse B ab 1.6.2020

Ergebnis:

Der Rentenantragsteller ist ab 1.6.2018 nach § 189 SGB V Mitglied der Krankenkasse A und wird ab diesem Zeitpunkt beitragsfrei geführt.

Die potenzielle Familienversicherung braucht nicht zu Beginn und nicht für die gesamte Zeit des Rentenverfahrens zu bestehen. Entfällt die dem Grunde nach bestehende Familienversicherung während des Rentenverfahrens, endet auch die Beitragsfreiheit; umgekehrt kann die Beitragsfreiheit nach § 225 Satz 1 Nr. 3 SGB V auch erst im Laufe des Rentenverfahrens entstehen.

Ferner kann während der Rentenantragstellermitgliedschaft die Rechtsgrundlage für die Beitragsfreiheit wechseln. So bleiben zum Beispiel Witwen von in der KVdR pflichtversicherten Rentnern auch dann beitragsfrei, wenn zuvor eine Mitgliedschaft nach § 189 Absatz 1 SGB V aufgrund eigener Rentenantragstellung (Versichertenrente) mit Beitragsfreiheit als familienversicherter Angehöriger (§ 225 Satz 1 Nr. 3 SGB V) bestand und die Familienversicherung durch den Tod des Ehegatten erlischt. In solchen Fällen bleibt die Beitragsfreiheit gemäß § 225 Satz 1 Nr. 1 SGB V erhalten.

Beispiel 2:

Antrag auf Gewährung einer Rente aus eigener Versicherung der dem Grunde

nach familienversicherten Ehefrau am 18.6.2020

Beginn der beitragsfreien Rentenantragstellermitgliedschaft am 18.6.2020

Tod des Ehemannes (Rentenbezieher) am 13.7.2020

Antrag auf Witwenrente am 30.7.2020

Ergebnis:

Die Rentenantragstellermitgliedschaft ist ab 18.6.2020 nach § 225 Satz 1 Nr. 3 SGB V beitragsfrei durchzuführen. Die potenzielle Familienversicherung und damit die Beitragsfreiheit endet mit dem Tod des Mitglieds am 13.7.2020. Ab 30.7.2020 besteht Beitragsfreiheit nach § 225 Satz 1 Nr. 1 SGB V. Für die Zeit vom 14.7.2020 bis 29.7.2020 sind Beiträge nach § 239 SGB V zu erheben.

Ehegatten, die beide einen Rentenantrag stellen und bei denen die sonstigen Voraussetzungen im Sinne von § 10 SGB V vorliegen, sind dem Grunde nach familienversichert. Da die Familienversicherung an ein Mitgliedschaftsverhältnis anknüpft, muss eine der beiden Rentenantragstellermemberschaften beitragspflichtig durchgeführt werden, und zwar diejenige, die zuerst zu begründen ist. Stellen Ehegatten zeitgleich einen Rentenantrag, ist eine der Rentenantragstellermemberschaften beitragsfrei zu lassen.

Die Beitragsfreiheit nach § 225 Satz 1 Nr. 3 SGB V gilt nicht für den Personenkreis nach § 239 Satz 2 SGB V nach Einstellung der Rentenzahlung.

A VIII 2.3.2 Ausschluss der Beitragsfreiheit

Nach § 225 Satz 2 SGB V besteht keine Beitragsfreiheit, wenn der Rentenantragsteller Arbeitseinkommen oder Versorgungsbezüge erhält. Außerdem wird in § 225 Satz 3 SGB V die Mindesteinnahmegränze und der Freibetrag auf Leistungen der betrieblichen Altersversorgung nach § 226 Absatz 2 SGB V für anwendbar erklärt. Der Ausschluss der Beitragsfreiheit erstreckt sich jedoch nur auf die vorgenannten Einnahmen (analog § 224 Absatz 1 Satz 2 SGB V). Mithin sind ansonsten beitragsfreie Rentenantragsteller insoweit beitragspflichtig, als sie Arbeitseinkommen oder Versorgungsbezüge in Höhe von monatlich insgesamt mehr als einem Zwanzigstel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 SGB IV erzielen. Die Mindestbeitragsbemessungsgrundlage nach § 240 Absatz 4 Satz 1 SGB V gilt in diesen Fällen nicht.

Beitragsfreiheit kann nach dem Sinn und Zweck dieser Regelung ebenfalls nicht für eine gesetzliche Rente aus dem Ausland eingeräumt werden, die für die Zeit eines in Deutschland laufenden Rentenantragsverfahrens bezogen wird. Diese sind jedoch auch dann beitragspflichtig, wenn der Zahlbetrag ein Zwanzigstel der monatlichen Bezugsgröße nicht übersteigt.

A VIII 2.4 Beitragsfreiheit in der Pflegeversicherung

Die Voraussetzungen für eine Beitragsfreiheit vom Zeitpunkt der Rentenantragstellung bis zum Beginn der Rente in der Pflegeversicherung sind in § 56 Absatz 2 SGB XI teilweise abweichend von § 225 SGB V geregelt. § 57 Absatz 1 Satz 1 SGB XI beinhaltet keinen Verweis auf § 225 SGB V.

Nach § 56 Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 SGB XI besteht wie in der Krankenversicherung - Beitragsfreiheit für den hinterbliebenen Ehegatten eines Rentners, der bereits Rente bezogen hat, wenn Hinterbliebenenrente beantragt wird. Dies gilt - ebenso wie in der Krankenversicherung - für hinterbliebene Lebenspartner.

Für Waisenrentenantragsteller wird nach § 56 Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 SGB XI eine Beitragsfreiheit weiterhin nur vor Vollendung des 18. Lebensjahres und nur für den Fall angeordnet, dass der Verstorbene bereits Rente bezogen hat. Die Neufassung des § 225 Satz 1 Nr. 2 SGB V zum 1. Januar 2017 (und die Änderung des § 225 Satz 1 Nr. 3 SGB V zum 11. Mai 2019, vgl. nächster Absatz) wurden im SGB XI nicht nachvollzogen. Es ist jedoch kein Grund erkennbar, dass der Gesetzgeber die Beitragsfreiheit von Waisenrentenantragstellern in der Pflegeversicherung abweichend regeln wollte. In der Annahme einer insoweit bestehenden Regelungslücke wird davon ausgegangen, dass Beitragsfreiheit in der Pflegeversicherung genauso wie in der Krankenversicherung dann besteht, wenn die Voraussetzungen nach § 5

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

Absatz 1 Nr. 11b Buchstabe a SGB V und damit nach § 20 Absatz 1 Satz 1 Nr. 11 SGB XI erfüllt sind und die Waisenrente vor Vollendung des 18. Lebensjahres beantragt wird. In diesem Fall bleibt die Beitragsfreiheit für die Zeit der Rentenantragstellermemberschaft über die Vollendung des 18. Lebensjahres hinaus erhalten.

Eine dem § 225 Satz 1 Nr. 3 SGB V entsprechende Regelung über eine Beitragsfreiheit von Rentenantragstellern, die ohne die Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 11 bis 12 SGB V nach § 10 SGB V oder nach § 7 KVLG 1989 versichert wären, enthält § 56 Absatz 2 SGB XI nicht. Es ist jedoch auch in diesem Fall kein Grund erkennbar, dass der Gesetzgeber die Beitragsfreiheit in der Pflegeversicherung abweichend bestimmen wollte. Von dieser Regelung der Beitragsfreiheit werden seit dem 11. Mai 2019 die Waisenrentenantragsteller erfasst, die zum Zeitpunkt der Antragstellung das 18. Lebensjahr vollendet haben. Die Ausführungen unter A VIII 2.3.1.3 gelten für die Pflegeversicherung entsprechend.

Außerdem sieht § 56 Absatz 2 Satz 1 Nr. 3 und 4 SGB XI Beitragsfreiheit für den hinterbliebenen Ehegatten eines Beziehers einer Rente nach dem ALG vor, wenn die Ehe vor Vollendung des 65. Lebensjahres des Verstorbenen geschlossen wurde, sowie für den hinterbliebenen Ehegatten eines Beziehers von Landabgaberente (§§ 121 ff. ALG).

Die Beitragsfreiheit gilt nach § 56 Absatz 2 Satz 2 SGB XI nicht, wenn der Rentenantragsteller eine eigene Rente, Arbeitseinkommen oder Versorgungsbezüge erhält. Der Ausschluss der Beitragsfreiheit erstreckt sich jedoch nur auf die vorgenannten Einnahmen (in Anlehnung an § 56 Absatz 3 SGB XI). Auch ohne ausdrückliche Grundlage in § 56 Absatz 2 SGB XI ist analog zur Krankenversicherung § 226 Absatz 2 SGB V bzw. § 45 Absatz 2 Satz 1 KVLG 1989 entsprechend anzuwenden. Beitragsfreiheit kann nach dem Sinn und Zweck dieser Regelung ebenfalls nicht für gesetzliche Renten aus dem Ausland eingeräumt werden. Diese sind jedoch auch dann beitragspflichtig, wenn der Zahlbetrag ein Zwanzigstel der monatlichen Bezugsgröße nicht übersteigt.

A VIII 3. Beiträge der Rentner

A VIII 3.1 Beitragspflichtige Einnahmen

A VIII 3.1.1 Allgemeines

Bei versicherungspflichtigen Rentnern unterliegen nach § 226 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 bis 4, § 228 Absatz 1 Satz 2 SGB V und § 237 Satz 1 SGB V folgende Einnahmen der Beitragspflicht:

- Renten der gesetzlichen Rentenversicherung und gesetzliche Renten aus dem Ausland,
- der Rente vergleichbaren Einnahmen (Versorgungsbezüge) und
- Arbeitseinkommen

bis zur Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Beitragsbemessungsgrenze entspricht nach § 223 Absatz 3 SGB V der in § 6 Absatz 7 SGB V genannten besonderen Jahresarbeitsentgeltgrenze.

Bei nach § 20 Absatz 1 SGB XI in der sozialen Pflegeversicherung versicherungspflichtigen Rentnern sind für die Berechnung der Beiträge - bis auf den Freibetrag auf Betriebsrenten ab 1. Januar 2020 - die beitragspflichtigen Einnahmen wie in der Krankenversicherung maßgebend (§ 57 Absatz 1 SGB XI).

Renten der gesetzlichen Unfallversicherung werden für die Beitragsbemessung nicht herangezogen. Das Gleiche gilt für Renten nach dem Bundesversorgungsgesetz und für Renten, die in entsprechender Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes gewährt werden, sowie für Renten und laufende Geldleistungen nach dem Lastenausgleichsgesetz, dem Reparationsschädengesetz, dem Flüchtlingshilfegesetz und dem Entschädigungsrentengesetz. Unberücksichtigt bleiben ferner Leistungen für Kindererziehung an Mütter der Geburtsjahrgänge vor 1921 bzw. vor 1927 im Beitrittsgebiet.

Bei Rentnern, die in der Auffang-Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V versichert sind, gelten nach § 227 SGB V die Grundsätze der Beitragsbemessung für freiwillig versicherte Mitglieder. Damit ist insbesondere die Mindestbeitragsbemessungsgrundlage nach § 240 Absatz 4 Satz 1 SGB V zu berücksichtigen. Ist der Zahlbetrag der Rente niedriger als die maßgebliche Mindestbeitragsbemessungsgrundlage, können weitergehende Beiträge nach § 240 SGB V nur vom Unterschiedsbetrag zwischen dem Zahlbetrag der Rente und der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage erhoben werden. Dies gilt auch dann, wenn neben der Rente ggf. noch andere Einnahmen zu berücksichtigen sind und insgesamt die Mindestbeitragsbemessungsgrundlage nicht erreicht wird.

A VIII 3.1.2 Renten der gesetzlichen Rentenversicherung und gesetzliche Renten aus dem Ausland

A VIII 3.1.2.1 Allgemeines

Als Renten der gesetzlichen Rentenversicherung kommen nach § 228 Absatz 1 SGB V die Renten der allgemeinen Rentenversicherung sowie die Renten der knappschaftlichen Rentenversicherung einschließlich der Steigerungsbeträge der Höherversicherung in Betracht (A I 3.1). Witwen-/Witwerrentenabfindungen nach § 107 SGB VI sind keine Renten im Sinne des § 33 SGB VI und unterliegen somit nicht der Beitragspflicht zur Kranken- und Pflegeversicherung.

Nach § 226 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 und § 237 Satz 1 Nr. 1 SGB V unterliegen Renten mit ihrem Zahlbetrag der Beitragspflicht. Unter Zahlbetrag der Rente im Sinne dieser beitragsrechtlichen Vorschriften ist der Betrag zu verstehen, der sich nach Anwendung aller Versagens- oder Nichtleistungsvorschriften ergibt (sogenannter Bruttorentenbetrag). Anders als bei der versicherungsrechtlichen Anspruchsprüfung nach § 10 SGB V (A IV 2) ist der Beitragsbemessungspflichtversicherter Rentner auch der auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallende Teil des Rentenzahlbetrages zugrunde zu legen. Eine Beschränkung der Beitragspflicht auf den Ertragsanteil ist ebenfalls nicht vorgesehen (BSG-Urteil vom 21. September 2005 - B 12 KR 12/04 R -, USK 2005-25).

Rententeilbeträge, die an Dritte gezahlt werden, mindern den Zahlbetrag der Rente nicht. Mithin sind abgetrennte Rentenbeträge infolge einer Aufrechnung, Verrechnung, Abtretung oder Pfändung bei der Beitragsbemessung zu berücksichtigen. Das Gleiche gilt, wenn die Rente oder Teile hiervon aufgrund eines Erstattungsanspruchs nach den §§ 102 ff. SGB X nicht an den Rentner, sondern an erstattungsberechtigte Leistungsträger ausgezahlt werden.

Auffüllbeträge nach § 315a SGB VI, Rentenzuschläge nach § 319a SGB VI sowie die Übergangszuschläge nach § 319b SGB VI gehören zum beitragspflichtigen Zahlbetrag der Rente.

Für Renten aus dem Ausland, die den Renten der deutschen gesetzlichen Rentenversicherung vergleichbar sind, besteht ebenfalls Beitragspflicht (§ 228 Absatz 1 Satz 2 SGB V, § 57 Absatz 1 Satz 1 SGB XI). Die darauf entfallenden Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung sind allein vom Versicherten ohne Beteiligung des ausländischen Versicherungsträgers zu tragen und an die Krankenkasse zu zahlen. Um eine gleiche Beitragsbelastung wie bei deutschen

Renten zu erreichen, gilt für Renten aus dem Ausland nach § 247 Satz 2 SGB V die Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes und ab 1. Januar 2019 die Hälfte des Zusatzbeitragssatzes. Einzelheiten dazu ergeben sich aus den Grundsätzlichen Hinweisen zu den beitrags- und melderechtlichen Regelungen für Versorgungsbezüge, Arbeitseinkommen und gesetzliche Renten aus dem Ausland bei Versicherungspflichtigen des GKV-Spitzenverbandes in der jeweils geltenden Fassung.

A VIII 3.1.2.2 Besonderheiten für Waisenrenten

Bei Waisenrentnern, die nach § 5 Absatz 1 Nr. 11b Buchstabe a SGB V versicherungspflichtig sind, ordnet § 237 Satz 2 SGB V eine Beitragsfreiheit der Waisenrente bis zum Erreichen der Altersgrenzen des § 10 Absatz 2 SGB V an. Die Beitragsfreiheit knüpft ausdrücklich an die Versicherungspflicht der Waisenrentner an. Sie kommt daher nicht zum Tragen, wenn für die Waise eine vorrangige Versicherungspflicht nach anderen Vorschriften, z. B. bei einer Berufsausbildung nach § 5 Absatz 1 Nr. 1 SGB V, besteht (vgl. auch Bundestagsdrucksache 18/6905, zu Artikel 1a Nummer 1 Buchstabe c, Seite 84).

Die Kopplung der Beitragsfreiheit an die Altersgrenzen für Kinder in der Familienversicherung bedeutet nicht, dass ohne die Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 11b Buchstabe a SGB V die Voraussetzungen für eine Familienversicherung gegeben sein müssen, wenngleich dies der Regelfall sein dürfte. Beitragsfreiheit besteht also z. B. unabhängig davon, ob der überlebende Elternteil, die Großeltern oder die Pflegeeltern gesetzlich krankenversichert sind oder nicht und ob das Gesamteinkommen des Waisenrentners, ggf. unter Berücksichtigung von weiteren Einnahmearten, die Einkommensgrenze der Familienversicherung nach § 10 Absatz 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V überschreitet. Die Dauer der Beitragsfreiheit richtet sich nach der im Einzelfall zutreffenden Altersgrenze nach § 10 Absatz 2 SGB V, im Fall der Nummer 3 (bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres) unter Berücksichtigung der individuellen Ausbildungs- und Dienstzeiten sowie eventueller Verlängerungstatbestände.

Die Regelungen des § 48 Absatz 4 SGB VI zur Dauer des Anspruchs auf Waisenrente bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres oder bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres lassen die Schlussfolgerung zu, dass in dieser Zeit, jedenfalls bis zum Erreichen der Altersgrenze nach § 10 Absatz 2 Nr. 3 SGB V (Vollendung des 25. Lebensjahres, ggf. unter Berücksichtigung von Verlängerungstatbeständen) ebenso die Altersgrenzen im Sinne des § 237 Satz 2 SGB V eingehalten werden. Dies gilt auch bei Übergangszeiten von höchstens vier Monaten im Sinne des § 48 Absatz 4 Satz 1 Nr. 2 Buchstabe b SGB VI. Dies ergibt sich zwar nicht unmittelbar aus dem Wortlaut des § 10 Absatz 2 Nr. 3 SGB V, entspricht aber im Ergebnis der langjährigen Krankenkassenpraxis, welches auf das Gemeinsame Rundschreiben der ehemaligen Spitzenverbände der Krankenkassen betr. leistungsrechtlicher Vorschriften des Gesundheits-Reformgesetzes (GRG) vom 9. Dezember 1988 (dort unter Ziffer 2.4.2.2 zu § 10 SGB V) zurückzuführen ist. Daraus folgt wiederum, dass während eines fortdauernden Anspruchs auf Waisenrente für die Zeit bis zum Erreichen der Altersgrenze nach § 10 Absatz 2 Nr. 3 SGB V ein Einhalten der Altersgrenzen im Sinne des § 237 Satz 2 SGB V grundsätzlich ohne Prüfung bzw. Überwachung durch die Krankenkasse oder den Rentenversicherungsträger und damit bei Bestehen von Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 11b Buchstabe a SGB V (ohne Vorrangversicherung) Beitragsfreiheit unterstellt werden kann. Damit kann sich bei fortdauerndem Anspruch auf Waisenrente ein Ende der Beitragsfreiheit nur beim Eintritt einer Vorrangversicherung oder dem Erreichen der Altersgrenze des § 10 Absatz 2 Nr. 3 SGB V und ein Beginn der Beitragsfreiheit nur mit dem Wegfall einer Vorrangversicherung ergeben. Aufgrund des Hinausschiebens der Altersgrenze des § 10 Absatz 2 Nr. 3 SGB V beim Vorliegen von Verlängerungstatbeständen (insbesondere heutige Freiwilli-

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

gendienste, früherer Wehr- oder Zivildienst im Rahmen der Dienstpflicht) für die Dauer von höchstens 12 Monaten endet die Beitragsfreiheit nach § 237 Satz 2 SGB V je nach Lage des Einzelfalls zwischen der Vollendung des 25. und 26. Lebensjahres.

Durch den Bezug in § 237 Satz 2 SGB V auf die Altersgrenzen des § 10 Absatz 2 SGB V werden - ungeachtet der insoweit nicht eindeutigen Formulierung im Gesetz - auch die behinderten Kinder, die unter die Regelung des § 10 Absatz 2 Nr. 4 SGB V fallen und ohne Altersbegrenzung familienversichert sein können, von der Beitragsfreiheit erfasst. Für sie kann daher über die Altersgrenzen des § 10 Absatz 2 Nr. 1 bis 3 SGB V hinaus, längstens bis zum Ende des Bezuges der Waisenrente, Beitragsfreiheit bestehen. Diese Auffassung wird von der Gesetzesbegründung gestützt. Absolviert jedoch ein behindertes Kind im vorgenannten Sinne ein Studium, welches die Voraussetzungen der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 9 SGB V erfüllt, oder ein Praktikum im Sinne des § 5 Absatz 1 Nr. 10 SGB V, wird die Beitragsfreiheit aufgrund der insoweit eintretenden Vorrangversicherungspflicht nach dem Erreichen der Altersgrenze des § 10 Absatz 2 Nr. 3 SGB V verdrängt.

Ungeachtet der zuvor beschriebenen Beitragsfreiheit hat der Träger der Rentenversicherung nach § 249a Satz 2 SGB V die Hälfte der nach dieser Rente zu bemessenden Beiträge nach dem allgemeinen Beitragssatz zu tragen (und nach § 255 SGB V zu zahlen), wie er sie ohne die Beitragsfreiheit zu tragen hätte (A VIII 3.4.1). Ab 1. Januar 2019 hat der Rentenversicherungsträger daneben auch die Hälfte des Zusatzbeitrages zu tragen.

In die Beitragsfreiheit für die nach § 5 Absatz 1 Nr. 11b SGB V versicherungspflichtigen Waisen werden neben einer Waisenrente nach § 48 SGB VI eine entsprechende Leistung einer berufsständischen Versorgungseinrichtung (unter den Bedingungen einer ebenfalls eigenen Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 11b Buchstabe b SGB V), eine Waisenrente nach § 15 des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte sowie – ab 11. Mai 2019 – eine Waisenversorgung im Sinne des § 229 Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V, also insbesondere Waisengeld an Waisen eines verstorbenen Beamten, einbezogen. Weitere eventuell daneben bezogene beitragspflichtige Einnahmen im Sinne des § 237 SGB V wie z. B. Renten oder Kapitalzahlungen an Waisen im Rahmen der betrieblichen Altersversorgung (§ 229 Absatz 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V) oder Arbeitseinkommen werden von der Beitragsfreiheit nicht erfasst. Inhaltsgleiche Regelungen gelten im Übrigen auch für die in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung nach § 2 Absatz 1 Nr. 4 KVLG 1989 Versicherten (§ 45 Absatz 1 Satz 2 KVLG 1989). Hat eine Person, die Anspruch auf eine Waisenrente nach § 48 SGB VI hat, gleichzeitig Anspruch auf eine weitere Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung (z. B. auf eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit) und besteht neben der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 11b Buchstabe a SGB V ebenso Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 11 SGB V, unterliegt nur die Waisenrente nach § 48 SGB VI der Beitragsfreiheit; für die andere Rente gelten keine beitragsrechtlichen Besonderheiten.

Vergleichbare Renten aus dem Ausland werden zwar nach § 228 Absatz 1 Satz 2 SGB V den Renten der deutschen gesetzlichen Rentenversicherung in Bezug auf ihre Eigenschaft als beitragspflichtige Einnahmen gleichgestellt; eine Gleichstellung von Waisenrenten hinsichtlich der Beitragsfreiheit nach § 237 Satz 2 SGB V kann daraus noch nicht hergeleitet werden. Jedoch bestimmt Artikel 5 Buchstabe a VO (EG) 883/04 im Verhältnis zu anderen Mitgliedstaaten der EU und des EWR sowie zur Schweiz, dass, sofern nach den Rechtsvorschriften des zuständigen Mitgliedstaates der Bezug von Leistungen der sozialen Sicherheit oder sonstigen Einnahmen bestimmte Rechtswirkungen hat, diese entsprechenden Rechtswirkungen auch bei einem Bezug von nach den Rechtsvorschriften eines anderen Mitgliedstaates gewährten gleichartigen Leistungen anwendbar sind. Der Begriff „Rechtswirkungen“ erfasst ebenso die Beitragsfreiheit von Waisenrenten nach § 237 Satz 2 SGB V und § 57 Absatz 1 Satz 1 SGB XI. Zur Beitragsfreiheit von gesetzlichen Waisenrenten aus dem Ausland kann es jedoch nur dann kommen, wenn Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

Nr. 11b Buchstabe a SGB V besteht. Dies setzt voraus, dass die Person neben dem Bezug einer gesetzlichen Waisenrente aus dem Ausland ebenso Anspruch auf eine Waisenrente aus der deutschen gesetzlichen Rentenversicherung hat und nach den Koordinierungsvorschriften der Artikel 23 und 24 VO (EG) 883/04 deutsches Recht anzuwenden ist. Eine Anwendung deutschen Rechts kommt in solchen Fällen grundsätzlich dann in Betracht, wenn die Person entweder

- ihren Wohnort in Deutschland hat (vgl. Artikel 23 VO (EG) 883/04) oder
- für diese Person die deutschen Rechtsvorschriften am längsten gegolten haben (vgl. Artikel 24 VO (EG) 883/04).

Für gesetzliche Waisenrenten aus Staaten außerhalb des Anwendungsbereichs der VO (EG) 883/04 kommt Beitragsfreiheit nicht in Betracht.

Damit Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 11b Buchstabe a SGB V besteht, müssen im Übrigen weitere spezifische Voraussetzungen (insbesondere nicht zuletzt privat krankenversichert) erfüllt sein.

Die zuvor beschriebene Beitragsfreiheit wirkt nach § 220 Absatz 1 Satz 1 zweiter Halbsatz SGB V ebenso auf den Zusatzbeitrag nach § 242 SGB V sowie nach der Verweisungsvorschrift des § 57 Absatz 1 Satz 1 SGB XI auf die Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung.

Nach § 45 Absatz 1 Satz 2 KVLG 1989 wird die Beitragsfreistellung der in § 5 Absatz 1 Nr. 11b SGB V genannten Leistungen und der Waisenrenten nach § 15 ALG deckungsgleich auf die in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung nach § 2 Absatz 1 Nr. 4 KVLG 1989 versicherten Waisenrentner übertragen.

Im Übrigen erstreckt sich die Beitragsfreiheit nach § 237 Satz 2 SGB V nicht auf die Waisenrenten, die auf der Grundlage des Artikels 2 RÜG geleistet werden.

A VIII 3.1.2.3 Rentennachzahlungen

Von der Beitragspflicht werden nach § 228 Absatz 2 SGB V grundsätzlich auch Rentennachzahlungen erfasst. Allerdings kommt eine Beitragspflicht nur für die Zeit in Betracht, für die der Rentner Anspruch auf Leistungen der Krankenversicherung hatte. Dabei genügt es, dass ein Anspruch auf die Leistungen dem Grunde nach vorhanden war; nicht erforderlich ist, dass die Leistungen tatsächlich in Anspruch genommen wurden. Von der Nachzahlung sind demnach Beiträge für Zeiten zu entrichten, in denen

- eine Mitgliedschaft aufgrund von Versicherungspflicht (§ 5 Absatz 1 Nr. 1 bis 13 SGB V),
- eine Familienversicherung (§ 10 SGB V, § 7 KVLG 1989) oder
- ein Anspruch auf Leistungen nach § 19 SGB V

bestand.

Die Beitragspflicht aufgrund einer Familienversicherung bzw. aufgrund eines Anspruchs auf Leistungen nach § 19 SGB V beschränkt sich auf die Fälle, in denen auch der laufende Rentenbezug Beitragspflicht auslöst. Welcher Versicherungspflichttatbestand zur Beitragspflicht geführt hat, ist dabei ohne Bedeutung. Sofern sich eine laufende Zahlung nicht ergibt, weil z. B. eine nachträglich gewährte Rente von vornherein befristet ist, unterliegt die Rentennachzahlung für Zeiten einer Familienversicherung bzw. eines nachgehenden Anspruchs auch dann der Beitragspflicht, wenn am

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

letzten Tag des Nachzahlungszeitraums Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung bestanden hat. Nicht erforderlich ist in diesem Zusammenhang, dass die Familienversicherung bzw. der Leistungsanspruch nach § 19 SGB V unmittelbar vor Beginn der Versicherungspflicht bestanden hat.

Eine ggf. ebenfalls im Nachzahlungszeitraum liegende freiwillige Versicherung steht der Anwendbarkeit des § 228 Absatz 2 SGB V für die Zeiten der Familienversicherung bzw. des nachgehenden Leistungsanspruchs nicht entgegen, auch wenn für die Zeit der freiwilligen Versicherung selbst ein Einbehalt und eine Zahlung von Beiträgen durch den Rentenversicherungsträger nach § 228 Absatz 2 SGB V nicht in Betracht kommen. Die Erhebung von Beiträgen für die Zeit der freiwilligen Versicherung erfolgt im Rahmen des § 240 SGB V durch die Krankenkasse. Dafür bestimmt § 240 Absatz 2 Satz 5 SGB V i. V. m. § 228 Absatz 2 Satz 3 SGB V, dass der Beitragsbescheid abweichend von § 48 Absatz 1 Satz 2 SGB X mit Wirkung für die Vergangenheit aufzuheben ist, soweit (Renten-)Nachzahlungen nach § 228 Absatz 2 Satz 1 und 2 SGB V bei der Beitragsbemessung zu berücksichtigen sind. Entsprechendes gilt nach § 57 Absatz 1 Satz 1 SGB XI in der sozialen Pflegeversicherung.

Beispiel:

Rentenbeginn:	1.2.2020
Rentenantragstellung am:	9.4.2020
Beginn der laufenden Rentenzahlung:	1.6.2020
Beginn der KVdR-Mitgliedschaft am:	9.4.2020
Familienversicherung nach § 10 SGB V bis:	28.2.2020
Freiwillige Mitgliedschaft vom:	1.3.2020 bis 8.4.2020

Ergebnis:

Vom 9.4.2020 an besteht die Pflicht zur Beitragszahlung aus der Rente unmittelbar wegen der bestehenden Pflichtmitgliedschaft in der KVdR. Da der laufende Rentenbezug Beitragspflicht auslöst, hat der Rentenberechtigte nach § 228 Absatz 2 SGB V auch für die Zeit der Rentennachzahlung, in der die - grundsätzlich beitragsfreie - Familienversicherung bestand, also vom 1.2.2020 bis 28.2.2020, Beiträge aus der Rente zu entrichten. Für die Zeit der freiwilligen Versicherung sind dagegen keine Beiträge nach § 228 Absatz 2 SGB V aus der Rente einzubehalten. Allerdings hat die Krankenkasse Beiträge aus der Rentennachzahlung für die Zeit vom 1.3.2020 bis 8.4.2020 gegenüber dem Mitglied nachzuheben. Außerdem kommt für die Zeit der freiwilligen Versicherung u. U. die Zahlung eines Zuschusses zur Krankenversicherung nach § 106 Absatz 2 SGB VI in Betracht.

Bei der beitragsrechtlichen Beurteilung der Nachzahlung einer beitragsfreien Waisenrente ist für Rentenbezugszeiten ab 1. Januar 2017 nicht mehr darauf abzustellen, ob der laufende Rentenbezug Beitragspflicht auslöst. Stattdessen ist § 228 Absatz 2 SGB V für Zeiten ab 1. Januar 2017 mit der Maßgabe anzuwenden, dass die besonderen Regelungen des § 237 Satz 2 SGB V und § 249a Satz 2 SGB V auch für die Zeiträume der Rentennachzahlung Anwendung finden, in denen die Waise einen nachgehenden Leistungsanspruch hatte, familienversichert bzw. zunächst als Rentenantragsteller und nachträglich aufgrund von Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 11b Buchstabe a SGB V versichert war. Im Ergebnis bleibt die Rente für die Waise in diesen Zeiträumen beitragsfrei, solange die maßgebende Altersgrenze des § 10 Absatz 2 SGB V nicht erreicht ist, während der Rentenversicherungsträger seinen Beitragsanteil nach § 249a Satz 2 SGB V zu zahlen hat.

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

Die von der Nachzahlung zu entrichtenden Beiträge gelten nach § 228 Absatz 2 Satz 2 SGB V als Beiträge für die Monate, für die die Rente nachgezahlt wird. Dies bedeutet, dass die Nachzahlungsbeträge für die Beitragsberechnung auf die Monate verteilt werden müssen, für die sie bestimmt sind. Dabei sind die Beitragsbemessungsgrenze und der Beitragssatz der jeweils in Betracht kommenden Monate zugrunde zu legen.

Bei der Beitragsberechnung zur sozialen Pflegeversicherung sind Nachzahlungen von Renten zu berücksichtigen, soweit sie auf einen Zeitraum fallen, in dem der Rentner Anspruch auf Leistungen der Krankenversicherung hatte (§ 57 Absatz 1 SGB XI i. V. m. §§ 237 Satz 2, 228 Absatz 2 SGB V).

A VIII 3.1.2.4 Rentenzahlung für den Sterbemonat

Nach § 102 Absatz 5 SGB VI werden Renten bis zum Ende des Kalendermonats geleistet, in dem die Berechtigten gestorben sind. Da die Beitragspflicht auf die Zeit der Mitgliedschaft beschränkt ist (§ 223 Absatz 1 SGB V) und die Mitgliedschaft mit dem Tod endet (§ 190 Absatz 1 SGB V), endet mit dem Tod auch die Beitragspflicht. Die überzahlten Beiträge werden vom Renten Service der Deutschen Post AG bzw. vom Rentenversicherungsträger regelmäßig zurückgerechnet.

A VIII 3.1.3 Versorgungsbezüge

Für die der Rente vergleichbaren Einnahmen wird im Gesetz der Begriff Versorgungsbezüge verwendet. § 229 Absatz 1 SGB V enthält eine abschließende Aufzählung der bei der Festsetzung der beitragspflichtigen Einnahmen zu berücksichtigenden Versorgungsbezüge. Diese haben gemeinsam, dass sie an eine (frühere) Erwerbstätigkeit anknüpfen. Leistungen aus anderen als den dort genannten Rechtsverhältnissen und Quellen unterliegen nicht der Beitragspflicht. Deshalb bleiben Einkünfte, die nicht im Zusammenhang mit dem Erwerbsleben stehen (z. B. aufgrund betriebsfremder privater Eigenvorsorge), unberücksichtigt.

Versorgungsbezüge werden nur für die Beitragsbemessung herangezogen, soweit sie wegen einer Einschränkung der Erwerbsfähigkeit oder zur Alters- oder Hinterbliebenenversorgung erzielt werden. Der Grad der Erwerbsminderung sowie das Alter des Versorgungsempfängers spielen dabei keine Rolle.

Als mit der Rente vergleichbare Einnahmen (Versorgungsbezüge) gelten

- Versorgungsbezüge aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis oder entsprechenden Arbeitsverhältnis (mit Einschränkungen),
- Bezüge aus der Versorgung der Abgeordneten, Parlamentarischen Staatssekretäre und Minister,
- Renten der Versicherungs- und Versorgungseinrichtungen für Angehörige bestimmter Berufsgruppen,
- Renten und Landabgaberenten nach dem ALG und
- Renten der betrieblichen Altersversorgung einschließlich der Zusatzversorgung im öffentlichen Dienst und der hüttenknappschaftlichen Zusatzversorgung. Außer Betracht bleiben Leistungen, die der Versicherte nach dem Ende des Arbeitsverhältnisses als alleiniger Versicherungsnehmer aus nicht durch den Arbeitgeber finanzierten Beiträgen erworben hat sowie ab 1. Januar 2018 betriebliche Riester-Renten.

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

Als Versorgungsbezüge im vorgenannten Sinne kommen laufende und einmalige Zahlungen sowie nach § 229 Absatz 1 Satz 3 SGB V auch Abfindungen für Versorgungsbezüge (Kapitalabfindungen) und originär vereinbarte Kapitalleistungen in Betracht. Nach § 229 Absatz 1 Satz 2 SGB V werden auch artgleiche Versorgungsbezüge aus dem Ausland oder von zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Einrichtungen als beitragspflichtige Einnahmen herangezogen.

Sofern aufgrund des Anspruchs auf eine Waisenrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder auf eine entsprechende Leistung einer berufsständischen Versorgungseinrichtung Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 11b SGB V besteht, ordnet § 237 Satz 3 SGB V für eine daneben bezogene Waisenversorgung im Sinne des § 229 Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V (in Kraft ab 11. Mai 2019) oder eine daneben bezogene Waisenrente nach § 15 ALG (Versorgungsbezug im Sinne des § 229 Absatz 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V) Beitragsfreiheit bis zum Erreichen der jeweils geltenden Altersgrenze des § 10 Absatz 2 SGB V an.

Einzelheiten ergeben sich aus den Grundsätzlichen Hinweisen zu den beitrags- und melderechtlichen Regelungen für Versorgungsbezüge, Arbeitseinkommen und gesetzliche Renten aus dem Ausland bei Versicherungspflichtigen des GKV-Spitzenverbandes in der jeweils geltenden Fassung.

A VIII 3.1.4 Arbeitseinkommen

Bei der Beitragsbemessung der einzelnen versicherungspflichtigen Personengruppen wird neben den für den jeweiligen Personengruppe typischen beitragspflichtigen Einnahmen auch Arbeitseinkommen der Beitragspflicht unterworfen. Dies gilt allerdings nur, soweit es neben einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung oder Versorgungsbezügen erzielt wird (§ 226 Absatz 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V, § 237 Satz 1 Nr. 3 SGB V, § 57 Absatz 1 Satz 1 SGB XI). Im Hinblick auf § 5 Absatz 5 SGB V kann es sich hierbei nur um Arbeitseinkommen aus einer nicht hauptberuflich ausgeübten selbstständigen Erwerbstätigkeit handeln, da ansonsten die Versicherungspflicht ausgeschlossen wird und nur eine freiwillige Versicherung oder Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V bestehen kann.

Für die Festsetzung der Beiträge aus Einkünften aus selbstständiger Tätigkeit (Arbeitseinkommen) im Anwendungsbe-
reich des § 240 SGB V (freiwillige Krankenversicherung, Auffang-Versicherungspflicht) sieht § 240 Absatz 4a SGB V ab
1. Januar 2018 ein zweistufiges Verfahren vor. Im ersten Schritt werden die Beiträge auf der Grundlage des aktuellen
Einkommensteuerbescheides zukunftsbezogen vorläufig festgesetzt. Der zweite Schritt wird nach Vorlage des Einkom-
mensteuerbescheides für das jeweilige Kalenderjahr nachvollzogen und beinhaltet eine vergangenheitsbezogene end-
gültige Beitragsfestsetzung für das Kalenderjahr, für das der Einkommensteuerbescheid erlassen wurde. Im Ergebnis
kann es damit zu Erstattungen oder Nacherhebungen von Beiträgen kommen. Zugleich werden die vorläufigen Beiträge
für die Zukunft auf Grundlage des nun vorliegenden Einkommensteuerbescheides festgesetzt.

Dieses Verfahren der Beitragsfestsetzung wird unter Berücksichtigung des Gleichbehandlungsgrundsatzes auf alle Ver-
sicherungspflichtigen (mit Ausnahme der Mitglieder der landwirtschaftlichen Krankenkasse) übertragen. Eine Anwen-
dung des explizit für Selbstständige im Beitragsrecht der freiwilligen Versicherung vorgesehenen Verfahrens einer un-
verhältnismäßigen Belastung nach § 6 Absatz 3a und § 6a Absatz 3 der Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler
kommt jedoch für Pflichtversicherte mit Arbeitseinkommen mangels gesetzlicher oder untergesetzlicher Grundlage nicht
in Betracht.

Einzelheiten dazu ergeben sich aus den Grundsätzlichen Hinweisen zu den beitrags- und melderechtlichen Regelungen für Versorgungsbezüge, Arbeitseinkommen und gesetzliche Renten aus dem Ausland bei Versicherungspflichtigen des GKV-Spitzenverbandes in der jeweils geltenden Fassung.

A VIII 3.1.5 Mindesteinnahmegränze und Freibetrag für Versorgungsbezüge und Arbeitseinkommen

Beiträge aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen sind nach § 226 Absatz 2 Satz 1 SGB V nur zu entrichten, wenn die monatlichen beitragspflichtigen Einnahmen aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen insgesamt ein Zwanzigstel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 SGB IV übersteigen. Die Pflicht zur Beitragszahlung besteht auch, wenn die Mindesteinnahmegränze lediglich durch die Gewährung einer Einmalzahlung (auch Nachzahlung) überschritten wird.

Wird die Mindesteinnahmegränze (Freigrenze) durch Versorgungsbezüge und Arbeitseinkommen überschritten, ist ab 1. Januar 2020 nach § 226 Absatz 2 Satz 2 SGB V von den monatlichen beitragspflichtigen Einnahmen nach § 229 Absatz 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V (Leistungen der betrieblichen Altersversorgung – „Betriebsrenten“ oder entsprechende Kapitalabfindungen/-leistungen) ein Freibetrag in Höhe von einem Zwanzigstel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 SGB IV abzuziehen. Der abzuziehende Freibetrag ist der Höhe nach begrenzt auf die monatlichen beitragspflichtigen Einnahmen nach § 229 Absatz 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V. Aufgrund des kurzfristigen Inkrafttretens dieser Regelung und der erforderlichen programmtechnischen Anpassungen bei den Zahlstellen der Versorgungsbezüge und bei den Krankenkassen ist eine Berücksichtigung des Freibetrags noch nicht unmittelbar zum Beginn des Jahres 2020 möglich. Die aufgrund dessen zu viel gezahlten Beiträge zur Krankenversicherung werden jedoch nachträglich verrechnet oder erstattet.

In der freiwilligen Krankenversicherung sowie in der Auffang-Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V finden weder die Mindesteinnahmegränze noch der Freibetrag Anwendung (§ 240 Absatz 2 Satz 5 SGB V, § 227 SGB V).

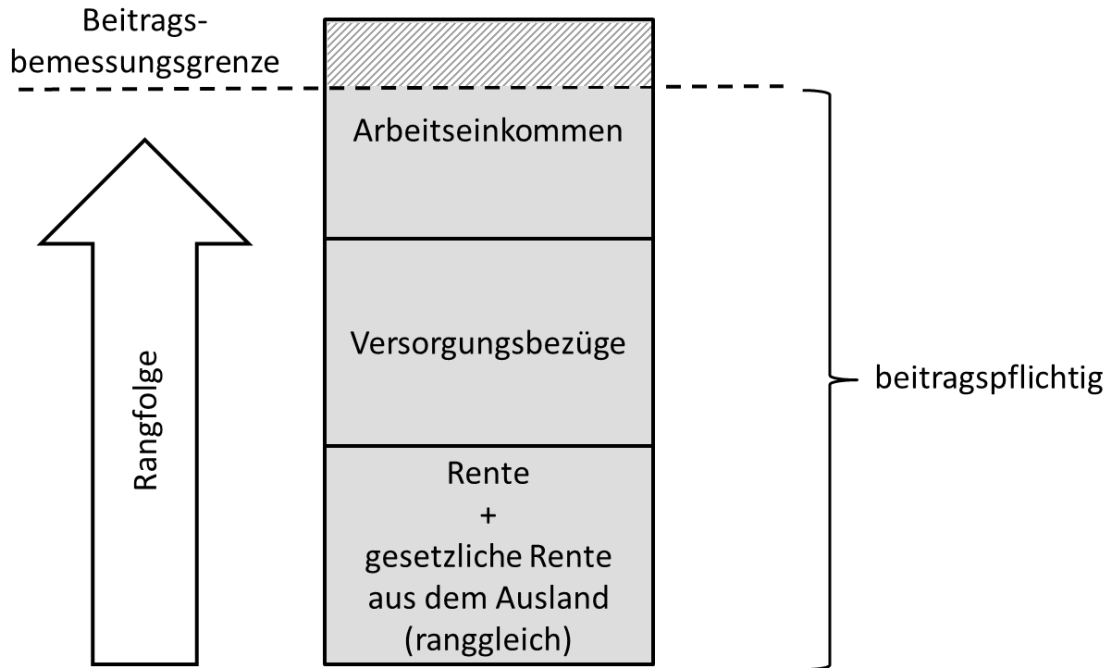
In der Pflegeversicherung gilt der Freibetrag nicht; in § 57 Absatz 1 Satz 1 SGB XI ist der Verweis auf § 226 Absatz 2 Satz 2 SGB V ausdrücklich ausgenommen worden.

A VIII 3.2 Rangfolge der Einnahmearten

A VIII 3.2.1 Versicherungspflichtige in der KVdR

Bei den in der KVdR versicherungspflichtigen Rentnern werden nach § 238 SGB V für die Ermittlung der Beiträge nacheinander Renten (sowohl der gesetzlichen Rentenversicherung als auch gesetzliche Renten aus dem Ausland), Versorgungsbezüge und Arbeitseinkommen insgesamt bis zum Höchstbetrag nach § 223 Absatz 3 SGB V (Beitragsbemessungsgrenze) berücksichtigt. Dies bedeutet, dass die Versorgungsbezüge bzw. das Arbeitseinkommen nur insoweit für die Beitragsbestimmung herangezogen werden können, als die Beitragsbemessungsgrenze durch die im Rang vorgehende Einkunftsart noch nicht ausgeschöpft ist.

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner



Beispiel:

Ein Rentner hat im Jahre 2020 monatlich folgende Einkünfte:

Rente	2.700,00 €
Versorgungsbezüge (keine Betriebsrente)	1.100,00 €
Arbeitseinkommen	<u>1.000,00 €</u>
	4.800,00 €

Für die Beitragsberechnung sind heranzuziehen:

Rente	2.700,00 €
Versorgungsbezüge	1.100,00 €
Arbeitseinkommen	<u>887,50 €</u>
	4.687,50 €

Das restliche Arbeitseinkommen in Höhe von 112,50 € bleibt wegen Überschreitens der Beitragsbemessungsgrenze (2020 = 4.687,50 €) unberücksichtigt.

Eine inländische Rente und eine gesetzliche Rente aus dem Ausland stellen im Rahmen des § 238 SGB V ranggleiche Einnahmen dar (§ 228 Absatz 1 Satz 2 SGB V). Sofern im Einzelfall die in- und ausländische Rente zusammen die monatliche Beitragsbemessungsgrenze überschreiten, wäre für die Bestimmung der einzelnen beitragspflichtigen Einnahmen eine verhältnismäßige Aufteilung dieser Einnahmen in analoger Anwendung des § 22 Absatz 2 Satz 1 und 2 SGB IV vorzunehmen. Dies ist im Rahmen der laufenden Beitragszahlung jedoch nicht umzusetzen, da der Rentenversicherungsträger die Beiträge nur vom vollen Zahlbetrag der Rente berechnet und abführt. In Folge dessen sind die von der Krankenkasse auf die gesetzliche Rente aus dem Ausland zu erhebenden Beiträge von der Differenz zwischen der

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

inländischen Rente und der monatlichen Beitragsbemessungsgrenze zu erheben. Eine verhältnismäßige Aufteilung der beitragspflichtigen Einnahmen käme allenfalls im Wege der Erstattung durch eine analoge Anwendung des § 231 Absatz 2 SGB V in Frage. Ein solches Erstattungsverfahren würde allerdings eine entsprechende Antragstellung der versicherten Person voraussetzen, für die regelmäßig aber gar keine Veranlassung besteht, da die Versichertenbeitragsanteile im Ergebnis bereits in zutreffender Höhe gezahlt worden sind. Ohne den Antrag des Versicherten kommt auch keine Erstattung der Beitragsanteile des Rentenversicherungsträgers in Betracht.

Beispiel:

Ein Rentner hat im Jahre 2020 monatlich folgende Einkünfte:

Inländische gesetzliche Rente	2.000,00 €
Gesetzliche Rente aus der Schweiz	<u>3.000,00 €</u>
zusammen	5.000,00 €

Für die Beitragsberechnung sind heranzuziehen:

Inländische gesetzliche Rente	2.000,00 €
Gesetzliche Rente aus der Schweiz	<u>2.687,50 €</u>
Zusammen (Beitragsbemessungsgrenze)	4.687,50 €

Eine Erstattung von Beiträgen kommt nicht in Frage.

Ausführungen zur Erstattung von Beiträgen enthält der Abschnitt A X.

A VIII 3.2.2 Versicherungspflichtige aufgrund einer Beschäftigung

Bei Personen, die aufgrund einer Beschäftigung versicherungspflichtig sind, zählen nach § 226 Absatz 1 Satz 1 SGB V neben dem Arbeitsentgelt aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung

- der Zahlbetrag der Rente sowie der gesetzlichen Rente aus dem Ausland,
- der Zahlbetrag der Versorgungsbezüge und
- das Arbeitseinkommen, soweit es neben einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung oder Versorgungsbezügen erzielt wird,

zu den beitragspflichtigen Einnahmen.

Dem Arbeitsentgelt steht das Vorruhestandsgeld gleich. Auch die Vergütung an Auszubildende, die in einer außerbetrieblichen Einrichtung im Rahmen eines Berufsausbildungsvertrages nach dem Berufsbildungsgesetz (BBiG) ausgebildet werden (§ 226 Absatz 1 Satz 2 und 3 SGB V), steht dem Arbeitsentgelt gleich. Das Arbeitsentgelt aus einer versicherungsfreien Beschäftigung wird für die Ermittlung der beitragspflichtigen Einnahmen nicht herangezogen.

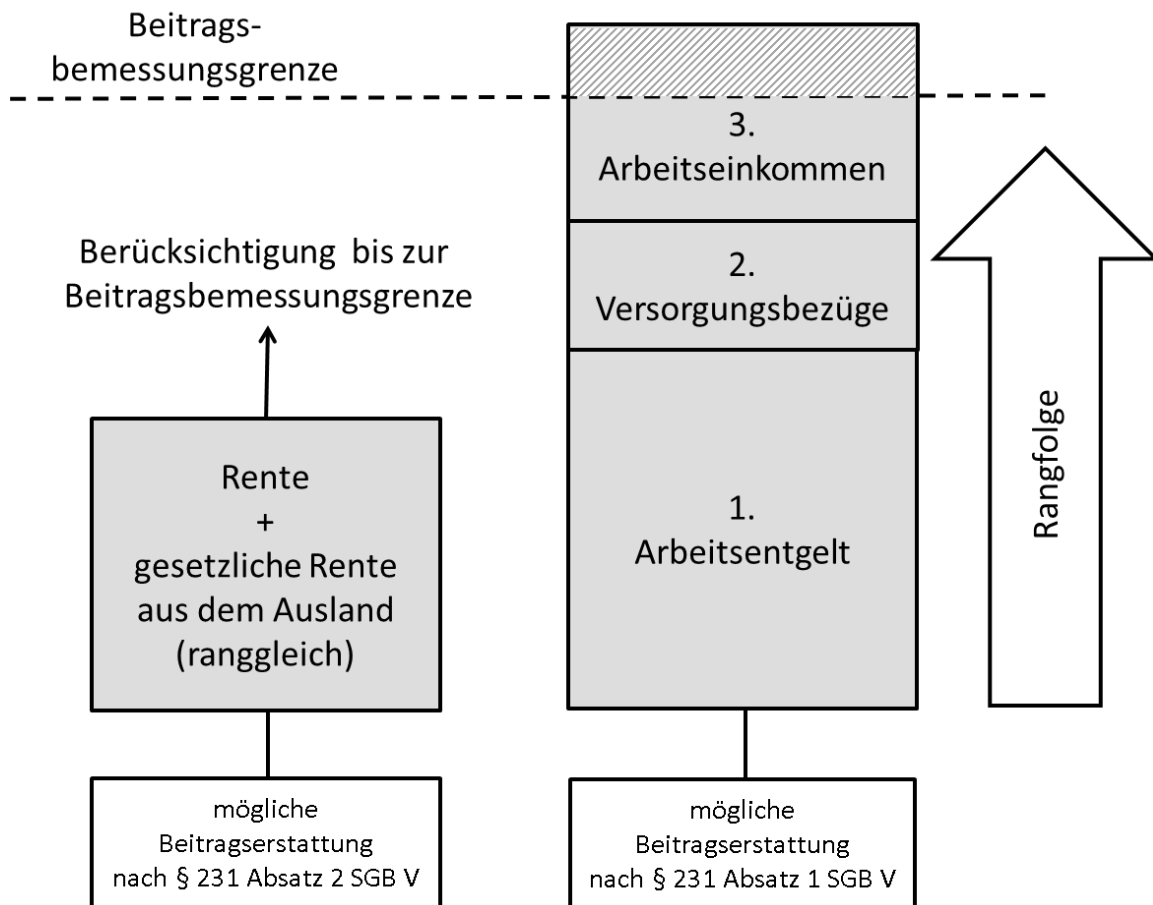
Für die Beitragspflicht der Rente ist es nicht erforderlich, dass der Rentner zu den in § 5 Absatz 1 Nr. 11 bis 12 SGB V genannten Personen gehört und damit ohne die Vorrangversicherung in der KVdR versichert wäre. Von § 226 Absatz 1

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

§ 230 SGB V werden vielmehr auch solche Rentner erfasst, die die Voraussetzungen für die KVdR, insbesondere die Vorversicherungszeit, nicht erfüllen.

§ 230 SGB V legt die Rangfolge der Einnahmearten fest. Hiernach werden bei der Beitragsbemessung Versorgungsbezüge und Arbeitseinkommen insoweit herangezogen, als sie zusammen mit dem Arbeitsentgelt aus dem die Versicherungspflicht begründenden Beschäftigungsverhältnis die Beitragsbemessungsgrenze nicht übersteigen. Der Zahlbetrag der Renten (sowohl der gesetzlichen Rentenversicherung als auch der gesetzlichen Renten aus dem Ausland) wird separat bis zur Beitragsbemessungsgrenze berücksichtigt.

Mögliche Beitragserstattungen regelt § 231 SGB V (A X).



Beispiel 1:

Ein Rentner hat im Jahre 2020 monatlich folgende Einkünfte:

Arbeitsentgelt	3.800,00 €
Rente	1.200,00 €

Für die Beitragsbemessung sind zunächst Arbeitsentgelt und Rente jeweils in voller Höhe heranzuziehen, weil beide für sich allein die Beitragsbemessungsgrenze (2020 = 4.687,50 €) nicht überschreiten.

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

Da die Rente (nach Addition mit dem Arbeitsentgelt) die Beitragsbemessungsgrenze überschreitet, sind die auf den überschreitenden Betrag entfallenden Beiträge auf Antrag des Rentners an ihn und den Rentenversicherungsträger zu erstatten (A X 2).

Beispiel 2:

Ein Versicherungspflichtiger hat im Jahre 2020 monatlich folgende Einkünfte:

Arbeitsentgelt	3.600,00 €
Versorgungsbezüge (keine Betriebsrente)	1.100,00 €
Arbeitseinkommen	100,00 €

Für die Beitragsberechnung sind heranzuziehen (Dieses Ergebnis wird in der Regel erst im Wege der Erstattung von Beiträgen erreicht, A X 1):

Arbeitsentgelt	3.600,00 €
Versorgungsbezüge	1.087,50 €

Die restlichen Versorgungsbezüge in Höhe von 12,50 € sowie das Arbeitseinkommen bleiben wegen Überschreitens der Beitragsbemessungsgrenze (2020 = 4.687,50 €) unberücksichtigt.

Beispiel 3:

Ein Rentner hat im Jahre 2020 monatlich folgende Einkünfte:

Arbeitsentgelt (nicht versicherungsfrei nach § 6 Absatz 1 Nr. 1 SGB V))	4.700,00 €
Versorgungsbezüge (keine Betriebsrente)	500,00 €
Rente	800,00 €

Die Versorgungsbezüge bleiben für die Beitragsbemessung außer Ansatz, da bereits das Arbeitsentgelt die Beitragsbemessungsgrenze (2020 = 4.687,50 €) erreicht. Die Rente ist zunächst in voller Höhe heranzuziehen.

Da bereits das Arbeitsentgelt die Beitragsbemessungsgrenze überschreitet, sind die auf die gesamte Rente entfallenden Beiträge auf Antrag des Rentners an ihn und den Rentenversicherungsträger zu erstatten (A X 2).

Beispiel 4:

Ein Rentner hat im Jahre 2020 monatlich folgende Einkünfte:

Arbeitsentgelt	1.700,00 €
Arbeitseinkommen	160,00 €
Rente	1.000,00 €

Für die Beitragsbemessung sind Arbeitsentgelt und Arbeitseinkommen in voller Höhe heranzuziehen, da die Beitragsbemessungsgrenze (2020 = 4.687,50 €) nicht überschritten wird. Daneben ist die Rente ebenfalls in voller Höhe zu berücksichtigen.

Da auch insgesamt die Beitragsbemessungsgrenze nicht überschritten wird, kommt eine Erstattung von Beiträgen nicht in Betracht.

Eine inländische Rente und eine gesetzliche Rente aus dem Ausland stellen auch im Rahmen des § 230 SGB V ranggleiche Einnahmen dar (§ 228 Absatz 1 Satz 2 SGB V). Sofern im Einzelfall die in- und ausländische Rente die monatliche Beitragsbemessungsgrenze überschreiten, gelten für die Bestimmung der einzelnen beitragspflichtigen Einnahmen bei der laufenden Beitragsbemessung die Ausführungen unter A VIII 3.2.1 entsprechend. Kommt es zu einer Beitragserstattung nach § 231 Absatz 2 SGB V (A X 2) aufgrund weiterer Einnahmen, findet eine verhältnismäßige Aufteilung des die Beitragsbemessungsgrenze überschreitenden Gesamtbetrages der in- und ausländischen Rente in analoger Anwendung des § 22 Absatz 2 Satz 1 und 2 SGB IV statt.

A VIII 3.2.3 Versicherungspflichtige nach anderen Vorschriften

A VIII 3.2.3.1 Allgemeines

§ 226 Absatz 1 SGB V selbst regelt nur die Beitragsbemessung bei versicherungspflichtig Beschäftigten. Dass Renten, Versorgungsbezüge und Arbeitseinkommen für die Beitragsbemessung bei den anderweitig Versicherungspflichtigen in gleicher Weise zu berücksichtigen sind, ergibt sich aus den für den jeweiligen Personenkreis bestimmten Vorschriften (vgl. insbesondere die §§ 232a bis 236 SGB V). Unter die Regelung des § 226 Absatz 1 SGB V fallen mithin auch

- Bezieher von Arbeitslosengeld (§ 232a SGB V)
- Bezieher von Arbeitslosengeld II (§ 232a SGB V),
- Künstler und Publizisten (§ 234 SGB V),
- Personen in Einrichtungen der Jugendhilfe (§ 235 SGB V),
- Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an Abklärungen der beruflichen Eignung oder Arbeitserprobung (§ 235 SGB V),
- Menschen mit Behinderungen (§ 235 SGB V) und
- Studenten, Praktikanten ohne Arbeitsentgelt, zur Berufsausbildung Beschäftigte ohne Arbeitsentgelt, Auszubildende des Zweiten Bildungswegs (§ 236 SGB V, vgl. aber A VIII 3.2.3.4).

Ferner werden von § 226 Absatz 1 SGB V die Versicherungspflichtigen erfasst, deren Mitgliedschaft nach § 192 oder § 193 SGB V erhalten bleibt.

Bei den vorgenannten Personengruppen findet für die Rangfolge der Einnahmearten § 230 SGB V analog Anwendung.

Zur Berechnung der Beiträge bei Bestehen einer Auffang-Versicherungspflicht wird auf die Ausführungen unter A VIII 3.2.3.6 verwiesen.

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

Obwohl ein Antrag auf Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung und der alleinige Bezug einer solchen Rente keine Mitgliedschaft in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung begründen können (A V 3), haben gleichwohl in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung aufgrund eines anderen Tatbestandes pflichtversicherte Personen Beiträge aus einer Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung an die landwirtschaftliche Krankenkasse zu zahlen. Dies gilt sowohl für die Krankenversicherung als auch für die Pflegeversicherung. Die Berechnung der Beiträge richtet sich nach dem KVLG 1989 und dem SGB XI jeweils mit verschiedenen Sonderregelungen.

Die Aussagen zu ranggleichen beitragspflichtigen Einnahmen unter A VIII 3.2.1 gelten entsprechend.

A VIII 3.2.3.2 Bezieher von Arbeitslosengeld und Arbeitslosengeld II

Bei Beziehern von Arbeitslosengeld gelten als beitragspflichtige Einnahmen 80 % des der Leistung zugrundeliegenden Arbeitsentgelts, höchstens 80 % der Beitragsbemessungsgrenze in der Krankenversicherung. Wird gleichzeitig Arbeitsentgelt aus einem mehr als geringfügigen Beschäftigungsverhältnis erzielt, mindern sich die beitragspflichtigen Einnahmen nach § 232a Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V um 80 % dieses Arbeitsentgelts. Bei Personen, deren Arbeitslosengeld aus einem Arbeitsentgelt oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze berechnet wird, gelten als Bemessungsgrundlage für die zu zahlenden Beiträge maximal 80 % der monatlichen Beitragsbemessungsgrenze (Urteil des BSG vom 29. September 1997 - 8 RKn 4/97 -, USK 9750). Beiträge aus Versorgungsbezügen sind aus der Differenz zwischen dieser Bemessungsgrundlage und der monatlichen Beitragsbemessungsgrenze zu erheben. Beiträge aus neben dem Arbeitslosengeld bezogenen Renten (sowohl der gesetzlichen Rentenversicherung als auch gesetzliche Renten aus dem Ausland) sind in analoger Anwendung des § 230 Satz 2 SGB V separat zu erheben.

Bei Beziehern von Arbeitslosengeld II legt die Vorschrift des § 232a Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V in der Krankenversicherung das 0,2155fache der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 SGB IV als beitragspflichtige Einnahme fest. In der Pflegeversicherung beträgt die Beitragsbemessungsgrundlage das 0,2266fache der monatlichen Bezugsgröße (§ 57 Absatz 1 Satz 2 SGB XI). Es gilt die Besonderheit, dass die Beiträge für jeden Kalendermonat zu zahlen sind, in dem mindestens für einen Tag eine Mitgliedschaft besteht (pauschaler Monatsbeitrag). Gleichzeitig bestimmt § 232a Absatz 3 SGB V, dass § 226 SGB V entsprechend gilt. In der Konsequenz werden die in § 226 Absatz 1 Satz 1 SGB V aufgeführten Einnahmearten ungekürzt der Beitragspflicht unterworfen. Eine Rangfolge der Einnahmearten im Hinblick auf die Beitragsbemessungsgrenze ist bei diesem Personenkreis nicht von Bedeutung. Soweit Beiträge aus Renten zu erheben sind, ist der Leistungsträger nach dem SGB II hieran nicht beteiligt. Die Beitragspflicht dieser Bezüge wird unabhängig von der für versicherungspflichtige Bezieher von Arbeitslosengeld II maßgebenden Beitragsbemessungsgrundlage festgestellt.

Wird neben einer Waisenrente Arbeitslosengeld II gewährt und ist die Person vorrangig nach § 5 Absatz 1 Nr. 2a SGB V versicherungspflichtig, fällt die Waisenrente nicht unter die Beitragsfreiheit nach § 237 Satz 2 SGB V. Die aus der Waisenrente einzubehaltenden Beiträge wirken sich jedoch nicht nachteilig für die betroffene Person aus, da diese Beiträge vom anzurechnenden Einkommen abzusetzen sind (§ 11b Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 SGB II, § 19 Absatz 3 SGB II) und durch ein entsprechend höheres Arbeitslosengeld II ausgeglichen werden.

A VIII 3.2.3.3 Wehrdienstleistende

Bei Wehrdienstleistenden, deren Pflicht- oder freiwillige Mitgliedschaft bei der Krankenkasse nach § 193 SGB V erhalten bleibt, werden die Beiträge nach den näheren Bestimmungen in § 244 SGB V je nach Personenkreis auf ein Drittel

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

oder ein Zehntel des Beitrags ermäßigt, der zuletzt vor der Einberufung zum Wehrdienst maßgebend war. Entsprechendes gilt nach § 57 Absatz 1 Satz 1 SGB XI für die Beiträge zur Pflegeversicherung.

In § 244 Absatz 1 Satz 2 SGB V wird aber klargestellt, dass sich hinsichtlich der auf Renten, gesetzliche Renten aus dem Ausland, Versorgungsbezüge und Arbeitseinkommen entfallenden Beiträge für die Dauer des Wehrdienstes keine Veränderung ergibt. Eine Ermäßigung dieser Beiträge kommt nicht in Betracht. Entsprechendes gilt nach § 57 Absatz 1 Satz 1 SGB XI für die Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung. Gleiches gilt für Personen in einem Wehrdienstverhältnis besonderer Art nach dem Einsatz-Weiterverwendungsgesetz.

A VIII 3.2.3.4 Studenten, Praktikanten ohne Arbeitsentgelt, zur Berufsausbildung Beschäftigte ohne Arbeitsentgelt und Auszubildende des Zweiten Bildungsweges

Für den Personenkreis der nach § 5 Absatz 1 Nr. 9 und 10 SGB V Versicherungspflichtigen sieht § 236 Absatz 1 SGB V eine fiktive beitragspflichtige Einnahme in Abhängigkeit von Bedarfssätzen nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz (BAföG) vor. In Verbindung mit dem besonderen Beitragssatz von sieben Zehnteln des allgemeinen Beitragssatzes nach § 245 SGB V und – im Fall einer entsprechenden Satzungsregelung der Krankenkasse – einer gesonderten Ermittlung des Zusatzbeitrags mit dem kassenindividuellen Zusatzbeitragssatz nach § 242 Absatz 1 SGB V (A VIII 3.3.1.2) ergibt sich daraus der „Studentenbeitrag“.

Darüber hinaus erklärt § 236 Absatz 2 Satz 1 SGB V die Vorschriften § 226 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 bis 4 und Absatz 2 SGB V sowie die §§ 228 bis 231 SGB V für entsprechend anwendbar. Dies hat zur Folge, dass die Rente der gesetzlichen Rentenversicherung, eine gesetzliche Rente aus dem Ausland, Versorgungsbezüge und - soweit es neben einer Rente oder Versorgungsbezügen erzielt wird - Arbeitseinkommen zusätzliche beitragspflichtige Einnahmen darstellen.

Ergänzend bestimmt § 236 Absatz 2 Satz 2 SGB V, dass die nach § 226 Absatz 1 Satz 1 Nr. 3 und 4 SGB V zu bemessenden Beiträge (aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen) nur zu entrichten sind, soweit diese die nach § 236 Absatz 1 SGB V zu bemessenden Beiträge übersteigen. Dabei ist auf die Summe der Beiträge unter Einbeziehung des Zusatzbeitrags abzustellen. Der Überschreibungsbetrag ist auf den allgemeinen Beitrag zur Krankenversicherung und den Zusatzbeitrag im Verhältnis des allgemeinen Beitragssatzes zum Zusatzbeitragssatz aufzuteilen.

Nach Ansicht des BSG (Urteil vom 19. Dezember 1995 – 12 RK 74/94 –, USK 95153) handelt es sich um eine planwidrige Gesetzeslücke, dass § 236 Absatz 2 Satz 2 SGB V nicht auch die Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfasst. Nach Auffassung des BSG ist dem Mitglied auf Antrag sein Eigenanteil an den Beiträgen aus der Rente von der Krankenkasse zu erstatten, soweit dieser (zusammen mit eventuell aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen zu bemessenden Beiträgen) den Studentenbeitrag nicht übersteigt. Das BSG stellt in der Begründung des vorgenannten Urteils im Kern auf die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit bzw. Belastung des Studenten in Folge der Erhebung von Beiträgen aus einem BAföG-Förderungsbetrag einerseits und der Waisenrente (und Waisengeld) andererseits ab und kommt daher zu dem Ergebnis, dass der Eigenanteil der Beiträge aus der Rente (seinerzeit der vom Rentner nach § 250 Absatz 1 Nr. 1 SGB V a. F. allein zu tragende Beitrag abzüglich des Zuschusses des Rentenversicherungsträgers nach § 83e Absatz 1 Nr. 1 AVG a. F.) in entsprechender Anwendung des § 231 Absatz 2 SGB V zu erstatten ist, soweit dieser - zusammen mit den aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen zu bemessenden Beiträgen - den Studentenbeitrag nicht übersteigt. Dieses Ergebnis wird durch die zwischenzeitlich eingetretenen rechtlichen Änderungen hinsichtlich der Tragung der Beiträge (§ 249a Satz 1 SGB V) zum 1. Januar 1992 und der Erstattung der Beitragsanteile

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

des Rentenversicherungsträgers (§ 231 Absatz 2 Satz 3 SGB V) zum 30. März 2005 nicht beeinflusst. Bei der Anwendung des § 236 Absatz 2 Satz 2 SGB V, d. h. bei dem Vergleich mit dem Studentenbeitrag, ist daher weiterhin lediglich auf den Eigen- bzw. Versichertenanteil (unter Einbeziehung des Zusatzbeitrags) abzustellen.

Für die Rangfolge der Einnahmearten gelten nach § 236 Absatz 2 Satz 1 SGB V die §§ 230 und 231 SGB V. Nach § 231 Absatz 2 SGB V sind daher zuerst die Eigenanteile der Beiträge aus der Rente (ggf. ranggleich mit Beiträgen aus einer gesetzlichen Rente aus dem Ausland) erstattungsfähig. Beiträge aus Versorgungsbezügen und aus Arbeitseinkommen sind unter Berücksichtigung der Rangfolge des § 230 Satz 1 SGB V nur zu entrichten, soweit diese zusammen mit den Eigenanteilen der Beiträge aus der Rente den Studentenbeitrag übersteigen. Sofern eine Erstattung des Eigenanteils der Beiträge aus der Rente durchgeführt wird, hat die Krankenkasse für die Buchung der Erstattung bzw. für die Monatsabrechnung gegenüber der Rentenversicherung eine Aufteilung des Erstattungsbetrags in einen allgemeinen Beitrag zur Krankenversicherung und den Zusatzbeitrag im Verhältnis des allgemeinen Beitragssatzes zum Zusatzbeitragssatz (seit hälftiger Beteiligung des Rentenversicherungsträgers am Zusatzbeitrag, d. h. ab 1. Januar 2019) vorzunehmen.

Sofern der Eigenanteil der Beiträge aus der Rente ganz oder teilweise zu erstatten ist, ist dem Rentenversicherungsträger nach § 231 Absatz 2 Satz 3 SGB V der von ihm insoweit getragene Beitragsanteil zu erstatten. Bei der Erstattung von Beiträgen aus einer gesetzlichen Rente aus dem Ausland kommt eine Erstattung von Beitragsanteilen des Rentenversicherungsträgers nicht in Frage.

In der Pflegeversicherung gilt § 236 SGB V entsprechend (§ 57 Absatz 1 Satz 1 SGB XI). Die Beurteilung, ob und in welcher Höhe die Beiträge aus der Rente zur Pflegeversicherung im Fall der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr.9 oder 10 SGB V/§ 20 Absatz 1 Satz 2 Nr. 9 oder 10 SGB XI erstattungsfähig sind, unterliegt aufgrund der Abweichungen bei der Tragung der Beiträge und beim Beitragssatz einer gesonderten Beurteilung.

Beispiel:

Sachverhalt im Jahr 2020:

Bezug einer Waisenrente der gesetzlichen Rentenversicherung von 300,00 €,

Bezug einer Waisenrente der Ärzteversorgung (Versorgungsbezüge) von 400,00 €,

Studium an einer staatlichen Hochschule,

25. Lebensjahres vollendet, keine Verlängerungstatbestände im Sinne des § 10 Absatz 2 Nr. 3 SGB V,

Versicherungspflicht in der Krankenversicherung der Studenten – KVdS – (§ 5 Absatz 1 Nr. 9 SGB V),

angenommener kassenindividueller Zusatzbeitragssatz der Krankenkasse: 1,0 v. H.,

keine Kinder.

Ergebnis:

- jeweils monatliche Beträge –

Hinweis: Für die Berechnung der Beiträge aus der Rente gelten die Ausführung unter A VIII 3.5.

Studentenbeitrag:

Krankenversicherung:

Allgemeiner Beitrag:

744,00 € x 10,22 v. H. =

76,04 €

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

Zusatzbeitrag:

744,00 € x 1,0 v. H. = 7,44 €

gesamt: 83,48 €

Pflegeversicherung:

744,00 € x (3,05 + 0,25 = 3,3 v. H.) = 24,55 €

Beiträge aus der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung:

Krankenversicherung:

Allgemeiner Beitrag:

300,00 € x 14,6 v. H. = 43,80 €

Anteil des RV-Trägers:

43,80 € : 2 = 21,90 €

Anteil des Rentners:

43,80 € – 21,90 € = 21,90 €*

Zusatzbeitrag:

300,00 € x 1,0 v. H. = 3,00 €

Anteil des RV-Trägers:

3,00 € : 2 = 1,50 €

Anteil des Rentners:

3,00 € – 1,50 € = 1,50 €*

*) zusammen: 23,40 €

gesamt: 46,80 €

Pflegeversicherung:

300,00 € x 3,3 v. H. = 9,90 €

Beiträge aus den Versorgungsbezügen:

Krankenversicherung:

400,00 € x 14,6 v. H. = 58,40 €

Zusatzbeitrag:

400,00 € x 1,0 v. H. = 4,00 €

Gesamt: 62,40 €

Pflegeversicherung:

400,00 € x 3,3 v. H. = 13,20 €

Beurteilung nach § 236 Absatz 2 Satz 2 SGB V für die Beiträge zur Krankenversicherung:

Rente der gesetzlichen Rentenversicherung:

Da der Eigenanteil der Beiträge aus der Rente (23,40 €) den Studentenbeitrag (83,48 €) nicht überschreitet, ist kein Eigenanteil der Beiträge aus der Rente zu entrichten. Entsprechend hat der Rentenversicherungsträger ebenfalls keinen Beitragsanteil zu zahlen.

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

Versorgungsbezüge:

Der Anteil der Beiträge aus den Versorgungsbezügen, der zusammen mit dem Eigenanteil der Beiträge aus der Rente den Studentenbeitrag überschreitet ($23,40 \text{ €} + 62,40 \text{ €} = 85,80 \text{ €}$; $85,80 \text{ €} - 83,48 \text{ €} = 2,32 \text{ €}$), ist zusätzlich zum Studentenbeitrag zu entrichten. Davon entfallen auf den

allgemeinen Beitrag

$$\begin{array}{rcl} \underline{2,32 \text{ €} \times 14,6} & & \\ 15,6 & = & 2,17 \text{ €} \end{array}$$

und auf den

Zusatzbeitrag

$$\begin{array}{rcl} \underline{2,32 \text{ €} \times 1,0} & & \\ 15,6 & = & 0,15 \text{ €} \end{array}$$

Beurteilung nach § 57 Absatz 1 Satz 1 SGB XI i. V. m. § 236 Absatz 2 Satz 2 SGB V für die Beiträge zur Pflegeversicherung:

Rente der gesetzlichen Rentenversicherung:

Da der Beitrag aus der Rente (9,90 €) den Studentenbeitrag (24,55 €) nicht überschreitet, ist kein Beitrag aus der Rente zu entrichten.

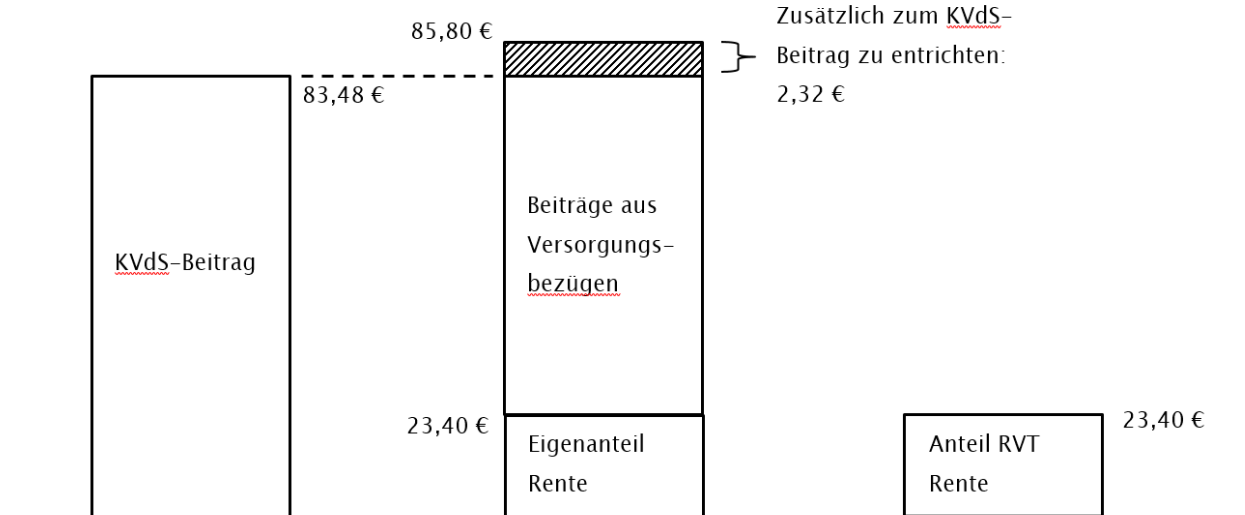
Versorgungsbezüge:

Da auch durch Hinzurechnung der Beiträge aus den Versorgungsbezügen der Studentenbeitrag nicht überschritten wird ($9,90 \text{ €} + 13,20 \text{ €} = 23,10 \text{ €} \leq 24,55 \text{ €}$), ist kein Beitrag zusätzlich zum Studentenbeitrag zu entrichten.

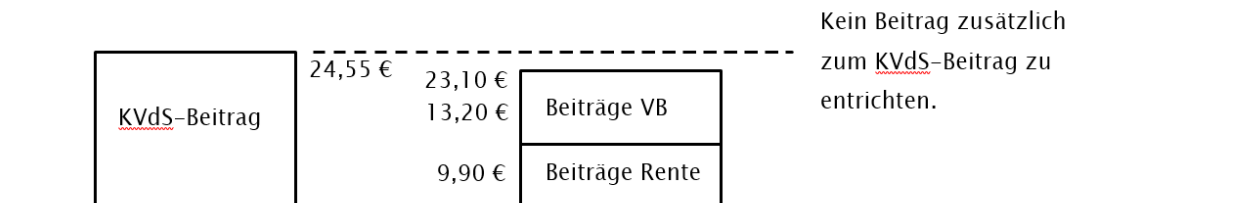
Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

Die folgenden Grafiken dienen der Veranschaulichung des Beispiels:

Beiträge zur Krankenversicherung:



Beiträge zur Pflegeversicherung:



Bei studierenden Waisenrentnern, die nach Erreichen der Altersgrenze nach § 10 Absatz 2 SGB V vorrangig nach § 5 Absatz 1 Nr. 9 oder 10 SGB V versicherungspflichtig sind und deren Waisenrente nicht von der Beitragsfreiheit nach § 237 Satz 2 SGB V erfasst ist, wären in nahezu allen Fällen die aus der Waisenrente zunächst zu zahlenden Beiträge auf Antrag wieder in vollem Umfang an die Waise und den Rentenversicherungsträger zu erstatten. Um diese temporäre doppelte Beitragsentrichtung von vornherein zu vermeiden, haben der GKV-Spitzenverband und die DRV Bund ein Verfahren vereinbart, bei dem die Beitragserstattung faktisch dadurch vorweggenommen wird, in dem in den betroffenen Fällen von den Rentenversicherungsträgern von vornherein keine Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge aus der jeweiligen Waisenrente einbehalten werden. Das Verfahren kommt ausschließlich in den Fällen zur Anwendung, in denen sowohl der aus der Rente zu entrichtende Beitragsanteil des Waisenrentners zur Krankenversicherung als auch der Beitrag zur Pflegeversicherung den jeweiligen Studentenbeitrag nicht übersteigt, da nur in diesen Fällen im Ergebnis keine Beiträge aus der Rente zu zahlen sind. Betroffen sind alle Fälle, bei denen die Waisenrente die beitragspflichtige Einnahme nach § 236 Absatz 1 SGB V (seit Beginn des Wintersemesters 2019/2020 bzw. seit 1. Oktober 2019: 744,00 € monatlich) nicht übersteigt, es sei denn, die Person bezieht gleichzeitig eine gesetzliche Rente aus dem Ausland, die ranggleich als beitragspflichtige Einnahme zu berücksichtigen ist.

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

Ergibt die Prüfung der Krankenkasse, dass sowohl in der Kranken-, als auch in der Pflegeversicherung der jeweilige Studentenbeitrag nicht überschritten wird, zeigt sie dem Rentenversicherungsträger bezogen auf den Einzelfall im maschinellen KVdR-Meldeverfahren mit einer gesonderten Kennzeichnung an, dass (und von welchem Zeitpunkt an) eine Pflichtversicherung nach § 5 Absatz 1 Nr. 9 oder 10 SGB V bzw. § 20 Absatz 1 Satz 2 Nr. 9 oder 10 SGB XI besteht, für die unter Berücksichtigung des BSG-Urteils vom 19.12.1995 - 12 RK 74/94 -, USK 95153, im Vorgriff keine Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung aus der Rente einbehalten werden sollen.

Fortsetzung des Beispiels:

Da sowohl der Eigenanteil der Beiträge aus der Waisenrente zur Krankenversicherung als auch die Beiträge aus der Waisenrente zur Pflegeversicherung den jeweiligen Studentenbeitrag zur Kranken- und Pflegeversicherung nicht übersteigen, teilt die Krankenkasse im Zusammenhang mit der Meldung des Versicherungsverhältnisses in der Kranken- und Pflegeversicherung (hier: Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 9 oder 10 SGB V und § 20 Absatz 1 Satz 2 Nr. 9 oder 10 SGB XI) mit, dass keine Beiträge aus der Rente zur Kranken- und Pflegeversicherung einzubehalten sind.

Wird der Rentenanspruch nach Erreichen der Altersgrenze nach § 10 Absatz 2 SGB V und damit während einer bestehenden Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 9 oder 10 SGB V gestellt und ist die spätere Rentenhöhe noch nicht bekannt, melden die Krankenkassen den Rentenversicherungsträgern bereits im Zusammenhang mit der Rentenanspruchstellung, dass und von welchem Zeitpunkt an Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 9 oder 10 SGB V besteht, für die im Vorgriff keine Beiträge aus der Rente einbehalten und gezahlt werden sollen. Dies gilt dann gleichfalls für die Beiträge zur Pflegeversicherung.

Stellt sich in seltenen Einzelfällen heraus, dass der Studentenbeitrag überschritten wird, korrigiert die Krankenkasse ihre Meldung und teilt dem Rentenversicherungsträger das Bestehen der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 9 oder 10 SGB V ohne beitragsrechtliche Besonderheiten mit. Entsprechendes gilt für die Pflegeversicherung. Der Rentenversicherungsträger behält daraufhin für zukünftige Zeiträume der Rentenzahlung die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung von der Rente in der üblichen (vollen) Höhe ein und führt sie zusammen mit den Trägeranteilen zur Krankenversicherung ab. Die sich ergebenden rückständigen Beiträge werden durch den Rentenversicherungsträger aus der laufend zu zahlenden Rente nach § 255 Absatz 2 Satz 1 SGB V/ § 60 Absatz 1 Satz 2 SGB XI einbehalten. Der Beitragsanteil des Rentenversicherungsträgers an den Beiträgen zur Krankenversicherung wird dann ebenfalls nachgezahlt. Die aus der Rente zu viel gezahlten Beitragsanteile werden anschließend von der Krankenkasse im Regelverfahren erstattet. Sollten sich betroffene Waisenrentner im Einzelfall gegen den Einbehalt der rückständigen Beiträge wenden, kann aus Vereinfachungsgründen so verfahren werden, dass die Krankenkasse dem Rentenversicherungsträger auf dessen Anforderung schriftlich die Höhe der auf den Nacherhebungszeitraum entfallenden Beitragsanteile aus der Rente mitteilt, die der rentenberechtigten Waise im Rahmen des § 236 Absatz 2 Satz 2 SGB V zu erstatten wären. Der Rentenversicherungsträger beschränkt dann den nach § 255 Absatz 2 SGB V vorzunehmenden Einbehalt der rückständigen Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung auf die verbleibenden Beitragsanteile, sodass die Waise zumindest im Nacherhebungszeitraum von vornherein nur mit den Beitragsanteilen aus der Rente belastet wird, die den Studentenbeitrag übersteigen.

Das beschriebene Verfahren findet auch in den eher seltenen Fällen Anwendung, in denen die Person bereits vor Erreichen der Altersgrenze nach § 10 Absatz 2 SGB V während des Bezugs einer Waisenrente versicherungspflichtig nach § 5 Absatz 1 Nr. 9 oder 10 SGB V ist, weil sie zuletzt vor der Stellung des Rentenanspruches privat krankenversichert waren, die Zugangsvoraussetzungen für die KVdR nicht erfüllen, danach ein Studium beginnen und sich von der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 9 oder 10 SGB V nicht befreien lassen.

Damit eine temporäre „doppelte“ Beitragsentrichtung auch für die Beiträge aus Versorgungsbezügen vermieden wird, meldet die Krankenkasse der Zahlstelle bzw. – bei mehreren Versorgungsbezügen - den Zahlstellen der Versorgungsbezüge bei den nach § 5 Absatz 1 Nr. 9 und 10 SGB V versicherungspflichtigen Personen generell das Kennzeichen „keine Beitragsabführungspflicht“, um eine Beitragsabführung im Wege des Zahlstellenverfahrens zu unterbinden. Übersteigen der Beitragsanteil aus der Rente (auch wenn er im Vorgriff auf die Erstattung vom Rentenversicherungsträger tatsächlich nicht gezahlt wird) und die Beiträge aus den Versorgungsbezügen den Studentenbeitrag zur Kranken- oder Pflegeversicherung, ist der den jeweiligen Studentenbeitrag übersteigende Beitrag aus den Versorgungsbezügen im Selbstzahlverfahren von der Krankenkasse gegenüber dem Mitglied zu erheben. Dieses Verfahren gilt auch dann, wenn nicht gleichzeitig eine Rente bezogen wird.

Neben laufenden inländischen Versorgungsbezügen sind bei diesem Verfahren ebenso Versorgungsbezüge aus dem Ausland sowie bei kapitalisierten Versorgungsbezügen die fiktiven monatlichen Einnahmen (1/120 der Leistung) einzu beziehen. Aus den beiden letztgenannten Einnahmen werden die Beiträge ausnahmslos von der Krankenkasse gegenüber dem Mitglied und damit ohnehin von vornherein nur oberhalb des Studentenbeitrags erhoben.

In den – seltenen – Fällen, in denen die Beiträge aus einem Versorgungsbezug in vollem Umfang den Studentenbeitrag in der Kranken- und Pflegeversicherung überschreiten, bleibt es der Krankenkasse unbenommen, durch die Meldung des Kennzeichens „Beitragsabführungspflicht“ an die Zahlstelle der Versorgungsbezüge die Beiträge von der Zahlstelle abführen zu lassen.

A VIII 3.2.3.5 Fortbestand der Mitgliedschaft nach § 192 SGB V

In den Fällen, in denen die Mitgliedschaft aufgrund des Anspruchs auf Krankengeld, auf Mutterschaftsgeld oder der Zahlung von Übergangsgeld, Verletztengeld oder Versorgungskrankengeld im Rahmen des § 192 SGB V erhalten bleibt, ist zur Ermittlung der beitragspflichtigen Einnahmen das Bemessungsentgelt für die Geldleistung zugrunde zu legen. Damit wird erreicht, dass Versorgungsbezüge und Arbeitseinkommen oder Teile hiervon, die bislang wegen Überschreitens der kalendertäglichen Beitragsbemessungsgrenze beitragsrechtlich unberücksichtigt blieben, bei Zahlung einer der vorgenannten Geldleistungen weiterhin außer Ansatz bleiben. Bei Bezug von Elterngeld oder bei Inanspruchnahme von Elternzeit ist insoweit vom letzten Arbeitsentgelt oder Bemessungsentgelt auszugehen.

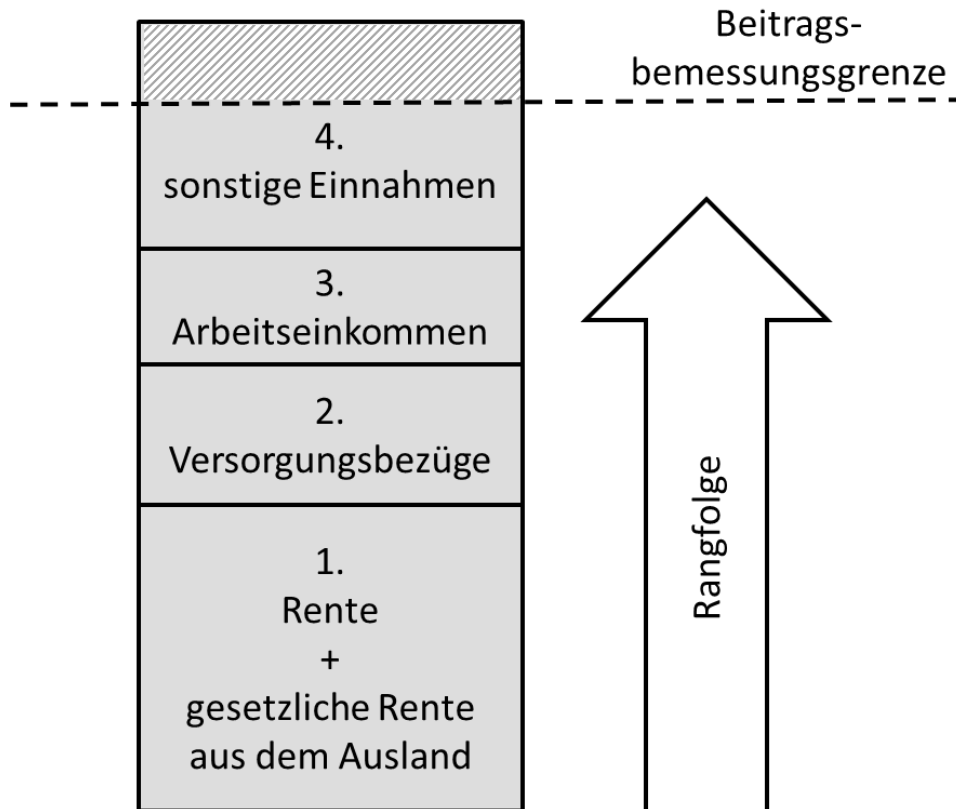
Für die Beiträge aus daneben bezogenen Renten und gesetzlichen Renten aus dem Ausland gelten die Ausführungen unter A VIII 3.2.2 entsprechend.

A VIII 3.2.3.6 Auffang-Versicherungspflicht

Für die nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V versicherungspflichtigen Rentner findet hinsichtlich der Rangfolge der für die Beitragsbemessung zu berücksichtigenden Einnahmen § 238a SGB V Anwendung, sofern die Person nicht mehr hauptberuflich selbstständig tätig ist. Hierdurch ist gewährleistet, dass zunächst die Rente der gesetzlichen Rentenversicherung und danach für die Beitragsbemessung nach § 240 SGB V alle weiteren Einkünfte - in der gesetzlich vorgesehenen Reihenfolge - bis zur Beitragsbemessungsgrenze herangezogen werden (A VIII 3.2.4).

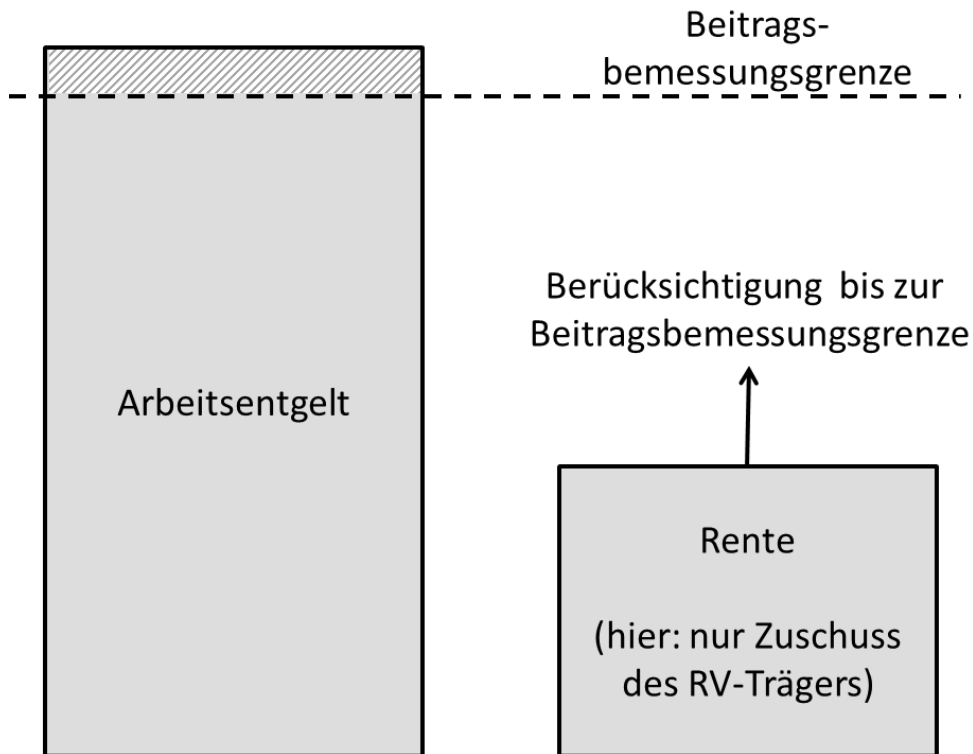
A VIII 3.2.4 Freiwillig versicherte Rentner

Nach § 238a SGB V sind bei freiwillig versicherten Rentnern der Beitragsbemessung nacheinander der Zahlbetrag der Rente, der Zahlbetrag der Versorgungsbezüge, das Arbeitseinkommen aus einer nicht hauptberuflich selbstständigen Tätigkeit und die sonstigen Einnahmen zugrunde zu legen.



Gemäß § 240 Absatz 4 Satz 1 SGB V sind die Beiträge nach dem neunzigsten Teil der monatlichen Bezugsgröße („Mindestbeitragsbemessungsgrundlage“) zu berechnen, wenn die Einnahmen des freiwillig versicherten Rentners diesen Betrag unterschreiten. Dieses fiktive Mindesteinkommen ist unter Beachtung von § 240 Absatz 4 Satz 3 SGB V für die Beitragsbemessung nur dann nicht heranzuziehen, wenn der freiwillig versicherte Rentner die unter A I 3.3 beschriebene Vorversicherungszeit erfüllt und nur deshalb nicht in der KVdR versichert ist, weil für ihn die absolute Versicherungsfreiheit nach § 6 Absatz 3 SGB V besteht (A II) oder es sich um einen Optionsberechtigten nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nr. 6 SGB V in der bis zum 10. Mai 2019 geltenden Fassung handelt (A I 1.3). Die Beitragsbemessung richtet sich dann nach den tatsächlichen Einnahmen.

Bei freiwillig Versicherten, die Arbeitsentgelt aus einer versicherungsfreien Beschäftigung (z. B. nach § 6 Absatz 1 Nr. 1 SGB V) und gleichzeitig Rente erhalten, ist nach § 240 Absatz 3 Satz 1 SGB V der Zahlbetrag der Rente getrennt von den übrigen Einnahmen bis zur Beitragsbemessungsgrenze zu berücksichtigen. Soweit dies insgesamt zu einer über der Beitragsbemessungsgrenze liegenden Beitragsbelastung führen würde, hat der Rentner statt des entsprechenden Beitrags aus der Rente nach ausdrücklicher Anordnung in § 240 Absatz 3 Satz 2 SGB V nur den Zuschuss des Rentenversicherungsträgers zur Krankenversicherung als weiteren Beitrag an die Krankenkasse zu zahlen. Bei selbstständig Erwerbstätigen, die neben dem Arbeitseinkommen eine Rente beziehen, ist die Krankenkasse hingegen nicht berechtigt, nach § 240 Absatz 3 Satz 2 SGB V vom Versicherten die Einzahlung des Zuschusses zu verlangen (Urteil des BSG vom 28. September 2011 – B 12 KR 23/09 R –, USK 2011-105).



Bei freiwillig Versicherten, die hauptberuflich selbstständig erwerbstätig sind und gleichzeitig Rente beziehen, richtet sich die Beitragsbemessung nach § 240 Absatz 4 Satz 1 und Absatz 4a SGB V und den ergänzenden Regelungen der Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler des GKV-Spitzenverbandes in der jeweils geltenden Fassung.

A VIII 3.3 Beitragssätze

A VIII 3.3.1 Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung

A VIII 3.3.1.1 Allgemeiner und ermäßigter Beitragssatz

In der gesetzlichen Krankenversicherung werden die Beiträge nach dem allgemeinen Beitragssatz (§ 241 SGB V) oder für Mitglieder ohne Anspruch auf Krankengeld nach dem ermäßigten Beitragssatz (§ 243 SGB V) erhoben. Beide Beitragssätze werden seit 1. Januar 2011 unmittelbar in den vorgenannten Rechtsvorschriften festgelegt. Seit dem 1. Januar 2015 beträgt der allgemeine Beitragssatz 14,6 % und der ermäßigte Beitragssatz 14,0 %.

Für Versicherungspflichtige der landwirtschaftlichen Krankenkasse gilt für die Berechnung der Beiträge aus Renten der gesetzlichen Rentenversicherung, aus Versorgungsbezügen und aus außerland- und außerforstwirtschaftlichen Arbeitseinkommen § 39 Absatz 2 und 3 KVLG 1989.

A VIII 3.3.1.2 Zusatzbeitragssätze

Soweit der Finanzbedarf einer Krankenkasse durch die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nicht gedeckt ist, hat sie von ihren pflicht- und freiwillig versicherten Mitgliedern einen Zusatzbeitrag zu erheben (§ 242 SGB V). Seit dem

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

1. Januar 2015 wird der Zusatzbeitrag nicht mehr einkommensunabhängig, sondern prozentual von den beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds und damit einkommensabhängig erhoben.

Nach § 220 Absatz 1 Satz 1 SGB V ist der Zusatzbeitrag Bestandteil des Krankenversicherungsbeitrags. Soweit nichts Abweichendes bestimmt ist, finden damit für den Zusatzbeitrag die für die Krankenversicherungsbeiträge maßgeblichen beitragsrechtlichen Regelungen Anwendung.

Die Höhe des einkommensabhängigen Zusatzbeitrags legt grundsätzlich die Krankenkasse individuell in ihrer Satzung als Prozentsatz fest („Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz“ – § 242 Absatz 1 Satz 2 SGB V, § 194 Absatz 1 Nr. 4 SGB V).

Für bestimmte Personenkreise wird der Zusatzbeitrag anstatt in Höhe des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes nach § 242 Absatz 3 SGB V obligatorisch in Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a SGB V erhoben, der jährlich bis zum 1. November mit Wirkung für das folgende Kalenderjahr vom Bundesministerium für Gesundheit festgelegt wird. Der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz gilt insbesondere für die Mitglieder, deren Beiträge von Dritten getragen werden. Er gilt jedoch nur für die den jeweiligen versicherungsrechtlichen Status prägenden beitragspflichtigen Einnahmen; auf weitere beitragspflichtige Einnahmen dieser Mitglieder (z. B. Rente, Versorgungsbezüge, Arbeitseinkommen) findet indes der kassenindividuelle Zusatzbeitragssatz Anwendung.

In Folge der Einführung der paritätischen Finanzierung der Beiträge u. a. aus Renten ab 1. Januar 2019 ist bei der Bemessung der Beiträge aus vergleichbaren Renten aus dem Ausland sowie aus ALG-Renten die Hälfte des Zusatzbeitragssatzes anzusetzen (A VIII 3.3.1.4 und A VIII 3.3.1.5).

Da in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung kein (kassenindividueller) Zusatzbeitrag erhoben wird, fließt der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz als eine Komponente in die Bestimmung der maßgeblichen Beitragssätze für die Mitglieder der landwirtschaftlichen Krankenkasse ein (A VIII 3.3.1.3 bis A VIII 3.3.1.6).

Bei Veränderungen des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes gelten folgende Besonderheiten:

§ 247 Satz 3 SGB V bestimmt, dass sich Veränderungen des Zusatzbeitragssatzes bei der Bemessung der Beiträge aus Renten für Versicherungspflichtige (einschließlich Versicherungspflichtige nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V) erst mit einer zweimonatigen Verzögerung auswirken. Der neue Zusatzbeitragssatz gilt mithin erst vom ersten Tag des zweiten auf die Veränderung folgenden Kalendermonats. Im Falle eines Wechsels zu der Krankenkasse, die ihren Zusatzbeitragssatz verändert hat, gilt für versicherungspflichtige Rentenbezieher der unter Berücksichtigung der Zweimonatsregelung des § 247 Satz 3 SGB V maßgebende Zusatzbeitragssatz der gewählten Krankenkasse vom Zeitpunkt des Krankenkassenwechsels an. Damit kommt für sie wie bei den „Bestandsmitgliedern“ noch für die ersten zwei Monate ab Veränderung des Zusatzbeitragssatzes der „alte“ Beitragssatz der gewählten Krankenkasse zur Anwendung.

Die verzögerte Berücksichtigung von Veränderungen des Zusatzbeitragssatzes gilt unter Berücksichtigung des BSG-Urteils vom 18. Dezember 2001 - B 12 RA 2/01 R -, USK 2001-50, auch im Fall der Veränderung des Zusatzbeitragssatzes in Folge einer Vereinigung (Fusion) von Krankenkassen. Damit ist bei versicherungspflichtigen Rentenbeziehern der vor der Fusion geltende Zusatzbeitragssatz der „bisherigen“ Krankenkasse über den Vereinigungszeitpunkt hinaus noch für zwei Kalendermonate der Bemessung der Beiträge aus der Rente zu Grunde zu legen. Der Zusatzbeitragssatz der neuen durch die Fusion entstandenen Krankenkasse findet erst vom Beginn des zweiten auf die Vereinigung folgenden

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

Kalendermonats an Anwendung. Für Rentenbezieher, die mit oder nach dem Fusionszeitpunkt Mitglied der neuen Krankenkasse werden, ohne unmittelbar vor diesem Zeitpunkt Mitglied einer der sich vereinigenden Krankenkassen gewesen zu sein, gilt der Zusatzbeitragssatz der neuen Krankenkasse hingegen bereits vom Beginn der Mitgliedschaft an, da in diesem Fall nicht auf einen „alten“ Zusatzbeitragssatz der vereinigten Krankenkasse zurückgegriffen werden kann.

Nach § 248 Satz 3 SGB V wirken sich für Versorgungsbezüge nach § 229 Absatz 1 SGB V Veränderungen des Zusatzbeitragssatzes ebenfalls erst mit einer zweimonatigen Verzögerung aus, sofern die Beiträge für Versicherungspflichtige nach § 256 Absatz 1 Satz 1 SGB V von der Zahlstelle der Versorgungsbezüge einbehalten und an die Krankenkasse abgeführt werden (Zahlstellenverfahren). Die Fälle, in denen die Krankenkasse den Zusatzbeitrag aus Versorgungsbezügen unmittelbar vom Versicherten erhebt (bei freiwillig Versicherten, Versicherten in der Auffangversicherungspflicht und bei Kapitalabfindungen/-leistungen), werden hingegen von der zweimonatigen Verzögerung nicht erfasst. Die Ausführungen zu § 247 Absatz 3 SGB V in Bezug auf die Auswirkungen einer Fusion von Krankenkassen und des Krankenkassenwechsels gelten für § 248 Satz 3 SGB V aufgrund der inhaltlichen Parallelität der beiden Vorschriften entsprechend.

Freiwillig versicherte Rentner haben den Zusatzbeitrag aus Renten oder Versorgungsbezügen zusammen mit dem übrigen Krankenversicherungsbeitrag selbst an die Krankenkasse zu zahlen. Eine Veränderung des Zusatzbeitragssatzes wirkt sich daher bei diesem Mitgliederkreis ohne zeitliche Verzögerung auf die Höhe des Zusatzbeitrags aus (vgl. Verweis in § 240 Absatz 2 Satz 5 SGB V auf § 247 Satz 1 und 2 - ohne Satz 3 - SGB V und § 248 Satz 1 und 2 - ohne Satz 3 - SGB V). Für die Bemessung des Zuschusses zur Krankenversicherung des Rentenversicherungsträgers für freiwillig versicherte Rentenbezieher gelten hingegen nach ausdrücklicher Bestimmung in § 106 Absatz 2 Satz 2 SGB VI die Grundsätze der zeitlichen Verzögerung entsprechend.

Für Arbeitseinkommen im Sinne des § 226 Absatz 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V und § 237 Satz 1 Nr. 3 SGB V ist für die Wirkung von Veränderungen des Zusatzbeitragssatzes kein Zeitverzug vorgesehen. Für die auf gesetzliche Renten aus dem Ausland nach § 228 Absatz 1 Satz 2 SGB V entfallenden Zusatzbeiträge gilt die zweimonatige Verzögerung nach ausdrücklicher Bestimmung in § 247 Satz 3 SGB V ebenfalls nicht.

Auch bei Anwendung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes zum 1. Januar eines Jahres ergibt sich der vorstehend beschriebene Zeitverzug nicht.

A VIII 3.3.1.3 Beitragssatz in der Krankenversicherung aus Renten für Versicherungspflichtige

Für die Beiträge Versicherungspflichtiger aus Renten ist der allgemeine Beitragssatz zugrunde zu legen (§ 247 Absatz 1 SGB V). Dies gilt unabhängig davon, ob die Person in der KVdR oder nach anderen gesetzlichen Vorschriften pflichtversichert ist. Im Fall einer entsprechenden Satzungsregelung kommt ein Zusatzbeitragssatz nach § 242 Absatz 1 SGB V hinzu.

Hingegen gilt für pflichtversicherte Mitglieder der landwirtschaftlichen Krankenkasse bei der Bemessung der Beiträge aus Renten der gesetzlichen Rentenversicherung ein besonderer Beitragssatz, der sich aus dem allgemeinen Beitragssatz und dem durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz zusammensetzt (§ 39 Absatz 3 Satz 1, § 42 Absatz 4 Satz 1 und § 45 Absatz 2 Satz 2 KVLG 1989).

A VIII 3.3.1.4 Beitragssatz in der Krankenversicherung aus gesetzlichen Renten aus dem Ausland für Versicherungspflichtige

Für gesetzliche Renten aus dem Ausland im Sinne des § 228 Absatz 1 Satz 2 SGB V ist seit 1. Juli 2011 in § 247 Satz 2 SGB V ein besonderer Beitragssatz vorgesehen. Dieser beträgt seit 1. Januar 2015 die Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes, also 7,3 %, sowie – seit dem 1. Januar 2019 - die Hälfte des Zusatzbeitragssatzes. Da der ausländische Rentenversicherungsträger nicht an den Beiträgen zur deutschen gesetzlichen Krankenversicherung beteiligt werden kann, soll der Versicherte nur in dem Umfang mit Beiträgen belastet werden, wie dies bei inländischen Renten der gesetzlichen Rentenversicherung der Fall ist.

Für pflichtversicherte Mitglieder der landwirtschaftlichen Krankenkasse gilt ein besonderer Beitragssatz, der sich seit dem 1. Januar 2019 aus der Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes und der Hälfte des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes zusammensetzt (§ 39 Absatz 3 Satz 2, § 42 Absatz 4 Satz 1 und § 45 Absatz 2 Satz 2 KVLG 1989).

A VIII 3.3.1.5 Beitragssatz in der Krankenversicherung aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen für Versicherungspflichtige

Nach § 248 SGB V gilt bei Versicherungspflichtigen für die Bemessung der Beiträge aus den Versorgungsbezügen nach § 229 Absatz 1 Satz 1 Nr. 1, 2, 3 und 5 SGB V und dem Arbeitseinkommen der allgemeine Beitragssatz nach § 241 SGB V. Im Fall einer entsprechenden Satzungsregelung kommt ein Zusatzbeitragssatz nach § 242 Absatz 1 SGB V hinzu.

Bei Beziehern einer Rente nach dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte (ALG-Renten), die nach § 229 Absatz 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V als Versorgungsbezug gilt, ist die Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes, also 7,3 %, maßgebend (§ 248 Satz 2 SGB V). Im Fall einer entsprechenden Satzungsregelung zur Erhebung eines Zusatzbeitrags kommt seit dem 1. Januar 2019 die Hälfte des Zusatzbeitragssatzes (bis 31. Dezember 2018: der volle Zusatzbeitragssatz) nach § 242 Absatz 1 SGB V hinzu.

Für pflichtversicherte Mitglieder der landwirtschaftlichen Krankenkasse gilt nach § 39 Absatz 2 Satz 2, § 42 Absatz 4 Satz 1 und § 45 Absatz 2 Satz 2 KVLG 1989 Folgendes: Für die Bemessung der Beiträge aus Versorgungsbezügen nach § 229 Absatz 1 Satz 1 Nr. 1, 2, 3 und 5 SGB V und aus Arbeitseinkommen aus außerland- und außerforstwirtschaftlicher Tätigkeit gilt ein besonderer Beitragssatz, der sich aus dem allgemeinen Beitragssatz und dem durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz zusammensetzt. Bei Versorgungsbezügen nach § 229 Absatz 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V gilt ein Beitragssatz, der sich aus der Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes und seit dem 1. Januar 2019 der Hälfte des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes (bis 31. Dezember 2018: und des vollen durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes) zusammensetzt, anzuwenden.

A VIII 3.3.1.6 Beitragssatz in der Krankenversicherung für freiwillig und in der Aufang-Versicherungspflicht versicherte Rentner

Bei freiwillig versicherten Rentnern sind die Beiträge aus den Einnahmearten Rente, Versorgungsbezug und Arbeitseinkommen grundsätzlich unter Zugrundelegung des allgemeinen Beitragssatzes zu berechnen (vgl. Verweis in § 240 Absatz 2 Satz 5 SGB V). Im Fall einer entsprechenden Satzungsregelung kommt ein kassenindividueller Zusatzbeitragssatz nach § 242 Absatz 1 SGB V hinzu.

Die Aussagen zu den Beitragssätzen aus gesetzlichen Renten aus dem Ausland unter A VIII 3.3.1.4 und aus ALG-Renten unter A VIII 3.3.1.5 gelten aufgrund des Verweises in § 240 Absatz 2 Satz 5 SGB V auf § 247 Satz 1 und 2 SGB V und § 248 Satz 1 und 2 SGB V für freiwillig Versicherte entsprechend.

Für Versicherte in der Auffang-Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V gelten die vorstehenden Aussagen zum Beitragssatz durch den Verweis in § 227 SGB V auf § 240 SGB V entsprechend. Für die in der landwirtschaftlichen Auffang-Versicherungspflicht nach § 2 Absatz 1 Nr. 7 KVLG 1989 Versicherten gilt die Abweichung, dass der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz bzw. die Hälfte des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes Anwendung findet (§ 39 Absatz 3, § 45 Absatz 2 KVLG 1989).

Die Beiträge für freiwillige Mitglieder der landwirtschaftlichen Krankenkasse werden nicht nach Beitragssätzen, sondern nach Beitragsklassen bemessen (§ 46 KVLG 1989).

A VIII 3.3.2 Beitragssatz in der sozialen Pflegeversicherung

Der Beitragssatz in der sozialen Pflegeversicherung beträgt nach § 55 Absatz 1 Satz 1 SGB XI seit dem 1. Januar 2019 3,05 % der beitragspflichtigen Einnahmen.

Als Folge der Halbierung ihrer Leistungsansprüche (§ 28 Absatz 2 SGB XI) gilt bei Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit und Pflege einen eigenen Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge haben, unabhängig von dem jeweils geltenden Beihilfesatz die Hälfte des normalen Beitragssatzes (§ 55 Absatz 1 Satz 2 SGB XI). Dieser Beitragssatz beträgt damit seit dem 1. Januar 2019 1,525 %. Ein abgeleiteter Beihilfe- bzw. Heilfürsorgeanspruch reicht für die Beitragssatzvergünstigung dagegen nicht aus (Urteil des BSG vom 6. November 1997 – 12 RP 1/97 –, USK 9741).

Mitglieder haben ab Beginn des Monats nach Vollendung des 23. Lebensjahres einen Beitragszuschlag von 0,25 Beitragssatzpunkten zu zahlen, wenn sie keine Kinder haben oder hatten („Beitragszuschlag für Kinderlose“, § 55 Absatz 3 SGB XI). Der Beitragssatz beträgt in diesen Fällen seit dem 1. Januar 2019 3,3 %

Von Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit und Pflege einen eigenen Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge haben, ist der Beitragszuschlag nach § 55 Absatz 3 SGB XI ebenfalls in voller Höhe zu zahlen, sodass der Beitragssatz seit dem 1. Januar 2019 bei Bestehen einer Beihilfeberechtigung 1,775 % beträgt.

Der Beitragszuschlag nach § 55 Absatz 3 SGB XI gilt nicht für Mitglieder, die vor dem 1. Januar 1940 geboren sind, für Wehr- und Zivildienstleistende (nach Aussetzen der Wehrpflicht seit 1. Juli 2011 nur noch für freiwillig Wehrdienstleistende) sowie für Bezieher von Arbeitslosengeld II. Die Befreiung von der Zuschlagspflicht bezieht sich bei Beziehern von Arbeitslosengeld II nur auf diese Leistung. Werden daneben andere beitragspflichtige Einnahmen bezogen (z. B. Rente, Versorgungsbezüge), unterliegen diese ggf. der Zuschlagspflicht. Von der Zuschlagspflicht befreit sind außerdem Mitglieder, die nachweisen, dass sie Eltern im Sinne des § 56 Absatz 1 Satz 1 Nr. 3 und Absatz 3 Nr. 2 und 3 SGB XI sind.

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

Als Eltern berücksichtigt werden neben den leiblichen Eltern auch Adoptiv-, Stief- und Pflegeeltern. Adoptiveltern sind vom Beitragszuschlag allerdings nicht ausgenommen, wenn das Kind bei Adoption die Altersgrenzen für die Familienversicherung bereits erreicht oder überschritten hat; Stiefeltern sind vom Beitragszuschlag nicht ausgenommen, wenn das Kind bei der Heirat des Elternteils des Kindes die Altersgrenzen für die Familienversicherung bereits erreicht oder überschritten oder wenn das Kind vor Erreichen dieser Altersgrenzen nicht in den gemeinsamen Haushalt mit dem Mitglied aufgenommen worden ist (§ 55 Absatz 3a SGB XI).

Der Nachweis der Elterneigenschaft ist vom Mitglied gegenüber der beitragsabführenden Stelle (bei Rentnern gegenüber dem Rentenversicherungsträger) zu erbringen, sofern dort nicht bereits aus einem anderen Grund (beim Rentenversicherungsträger beispielsweise durch vorgemerkte Kindererziehungs- und Berücksichtigungszeiten) die Elterneigenschaft bekannt ist. Die Rente ist grundsätzlich von Beginn an ohne Abzug des Beitragszuschlags zu zahlen, wenn der Nachweis innerhalb von drei Monaten nach dem Tag des Rentenbeginns beim Rentenversicherungsträger vorliegt. Bei einem späteren Eingang des Nachweises wird die Rente vom Beginn des Folgemonats des Nachweiseingangs an ohne Abzug des Beitragszuschlags gezahlt.

Näheres geht aus den „Grundsätzlichen Hinweisen zum Beitragszuschlag für Kinderlose und Empfehlungen zum Nachweis der Elterneigenschaft“ des GKV-Spitzenverbandes in der jeweils aktuellen Fassung hervor.

A VIII 3.4 Tragung der Beiträge

A VIII 3.4.1 Versicherungspflichtige Rentner

Seit 1. Januar 2019 tragen der Rentenversicherungsträger und der Rentner sowohl die nach dem allgemeinen Beitragsatz bemessenen Beiträge als auch die kassenindividuellen Zusatzbeiträge aus der Rente jeweils zur Hälfte (§ 249a Satz 1 SGB V).

Versicherungspflichtige Rentner, die Mitglied der landwirtschaftlichen Krankenkasse sind, und der Rentenversicherungsträger tragen die - unter Berücksichtigung des in § 39 Absatz 3 KVLG 1989 festgelegten Beitragssatzes - aus der Rente zu zahlenden Beiträge ebenfalls je zur Hälfte (§ 48 Absatz 3 KVLG 1989).

Die hälftige Tragung der aus der Rente zu zahlenden Beiträge nach § 249a Satz 1 SGB V (§ 48 Absatz 3 KVLG 1989) gilt im Übrigen auch bei Rentnern, die nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V versicherungspflichtig sind. Zwar haben Versicherungspflichtige nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung im Allgemeinen allein zu tragen, hiervon ausdrücklich ausgenommen sind jedoch die Beiträge aus Arbeitsentgelt und die Krankenversicherungsbeiträge aus Renten der gesetzlichen Rentenversicherung (§ 250 Absatz 3 SGB V, § 59 Absatz 1 SGB XI). Anders als bei einer freiwilligen Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung besteht bei Vorliegen einer Auf-fang-Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 V auch kein Anspruch auf Zahlung eines Zuschusses zur Krankenversicherung durch den Rentenversicherungsträger.

Bei Versicherungspflichtigen, die eine für sie nach § 237 Satz 2 SGB V beitragsfreie Waisenrente nach § 48 SGB VI beziehen, hat der Träger der Rentenversicherung nach § 249a Satz 2 SGB V die Hälfte der nach dieser Rente zu bemessenden Beiträge zu tragen (und nach § 255 SGB V zu zahlen), wie er sie ohne die Beitragsfreiheit zu tragen hätte. Ein Einbehalt von Versichertenbeitragsanteilen scheidet dann jedoch aus. Entsprechendes gilt nach § 48 Absatz 3 Satz 1 KVLG 1989 in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung.

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

Die Beiträge zur Krankenversicherung aus Versorgungsbezügen, gesetzlichen Renten aus dem Ausland und Arbeitseinkommen, einschließlich des Zusatzbeitrags, werden nach § 250 Absatz 1 Nr. 1 und 2 SGB V ausschließlich vom Versicherten getragen.

Die Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung sind generell vom versicherungspflichtigen Rentner einschließlich eines eventuell zu zahlenden Beitragszuschlags nach § 55 Absatz 3 SGB XI in voller Höhe allein zu tragen. Dies gilt nach § 59 Absatz 1 Satz 2 SGB XI auch für Bezieher einer Rente nach dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte und für Bezieher von Produktionsaufgaberente oder Ausgleichsgeld, die nach § 14 Absatz 4 FELEG⁴ versichert sind.

A VIII 3.4.2 Freiwillig versicherte Rentner

Freiwillig versicherte Rentenbezieher haben nach § 250 Absatz 2 SGB V und § 59 Absatz 4 SGB XI die Beiträge zur Krankenversicherung, einschließlich des Zusatzbeitrags, sowie zur sozialen Pflegeversicherung in voller Höhe allein zu tragen.

Sie erhalten zu ihrer Rente vom Rentenversicherungsträger auf Antrag einen Zuschuss zu den Aufwendungen für die Krankenversicherung (§ 106 Absatz 1 SGB VI). Als freiwillige Krankenversicherung im Sinne der Zuschussregelung gilt neben der auf Antrag zustande kommenden freiwilligen Versicherung nach § 9 SGB V auch die obligatorische Anschlussversicherung nach § 188 Absatz 4 SGB V. Eine Beitragsleistung nach § 240 Absatz 4b SGB V (Beitrag für die Anwartschaftsversicherung) begründet jedoch keinen Zuschussanspruch.

Der Zuschuss wird seit dem 1. Januar 2019 in Höhe des halben Betrages geleistet, der sich aus der Anwendung des allgemeinen Beitragssatzes der gesetzlichen Krankenversicherung zuzüglich des Zusatzbeitragssatzes nach § 242 SGB V auf den Zahlbetrag der Rente ergibt. Für Zeiten der Beitragsfreiheit nach § 224 SGB V, in denen die Krankenkasse vom Rentenbezieher keine Beiträge aus der Rente fordert, ist ein Anspruch auf den Zuschuss nicht gegeben.

Für den Fall, dass die Anspruchsvoraussetzungen für den Zuschuss zur freiwilligen Krankenversicherung eines Rentners nach § 106 SGB VI entfallen, weil die Krankenkasse rückwirkend Versicherungspflicht in der KVdR feststellt, sieht § 108 Absatz 2 SGB VI seit dem 17. November 2016 neue Bedingungen vor, nach denen der Rentenversicherungsträger die Bewilligung des Zuschusses rückwirkend vom Beginn der Versicherungspflicht an aufzuheben hat. In Fällen dieser Art, in denen die Krankenkassen Kenntnis von einer Zuschusszahlung des Rentenversicherungsträgers haben, werden sie die zu erstattenden Beiträge zur freiwilligen Krankenversicherung nicht unmittelbar an den Versicherten auszahlen. Stattdessen werden sie den Erstattungsbetrag für ein Verrechnungssuchen der Rentenversicherungsträger nach § 28 Nr. 1 SGB IV zurückhalten, vorausgesetzt, die Rentenversicherungsträger ihrerseits stellen eine zeitnahe Bezifferung der Höhe ihres Verrechnungssuchens im jeweiligen Einzelfall sicher (in der Regel innerhalb von drei Wochen nach Eingang der maschinellen Meldung beim Rentenversicherungsträger).

⁴ Anmerkung:

In der allgemeinen Krankenversicherung sind Ausgleichsgeldbezieher nach § 5 Absatz 1 Nr. 1 SGB V pflichtversichert. Die Versicherungspflicht tritt allerdings nur dann ein, wenn unmittelbar vor dem Beginn des Ausgleichsgeldes eine Mitgliedschaft in der allgemeinen Krankenversicherung bestanden hat und weder Krankengeld bezogen noch eine versicherungspflichtige Beschäftigung ausgeübt wird (§ 15 Absatz 3 FELEG). Entsprechendes gilt für die Pflegeversicherung (§ 15 Absatz 4 FELEG). Auf die Gemeinsamen Grundsätze der Spitzenverbände der Krankenkassen, des VDR, der BfA und der BA zum Ausgleichsgeld nach dem FELEG vom 14. September 1999 wird hingewiesen.

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

An dem vorstehend geschilderten Verfahren wird auch dann festgehalten, wenn der Sozialhilfeträger bei der Krankenkasse die Erstattung der gesamten Beiträge aufgrund eines abgetretenen Erstattungsanspruchs des Versicherten beantragt, und zwar unabhängig davon, ob das Erstattungsbegehren vor oder nach dem Verrechnungsersuchen des Rentenversicherungsträgers bei der Krankenkasse eingeht. Es handelt sich um Fälle, bei denen der Sozialhilfeträger die Beiträge zur freiwilligen Krankenversicherung übernommen und an die Krankenkasse gezahlt hat. Die Einzelheiten gehen aus dem Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes 2018/239 vom 15. Mai 2018 hervor.

A VIII 3.5 Berechnung des Beitrags aus der Rente

Für die Berechnung des Beitrags aus der Rente ist der Zahlbetrag der Rente (A VIII 3.1.2.1) mit dem geltenden allgemeinen Beitragssatz zu multiplizieren. Das Ergebnis ist auf zwei Dezimalstellen auszurechnen, wobei die zweite Stelle um 1 zu erhöhen ist, wenn sich in der dritten Stelle eine der Zahlen 5 bis 9 ergibt.

Bei pflichtversicherten Rentnern ergibt die Hälfte des unter Anwendung des allgemeinen Beitragssatzes errechneten Beitrags den Anteil des Rentenversicherungsträgers am Krankenversicherungsbeitrag aus der Rente. Dieser Anteil ist ebenfalls auf zwei Dezimalstellen auszurechnen. Ergibt sich eine dritte Dezimalstelle, ist aufzurunden.

Die Differenz zwischen dem Beitrag aus der Rente und dem Anteil des Rentenversicherungsträgers ergibt den Anteil des Rentners.

Der auf den Zusatzbeitragssatz entfallene Beitrag ist gesondert zu berechnen.

Beispiel 1:

Rente ab 1.1.2020	900,59 €
Krankenversicherungsbeitrag unter Berücksichtigung des allgemeinen Beitragssatzes 14,6 % von 900,59 € =	131,49 € (aufgerundet)
Anteil des Rentenversicherungsträgers 131,49 € / 2 =	65,75 € (aufgerundet)
Anteil des Rentenberechtigten 131,49 € - 65,75 € =	65,74 €
Zusatzbeitrag (beispielhaft wird ein kassenindividueller Zusatzbeitragssatz in Höhe von 0,9 % angenommen) 0,9 % von 900,59 € =	8,11 € (aufgerundet)
Anteil des Rentenversicherungsträgers 8,11 € / 2 =	4,06 € (aufgerundet)
Anteil des Rentenberechtigten 8,11 € - 4,06 € =	4,05 €

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

Pflegeversicherungsbeitrag nach § 55 Absatz 1 Satz 1 SGB XI – ohne Beteiligung des Rentenversicherungsträgers - (hier ohne Beitragszuschlag für Kinderlose)	
3,05 % von 900,59 € =	27,47 € (aufgerundet)

Für pflichtversicherte Mitglieder der landwirtschaftlichen Krankenkasse ist der Beitrag aus der Rente unter Berücksichtigung des um den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz (2020: 1,1 %) erhöhten allgemeinen Beitragssatzes der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 39 Absatz 3 KVLG 1989) wie folgt zu berechnen:

Beispiel 2:

Rente ab 1.1.2020	900,59 €
Krankenversicherungsbeitrag (14,6 % + 1,1 % = 15,7 %) von 900,59 € =	141,39 € (abgerundet)
Anteil des Rentenversicherungsträgers 141,39 € / 2 =	70,70 € (aufgerundet)
Anteil des Rentenberechtigten 141,39 € - 70,70 € =	70,69 €
Pflegeversicherungsbeitrag nach § 55 Absatz 1 Satz 1 SGB XI – ohne Beteiligung des Rentenversicherungsträgers - (hier ohne Beitragszuschlag für Kinderlose)	
3,05 % von 900,59 € =	27,47 € (aufgerundet)

A VIII 3.6 Beitragsfreiheit in der Pflegeversicherung

Rentner sind nach § 56 Absatz 4 SGB XI auf Antrag beitragsfrei in der Pflegeversicherung, wenn sie sich auf nicht absehbare Dauer in stationärer Pflege befinden und bestimmte Entschädigungsleistungen wegen Pflegebedürftigkeit erhalten.

Beitragsfreiheit nach § 56 Absatz 4 SGB XI kommt jedoch nicht zustande, wenn und solange der Rentner Familienangehörige hat, für die eine Versicherung nach § 25 SGB XI besteht.

Über die Beitragsfreiheit ist der Rentenversicherungsträger zu informieren (A VII 2.2.7).

A IX Beitragszahlung aus Renten

§ 252 SGB V Beitragszahlung

(1) Soweit gesetzlich nichts Abweichendes bestimmt ist, sind die Beiträge von demjenigen zu zahlen, der sie zu tragen hat. ...

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

(2) Die Beitragszahlung erfolgt in den Fällen des § 251 Absatz 3, 4 und 4a an den Gesundheitsfonds. Ansonsten erfolgt die Beitragszahlung an die nach § 28i des Vierten Buches zuständige Einzugsstelle. Die Einzugsstellen leiten die nach Satz 2 gezahlten Beiträge einschließlich der Zinsen auf Beiträge und Säumniszuschläge arbeits-tätlich an den Gesundheitsfonds weiter. ...

(2a) – (6) ...

§ 255 SGB V

Beitragszahlung aus der Rente

(1) Beiträge, die Versicherungspflichtige aus ihrer Rente nach § 228 Absatz 1 Satz 1 zu tragen haben, sind von den Trägern der Rentenversicherung bei der Zahlung der Renten einzubehalten und zusammen mit den von den Trägern der Rentenversicherung zu tragenden Beiträgen an die Deutsche Rentenversicherung Bund für die Krankenkassen mit Ausnahme der landwirtschaftlichen Krankenkasse zu zahlen. Bei einer Änderung in der Höhe der Beiträge ist die Erteilung eines besonderen Bescheides durch den Träger der Rentenversicherung nicht erforderlich.

(2) Ist bei der Zahlung der Rente die Einbehaltung von Beiträgen nach Absatz 1 unterblieben, sind die rückständigen Beiträge durch den Träger der Rentenversicherung aus der weiterhin zu zahlenden Rente einzubehalten; § 51 Absatz 2 des Ersten Buches gilt entsprechend. Wird die Rente nicht mehr gezahlt, obliegt der Einzug von rückständigen Beiträgen der zuständigen Krankenkasse. Der Träger der Rentenversicherung haftet mit dem von ihm zu tragenden Anteil an den Aufwendungen für die Krankenversicherung.

(3) Soweit im Folgenden nichts Abweichendes bestimmt ist, werden die Beiträge nach den Absätzen 1 und 2 am letzten Bankarbeitstag des Monats fällig, der dem Monat folgt, für den die Rente gezahlt wird. Wird eine Rente am letzten Bankarbeitstag des Monats ausgezahlt, der dem Monat vorausgeht, in dem sie fällig wird (§ 272a des Sechsten Buches), werden die Beiträge nach den Absätzen 1 und 2 abweichend von Satz 1 am letzten Bankarbeitstag des Monats, für den die Rente gezahlt wird, fällig. Am Achten eines Monats wird ein Betrag in Höhe von 300 Millionen Euro fällig; die im selben Monat fälligen Beträge nach den Sätzen 1 und 2 verringern sich um diesen Betrag. Die Deutsche Rentenversicherung Bund leitet die Beiträge nach den Absätzen 1 und 2 an den Gesundheitsfonds weiter und teilt dem Bundesversicherungsamt bis zum 15. des Monats die voraussichtliche Höhe der am letzten Bankarbeitstag fälligen Beträge mit.

§ 50 KVLG 1989

Beitragszahlung aus der Rente und aus Versorgungsbezügen

(1) Beiträge, die Versicherungspflichtige aus ihrer Rente nach § 228 Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu tragen haben, sind von den Trägern der Rentenversicherung bei der Zahlung der Rente einzubehalten und an die zuständige landwirtschaftliche Krankenkasse zu zahlen. § 255 Absatz 1 Satz 2, Absatz 2 und 3 Satz 1 und 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt.

(2) Beiträge, die Versicherungspflichtige aus Versorgungsbezügen zu zahlen haben, sind von den Zahlstellen der Versorgungsbezüge einzubehalten und an die landwirtschaftliche Krankenkasse zu zahlen. § 256 Absatz 1 Satz 2 bis 5 und Absatz 2 und 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt.

§ 60 SGB XI Beitragszahlung

(1) Soweit gesetzlich nichts Abweichendes bestimmt ist, sind die Beiträge von demjenigen zu zahlen, der sie zu tragen hat. § 252 Absatz 1 Satz 2, die §§ 253 bis 256a des Fünften Buches und § 49 Satz 2, die §§ 50 und 50a des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte gelten entsprechend. Die aus einer Rente nach dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte und einer laufenden Geldleistung nach dem Gesetz zur Förderung der Einstellung der landwirtschaftlichen Erwerbstätigkeit zu entrichtenden Beiträge werden von der Alterskasse gezahlt; § 28g Satz 1 des Vierten Buches gilt entsprechend.

(2) - (3) ...

(4) Die Deutsche Rentenversicherung Bund leitet alle Pflegeversicherungsbeiträge aus Rentenleistungen einschließlich der Beitragszahlung der Arbeiterrentenversicherung am fünften Arbeitstag des Monats, der dem Monat folgt, in dem die Rente fällig war an den Ausgleichsfond der Pflegeversicherung (§ 65) weiter. Werden Rentenleistungen am letzten Bankarbeitstag des Monats ausgezahlt, der dem Monat vorausgeht, in dem sie fällig werden (§ 272a des Sechsten Buches), leitet die Deutsche Rentenversicherung Bund die darauf entfallenden Pflegeversicherungsbeiträge am fünften Arbeitstag des laufenden Monats an den Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung weiter.

(5) - (7) ...

A IX 1 Beitragszahlung aus laufenden Rentenzahlungen

Die Rentenversicherungsträger sind nach § 255 Absatz 1 Satz 1 SGB V verpflichtet, die Beiträge, die Versicherungspflichtige aus ihrer Rente nach § 228 Absatz 1 Satz 1 SGB V zu tragen haben (einschließlich der Hälfte des Zusatzbeitrags), von der Rente und Rentennachzahlung einzubehalten und zusammen mit dem Trägeranteil an den Beiträgen an den Gesundheitsfonds abzuführen, unabhängig davon, nach welcher Vorschrift Versicherungspflicht besteht. Dies schließt auch die Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V mit ein. Von der Zahlungspflicht wird auch der Beitragsanteil erfasst, den der Rentenversicherungsträger im Fall des Bezuges einer nach § 237 Satz 2 SGB V beitragsfreien Waisenrente nach § 249a Satz 2 SGB V zu tragen hat. Die Rentenversicherungsträger haben daher zu prüfen, ob die Rente der Beitragspflicht unterliegt. Um eine Prüfung vornehmen zu können, haben die Krankenkassen die Rentenversicherungsträger über sämtliche krankenversicherungsrechtliche Tatbestände zu informieren (§ 201 Absatz 1, 3 und 5 SGB V). Den Rentenversicherungsträgern obliegt ferner die Beitragsberechnung unter Beachtung der Beitragsbemessungsgrenze.

Für die Fälligkeit der Beiträge gilt § 255 Absatz 3 SGB V.

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

Die landwirtschaftliche Krankenkasse nimmt wegen ihrer besonderen Finanzierungsbedingungen nicht am Gesundheitsfonds teil. Infolgedessen ist der vom Rentenversicherungsträger bei der Zahlung der Rente einbehaltene Beitragsanteil des Rentners zusammen mit dem Trägeranteil an die landwirtschaftliche Krankenkasse zu zahlen (§ 50 Absatz 1 KVLG 1989).

Hinsichtlich der Beitragszahlung zur sozialen Pflegeversicherung aus der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung gilt § 255 SGB V entsprechend (§ 60 Absatz 1 Satz 2 SGB XI); abweichend hiervon regelt § 60 Absatz 4 SGB XI die Fälligkeit der Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung. Von den Renten der freiwillig krankenversicherten Rentner, die in der sozialen Pflegeversicherung pflichtversichert sind, ist jedoch kein Beitrag einzubehalten, da sie ihre Beiträge selbst an die Pflegekasse zahlen.

Die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung aus gesetzlichen Renten aus dem Ausland sind unmittelbar vom Mitglied an die Krankenkasse zu zahlen (§ 252 Absatz 1 Satz 1 SGB V, § 60 Absatz 1 Satz 1 SGB XI).

A IX 2 Nachträglicher Beitragseinbehalt

§ 255 Absatz 2 SGB V regelt die nachträgliche Beitragseinbehaltung aus der Rente durch den Rentenversicherungsträger, wenn die Einbehaltung der Beiträge bei Zahlung der Rente - gleich aus welchem Grund - unterblieben ist. In diesem Fall bleibt der Rentenversicherungsträger grundsätzlich verpflichtet, die rückständigen Beiträge aus der laufenden Rente einzubehalten.

Die Einbehaltung ist nach § 255 Absatz 2 SGB V in Verbindung mit § 51 Absatz 2 SGB I bis zur Hälfte der Rente zulässig, soweit der Rentenberechtigte nicht nachweist, dass er Hilfe zum Lebensunterhalt, Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung oder Grundsicherung für Arbeitsuchende bezieht oder durch die Einbehaltung hilfebedürftig im Sinne der Vorschriften des SGB XII oder SGB II werden würde.

Vor der Beitragsnacherhebung wird dem Rentenberechtigten daher im Rahmen der Anhörung nach § 24 SGB X Gelegenheit gegeben, das Vorliegen oder den Eintritt von Hilfebedürftigkeit im Sinne der Vorschriften des SGB XII oder SGB II nachzuweisen. Erbringt er diesen Nachweis nicht, behält der Rentenversicherungsträger die rückständigen Beiträge aus der laufenden Rente ein. Ist nach dem Ergebnis der Anhörung der Beitragseinbehalt aus der laufenden Rente nicht möglich, unterrichtet der Rentenversicherungsträger die Krankenkasse entsprechend.

Für Beitragsansprüche nach § 255 Absatz 2 SGB V gilt die Verjährungsfrist nach § 25 Absatz 1 Satz 1 SGB IV (Urteil des BSG vom 15. Juni 2000 - B 12 RJ 5/99 R -, USK 2000-78). Nach dieser Entscheidung kann bei Beitragsnachforderungen aufgrund eines unterlassenen Beitragseinhalts durch den Rentenversicherungsträger im Allgemeinen nicht von der 30-jährigen Verjährungsfrist ausgegangen werden.

Wird die Rente nicht mehr gezahlt, geht die Verpflichtung zum Beitragseinzug auf die Krankenkasse über. In jedem Fall haftet der Rentenversicherungsträger im Rahmen der oben aufgeführten Verjährung in Höhe der von ihm nach § 249a SGB V für die Vergangenheit zu tragenden Anteile an den Krankenversicherungsbeiträgen.

Die vorangestellten Ausführungen über einen nachträglichen Beitragseinbehalt und eine nachträgliche Zahlung der Beiträge gelten uneingeschränkt auch bei einer Ermäßigung oder einem Erlass der Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung nach § 256a SGB V bzw. § 60 Absatz 1 Satz 2 SGB XI in den Fällen, in denen ein Versicherter das Vorliegen

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

der Voraussetzungen der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V erst verspätet anzeigt. Über eine Ermäßigung oder einen Erlass der Beiträge entscheidet ausschließlich die Krankenkasse, die den Rentenversicherungsträger unverzüglich über die Entscheidung informiert. Von einer Ermäßigung oder einem Erlass wird der Beitragsanteil des Rentenversicherungsträgers nicht erfasst.

A IX 3 Zuständigkeit bei Widerspruch gegen die Beitragserhebung

Die Krankenkassen/Pflegekassen entscheiden über das Kranken- und Pflegeversicherungsverhältnis sowie über Besonderheiten, die bei der Beitragseinbehaltung aus der Rente zu berücksichtigen sind (wie das Vorliegen einer Beihilfeberechtigung i. S. des SGB XI oder die Beitragsfreiheit einer Waisenrente nach § 237 Satz 2 SGB V). Auf der Grundlage dieser Entscheidung stellen die Rentenversicherungsträger fest, ob und in welcher Höhe Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge aus der Rente nach § 255 SGB V bzw. § 60 SGB XI einzubehalten sind oder ein Zuschuss zur Krankenversicherung nach § 106 SGB VI zu zahlen ist.

Für die Durchführung eines Widerspruchsverfahrens ist derjenige Sozialleistungsträger zuständig, der die angefochtene Entscheidung getroffen hat. Erlässt z. B. der Rentenversicherungsträger für einen versicherungspflichtigen Rentner einen Verwaltungsakt über die Höhe der von ihm aus der Rente einzubehaltenden Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge, obliegt dem Rentenversicherungsträger auch die Zuständigkeit für die Durchführung eines sich eventuell anschließenden Widerspruchsverfahrens, wenn der Rentner sich gegen die Beitragserhebung aus der Rente wendet. Setzen sich solche Verfahren vor dem Sozialgericht fort, ist es unter Umständen sinnvoll, gegenüber dem Gericht eine Beiladung der Krankenkasse nach § 75 SGG anzuregen, da der angefochtene Verwaltungsakt des Rentenversicherungsträgers auf der Grundlage der Entscheidung der Krankenkasse ergangen ist.

A X Beitragserstattung nach § 231 SGB V

§ 231 SGB V

Erstattung von Beiträgen

(1) Beiträge aus Versorgungsbezügen oder Arbeitseinkommen werden dem Mitglied durch die Krankenkasse auf Antrag erstattet, soweit sie auf Beträge entfallen, um die die Versorgungsbezüge und das Arbeitseinkommen zusammen mit dem Arbeitsentgelt einschließlich des einmalig gezahlten Arbeitsentgelts die anteilige Jahresarbeitsentgeltgrenze überschritten haben.

(2) Die zuständige Krankenkasse erstattet dem Mitglied auf Antrag die von ihm selbst getragenen Anteile an den Beiträgen aus der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung, soweit sie auf Beträge entfallen, um die die Rente zusammen mit den übrigen der Beitragsbemessung zugrunde gelegten Einnahmen des Mitglieds die Beitragsbemessungsgrenze überschritten hat. Die Satzung der Krankenkasse kann Näheres über die Durchführung der Erstattung bestimmen. Wenn dem Mitglied auf Antrag von ihm getragene Beitragsanteile nach Satz 1 erstattet werden, werden dem Träger der gesetzlichen Rentenversicherung die von diesem insoweit getragenen Beitragsanteile erstattet.

(3) ...

§ 57 SGB XI

Beitragspflichtige Einnahmen

(1) Bei Mitgliedern der Pflegekasse, die in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind, gelten für die Beitragsbemessung die §§ 226 bis 232a, 233 bis 238 und § 244 des Fünften Buches sowie die §§ 23a und 23b Absatz 2 bis 4 des Vierten Buches. Bei Personen, die Arbeitslosengeld II beziehen, ist abweichend von § 232a Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 des Fünften Buches das 0,2266fache der monatlichen Bezugsgröße zugrunde zu legen und sind abweichend von § 54 Absatz 2 Satz 2 die Beiträge für jeden Kalendermonat, in dem mindestens für einen Tag eine Mitgliedschaft besteht, zu zahlen; § 232a Absatz 1a des Fünften Buches gilt entsprechend.

(2) - (5) ...

A X 1 Erstattung von Beiträgen aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen nach § 231 Absatz 1 SGB V

A X 1.1 Allgemeines

In den Fällen, in denen neben Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen noch Arbeitsentgelt bezogen wird, ist vorrangig das Arbeitsentgelt zur Beitragsberechnung heranzuziehen (§ 230 Satz 1 SGB V). Dies gilt auch in Bezug auf einmalig gezahltes Arbeitsentgelt im Sinne des § 23a SGB IV. Die Zugrundelegung der anteiligen Jahresarbeitsentgeltgrenze für die Berechnung der Beiträge aus einmalig gezahltem Arbeitsentgelt kann dazu führen, dass sich in Folge der Zahlung von einmaligem Arbeitsentgelt der Rahmen, bis zu dem Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen der Beitragspflicht unterliegen, und damit die Beitragspflicht nachträglich verringert oder dass die Beitragspflicht aus den Versorgungsbezügen bzw. dem Arbeitseinkommen ganz entfällt. In diesen Fällen handelt es sich um Personen, die aufgrund einer Beschäftigung versicherungspflichtig sind.

Für Fälle dieser Art sieht § 231 Absatz 1 SGB V vor, dass dem Mitglied die Beiträge aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen (einschließlich des Zusatzbeitrags) auf Antrag zu erstatten sind, soweit sie von einem die anteilige Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Absatz 7 SGB V übersteigenden Betrag berechnet worden sind.

Das zweistufige Verfahren der Beitragsfestsetzung aus dem Arbeitseinkommen ab 1. Januar 2018 (A VIII 3.1.4) wirkt sich auf die Beitragserstattung nach § 231 Absatz 1 SGB V in der Weise aus, dass dafür abgewartet werden muss, bis die Höhe des Arbeitseinkommens nach Vorlage des Einkommensteuerbescheides endgültig festgestellt worden ist.

A X 1.2 Erstattungsfähiger Beitrag

Bei der Anwendung des § 231 Absatz 1 SGB V können nur Beiträge von kongruenten Zeiträumen verglichen werden, d.h., die Vergleichsberechnung beschränkt sich auf solche Zeiten, für die einerseits Beiträge aus laufendem Arbeitsentgelt entrichtet und demzufolge die anteilige Jahresarbeitsentgeltgrenze angesetzt und andererseits Beiträge aus Versorgungsbezügen oder Arbeitseinkommen erhoben worden sind. Soweit Beiträge aus Versorgungsbezügen oder Arbeitseinkommen für nach § 224 Absatz 1 Satz 1 SGB V beitragsfreie Zeiten nach Maßgabe des § 224 Absatz 1 Satz 2 SGB V gezahlt worden sind, scheidet eine Beitragserstattung nach § 231 Absatz 1 SGB V aus.

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

Beispiel:

Ein Versicherungspflichtiger hat im Jahr 2020 monatlich folgende Einkünfte:

Arbeitsentgelt	3.400,00 €
Urlaubsgeld im Juni	1.100,00 €
Versorgungsbezüge (keine Betriebsrente)	1.200,00 €
Laufendes Arbeitsentgelt bis Juni (3.400 € x 6)	20.400,00 €
Urlaubsgeld	1.100,00 €
Versorgungsbezüge bis Juni (1.200 € x 6)	<u>+ 7.200,00 €</u>
	28.700,00 €
abzüglich anteilige Jahresarbeitsentgeltgrenze bis Juni (mtl. 4.687,50 €)	- <u>28.125,00 €</u>
	575,00 €

Dem Mitglied können Beiträge aus Versorgungsbezügen aus einem Betrag von 575,00 € erstattet werden.

Sofern sich durch die Erstattung der Beiträge aus Versorgungsbezügen oder Arbeitseinkommen nachträglich ein beitragspflichtiger Versorgungsbezug bzw. ein beitragspflichtiges Arbeitseinkommen von insgesamt nicht mehr als einem Zwanzigstel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 SGB IV ergibt, entfällt die Beitragspflicht aus den Versorgungsbezügen oder dem Arbeitseinkommen nicht (§ 226 Absatz 2 Satz 1 SGB V).

A X 2 Erstattung von Beiträgen aus Renten nach § 231 Absatz 2 SGB V

A X 2.1 Allgemeines

Für Rentenbezieher, die nicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 11, 11a oder 12 SGB V, sondern nach anderen gesetzlichen Vorschriften der Versicherungspflicht in der Krankenversicherung unterliegen, werden einmal die Rente separat und zum anderen die beitragspflichtigen Einnahmen aufgrund des Versicherungsverhältnisses zuzüglich der Versorgungsbezüge und eines eventuell vorhandenen Arbeitseinkommens bis zur Beitragsbemessungsgrenze berücksichtigt (A VIII 3.2.2).

Diese Regelung (Ansetzung einer "doppelten" Beitragsbemessungsgrenze) kann zur Folge haben, dass insgesamt Beiträge aus einem Betrag oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze entrichtet werden. Um die Mitglieder insgesamt nicht mit Beiträgen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze zu belasten, räumt § 231 Absatz 2 SGB V die Möglichkeit einer Beiträgerstattung (einschließlich des Zusatzbeitrags) ein. Eine gesetzliche Rente aus dem Ausland ist in diesem Zusammenhang als gleichrangig anzusetzen (§ 228 Absatz 1 Satz 2 SGB V), sodass nach Feststellung des Überzahlungsbetrages durch beide Renten eine Aufteilung dieses Betrages im Verhältnis der Rentenhöhen in Anwendung des § 22 Absatz 2 Satz 1 und 2 SGB IV zueinander stattzufinden hat.

Aussagen zur Beiträgerstattung für nach § 5 Absatz 1 Nr. 9 oder 10 SGB V Versicherte enthält Abschnitt A VIII 3.2.3.4.

Das zweistufige Verfahren der Beitragsfestsetzung aus dem Arbeitseinkommen ab 1. Januar 2018 (A VIII 3.1.4) wirkt sich auf die Beiträgerstattung nach § 231 Absatz 2 SGB V in der Weise aus, dass dafür abgewartet werden muss, bis die Höhe des Arbeitseinkommens nach Vorlage des Einkommensteuerbescheides endgültig festgestellt worden ist.

A X 2.2 Erstattungsfähiger Beitrag

Nach § 231 Absatz 2 SGB V i. V. m. § 57 Absatz 1 Satz 1 SGB XI werden dem Mitglied auf Antrag die aus der Rente entrichteten Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung erstattet, soweit sie auf Beträge entfallen, um die die Rente zusammen mit den übrigen der Beitragsbemessung zugrunde gelegten Einnahmen die Beitragsbemessungsgrenze überschritten hat.

Sofern Versorgungsbezüge und Arbeitseinkommen die Mindesteinnahmegrenze nach § 226 Absatz 2 Satz 1 SGB V nicht übersteigen und daher im laufenden Verfahren nicht zur Beitragsbemessung heranzuziehen waren, sind sie auch im Rahmen der Ermittlung des Erstattungsfähigen Beitrags aus der Rente nach § 231 Absatz 2 SGB V nicht zu berücksichtigen.

Darüber hinaus kommt eine Beitragserstattung auch insoweit in Betracht, als Beiträge aus der Rente bei der Gewährung von einmalig gezahltem Arbeitsentgelt von einem Betrag oberhalb der anteiligen Jahresbeitragsbemessungsgrenze im Sinne des § 23a SGB IV erhoben worden sind. In diesen Fällen muss zunächst der Gesamtbetrag der Rentenleistungen für den Zeitraum (SV-Tage), der für die Ermittlung der anteiligen Jahresbeitragsbemessungsgrenze maßgebend war, festgestellt werden. Soweit dieser Gesamtbetrag zusammen mit dem beitragspflichtigen Arbeitsentgelt (einschließlich des einmalig gezahlten Arbeitsentgelts) die anteilige Jahresbeitragsbemessungsgrenze überschreitet, ist der darauf entfallende Beitrag zu erstatten.

Im Fall einer Beitragserstattung an den Rentenberechtigten erhält auch der Rentenversicherungsträger die von ihm insoweit getragenen Beitragsanteile zur Krankenversicherung zurück. Die Erstattung wird von der jeweiligen Krankenkasse durch die nach § 6 Absatz 2 Beitragsverfahrensverordnung zu erstellende Monatsabrechnung abgewickelt (A X 2.6).

Für Beiträge aus der Rente, die auf beitragsfreie Zeiten nach § 224 Absatz 1 Satz 1 SGB V entfallen, kommt eine Erstattung aufgrund § 224 Absatz 1 Satz 2 SGB V nicht in Betracht.

Beispiel 1:

Eine Rentnerin hat im Jahr 2020 monatlich folgende Einkünfte:

Arbeitsentgelt	2.800,00 €
Hinterbliebenenversorgung von einer berufsständischen Versorgungseinrichtung (Versorgungsbezüge)	1.400,00 €
zusammen	4.200,00 €
Witwenrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung	600,00 €
zusammen	4.800,00 €
Beitragsbemessungsgrenze mtl.	4.687,50€

Laufende Beitragszahlung:

Unter Berücksichtigung der doppelten Beitragsbemessungsgrenze für Arbeitsentgelt und Versorgungsbezüge einerseits und für die Rente andererseits unterliegen alle Einnahmen zunächst der Beitragspflicht.

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

Erstattung nach § 231 Absatz 2 SGB V:

Im ersten und zweiten Rang unterliegen das Arbeitsentgelt und die Versorgungsbezüge der Beitragspflicht. Durch Hinzurechnung der Rente wird die Beitragsbemessungsgrenze monatlich um $(4.800,00 - 4.687,50 =)$ 112,50 € überschritten. Die aus diesem Betrag der Rente entfallenden Beitragsanteile zur Kranken- und Pflegeversicherung sind der Versicherten und dem Rentenversicherungsträger von der Krankenkasse zu erstatten.

Beispiel 2:

Eine Rentnerin hat im Jahre 2020 monatlich folgende Einkünfte:

Arbeitsentgelt	3.300,00 €
Einmalig gezahltes Arbeitsentgelt im November	2.200,00 €
Witwenrente	1.500,00 €

a) Monatliche "Überzahlung"

Arbeitsentgelt	3.300,00 €
Witwenrente	<u>+ 1.500,00 €</u>
insgesamt	4.800,00 €
abzüglich monatliche Beitragsbemessungsgrenze	<u>- 4.687,50 €</u>
Differenz	112,50 €

Die auf 112,50 € entfallenden (vom Mitglied monatlich getragenen) Beiträge aus der Rente können erstattet werden. Sofern der Versicherte einen Erstattungsantrag stellt, sind auch dem Rentenversicherungsträger die von ihm getragenen Beitragsanteile zur Krankenversicherung zu erstatten.

b) „Überzahlung“ aufgrund des einmalig gezahlten Arbeitsentgelts

Variante 1:

Gesamt-"Überzahlung" aufgrund des einmalig gezahlten Arbeitsentgelts – unter Anrechnung der ggf. monatlich vorgenommenen Erstattungen

Laufendes Arbeitsentgelt bis November $(3.300,00 € \times 11)$	36.300,00 €
Einmalig gezahltes Arbeitsentgelt	<u>+ 2.200,00 €</u>
	38.500,00 €
Witwenrente bis November $(1.500,00 € \times 11)$	<u>+ 16.500,00 €</u>
insgesamt	55.000,00 €
abzüglich anteilige Jahresarbeitsentgeltgrenze bis November (330 SV-Tage)	<u>- 51.562,50 €</u>
Differenz	3.437,50 €

Bis einschließlich November können die auf 3.437,50 € entfallenden (vom Mitglied monatlich getragenen) Beiträge aus der Rente erstattet werden, ggf. abzüglich der bereits monatlich vorgenommenen Erstattungen. Sofern der Versicherte einen Erstattungsantrag stellt, sind auch dem Rentenversicherungsträger die von ihm getragenen Beitragsanteile zur Krankenversicherung zu erstatten.

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

Variante 2:

„Überzahlung“ im Monat November aufgrund des einmalig gezahlten Arbeitsentgelts – zusätzlich zu den monatlich vorgenommenen Erstattungen

Arbeitsentgelt im November	3.300,00 €
Einmalig gezahltes Arbeitsentgelt im November	+ 2.200,00 €
Witwerrente im November	+ <u>1.500,00 €</u>
insgesamt	7.000,00 €
abzüglich monatliche Beitragsbemessungsgrenze	- <u>4.687,50 €</u>
Differenz	2.312,50 €

Im Monat November können die auf 2.312,50 € entfallenden (vom Mitglied getragenen) Beiträge aus der Rente erstattet werden. Sofern der Versicherte einen Erstattungsantrag stellt, ist der auf 2.312,50 € entfallende Beitragsanteil des Rentenversicherungsträgers zur Krankenversicherung diesem dann ebenfalls zu erstatten. Zuzüglich der bereits monatlich vorgenommenen Erstattungen aus einem Betrag von (112,50 € x 10 Monate =) 1.125,00 € ergibt sich ebenfalls ein Gesamtbetrag von 3.437,50 €, aus dem Beiträge zu erstatten sind.

A X 2.3 Beitragserstattung bei Beginn oder Ende des Arbeitsentgelts oder der Rente im laufenden Kalenderjahr

Auch in den Fällen, in denen Rente und Arbeitsentgelt im Laufe des Kalenderjahres beginnen oder enden, ist zunächst die laufende Überzahlung durch Abgleich der für den Entgeltabrechnungszeitraum maßgeblichen Beitragsbemessungsgrenze mit dem laufenden Arbeitsentgelt und der auf diesen Zeitraum entfallenden Rente zu ermitteln. Alsdann muss die Überzahlung aufgrund des einmalig gezahlten Arbeitsentgelts durch Abgleich der für das einmalig gezahlte Arbeitsentgelt zu bildenden anteiligen Jahresbeitragsbemessungsgrenze mit dem beitragspflichtigen Arbeitsentgelt (einschließlich des beitragspflichtigen Teils der in diesem Zeitraum bezogenen "beitragspflichtigen" Rente) festgestellt werden.

Beispiel 1:

Eine Rentnerin hat im Jahr 2020 monatlich folgende Einkünfte:

Arbeitsentgelt	4.300,00 €
Einmalig gezahltes Arbeitsentgelt im November	2.800,00 €
Witwenrente ab 1.7.2020 monatlich	700,00 €

a) Monatliche "Überzahlung"

Arbeitsentgelt	4.300,00 €
Witwenrente	+ <u>700,00 €</u>
insgesamt	5.000,00 €
monatliche Beitragsbemessungsgrenze	- <u>4.687,50 €</u>
Differenz	312,50 €

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

Die auf 312,50 € entfallenden (vom Mitglied monatlich getragenen) Beiträge aus der Rente sind auf Antrag zu erstatten (für Juli bis Dezember). Gleichzeitig hat an den Rentenversicherungsträger eine Erstattung der von ihm aus 312,50 € getragenen Beitragsanteile zur Krankenversicherung zu erfolgen.

b) "Überzahlung" aufgrund des einmalig gezahlten Arbeitsentgelts

Laufendes Arbeitsentgelt bis November (4.300,00 € x 11)	47.300,00 €
Einmalig gezahltes beitragspflichtiges Arbeitsentgelt	<u>+ 2.800,00 €</u>
insgesamt	50.100,00 €
"Beitragspflichtiger" Teil der Rente Juli bis November (387,50 € x 5)	<u>+ 1.937,50 €</u>
insgesamt	52.037,50 €
Anteilige Jahresbeitragsbemessungsgrenze bis November (330 SV-Tage)	<u>- 51.562,50 €</u>
Differenz	475,00 €

Neben der aufgrund des laufenden Arbeitsentgelts aus der Rente vorzunehmenden Erstattung (Juli bis November 5 x 312,50 € = 1.562,50 €) können aufgrund des einmalig gezahlten beitragspflichtigen Arbeitsentgelts die aus 475,00 € vom Mitglied aus der Rente getragenen Beiträge (insgesamt also aus 2.037,50 €) erstattet werden. Selbiges gilt für die an den Rentenversicherungsträger vorzunehmende Erstattung der von dort getragenen Beitragsanteile zur Krankenversicherung.

Beispiel 2:

Ein Rentner hat im Jahr 2020 monatlich folgende Einkünfte:

Lfd. Arbeitsentgelt 1.1. - 31.1.2020 (30 SV-Tage)	3.800,00 €
Lfd. Arbeitsentgelt 1.2. - 28.2.2020 (30 SV-Tage)	3.700,00 €
Lfd. Arbeitsentgelt 1.3. - 5.3.2020 (5 SV-Tage)	620,00 €
Beitragsfreiheit 6.3. - 7.4.2020	
Lfd. Arbeitsentgelt 8.4. - 30.4.2020 (23 SV-Tage)	3.000,00 €
Lfd. Arbeitsentgelt 1.5. - 31.5.2020 (30 SV-Tage)	3.800,00 €
Einmalig gezahltes Arbeitsentgelt im Mai 2020	<u>1.000,00 €</u>
Insgesamt (118 SV-Tage)	15.920,00 €

Monatliche Rente 1.050,00 €

a) Monatliche "Überzahlung"

	Januar	Februar	März (5 SV-Tage)	April (23 SV-Tage)	Mai
Arbeitsentgelt	3.800,00 €	3.700,00 €	620,00 €	3.000,00 €	3.800,00 €
Rente *)	1.050,00 €	1.050,00 €	175,00 €	805,00 €	1.050,00 €
insgesamt	4.850,00 €	4.750,00 €	795,00 €	3.805,00 €	4.850,00 €
BBG	4.687,50 €	4.687,50 €	781,25 €	3.593,75 €	4.687,50 €
Differenz	162,50 €	62,50 €	13,75 €	211,25 €	162,50 €
insgesamt:	<u>612,50 €</u>				

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

danach noch "beitragspflichtiger" Teil der Rente *)	887,50 €	987,50 €	161,25 €	593,75 €	887,50 €
---	----------	----------	----------	----------	----------

insgesamt: 3.517,50 €

*) bzw. Anteil der Rente, der auf die SV-Tage entfällt (Monate März und April). Die tatsächlich gewährte Rente beträgt durchgehend ungekürzt 1.050,00 € monatlich.

Die auf 612,50 € entfallenden vom Mitglied getragenen Beiträge aus der Rente für die Monate Januar bis Mai 2020 können erstattet werden. Daneben ist der Beitragsanteil des Rentenversicherungsträgers für die Monate Januar bis Mai 2020 an diesen zu erstatten.

b) "Überzahlung" aufgrund des einmalig gezahlten Arbeitsentgelts

Laufendes Arbeitsentgelt bis Mai	14.920,00 €
Einmalig gezahltes Arbeitsentgelt	<u>+ 1.000,00 €</u>
insgesamt	15.920,00 €
"Beitragspflichtiger" Teil der Rente 1.1. - 5.3. und 8.4. - 31.5.	<u>+ 3.517,50 €</u>
insgesamt	19.437,50 €
Anteilige Jahresbeitragsbemessungsgrenze (118 SV-Tage)	<u>- 18.437,50 €</u>
Differenz	1.000,00 €

Neben der aufgrund des laufenden Arbeitsentgelts aus der Rente vorzunehmenden Erstattung (Januar bis Mai = aus 612,50 €) können aufgrund des einmalig gezahlten Arbeitsentgelts die aus 1.000,00 € vom Mitglied aus der Rente getragenen Beiträge (insgesamt aus 1.612,50 €) erstattet werden. Dies gilt auch für den an den Rentenversicherungsträger zu erstattenden Beitragsanteil zur Krankenversicherung.

A X 2.4 Ermittlung des Erstattungsbetrages der Pflegeversicherungsbeiträge bei Bezug von Krankengeld

Krankengeldbezieher unterliegen in der sozialen Pflegeversicherung nach § 57 Absatz 2 SGB XI im Gegensatz zur Krankenversicherung der Beitragspflicht. Als beitragspflichtige Einnahmen gelten 80 % des Arbeitsentgelts, das der Bemessung des Krankengeldes zugrunde liegt. Die Pflegeversicherungsbeiträge werden je zur Hälfte vom Leistungsbezieher und der Krankenkasse getragen, soweit sie auf das Krankengeld entfallen, im Übrigen von der Krankenkasse allein (§ 59 Absatz 2 SGB XI).

Bei einer Beiträgerstattung aus der Rente in der Pflegeversicherung nach § 57 Absatz 1 SGB XI i. V. m. § 231 SGB V ist die Beitragszahlung aus dem Krankengeld in Form der Bemessungsgrundlage für die Beiträge aus dem Krankengeld zur Pflegeversicherung nach § 57 Absatz 2 SGB XI zu berücksichtigen. Dies führt im Ergebnis zu unterschiedlichen Ausgangswerten für eine Erstattung von Beiträgen nach § 57 Absatz 1 SGB XI in der Pflegeversicherung und bei einer Beiträgerstattung nach § 231 SGB V in der Krankenversicherung. Insoweit sind zwei Berechnungsverfahren erforderlich.

A X 2.5 Satzungsbestimmung

§ 231 Absatz 2 Satz 3 SGB V überlässt es der Krankenkasse, durch die Satzung Näheres über die Durchführung der Beitragserstattung zu bestimmen. Durch eine solche Satzungsbestimmung können z. B. Regelungen über Art und Weise sowie Zeitpunkt der Erstattung getroffen werden. Hiernach richtet sich auch das Erstattungsverfahren gegenüber dem Rentenversicherungsträger.

A X 2.6 Erstattungsverfahren

Beitragserstattungen (Beitragsanteile der Rentenversicherungsträger zur Krankenversicherung) werden über die Ziffer 6.9 der Monatsabrechnung Teil B (GSV) nachgewiesen. Die dort ausgewiesenen Beträge werden in der Monatsabrechnung wertneutral als nachrichtliche Position geführt. Die Erstattung erfolgt durch eine Verrechnung mit den von der DRV Bund an den Gesundheitsfonds weiterzuleitenden KVdR-Beiträgen.

Die von den Krankenkassen an ihre Mitglieder zu erstattenden Beitragsanteile werden in den von den Krankenkassen gegenüber dem BVA zu erstellenden Monatsabrechnungen Teil B (GSV) ausgewiesen und verrechnet, und zwar unter der Ziffer 5.8.

Die zu den Erstattungsfällen nach § 231 Absatz 2 SGB V bestehenden Regelungen gelten auch für die vor dem Hintergrund des BSG-Urteils vom 19. Dezember 1995 - 12 RK 74/94 -, USK 95153, vorzunehmenden Beitragserstattungen bei versicherungspflichtigen Studenten mit Rentenbezug (A VIII 3.2.3.4).

A X 3 Antrag

Eine Beitragserstattung nach § 231 SGB V wird nicht von Amts wegen vorgenommen. Hierzu ist vielmehr ein Antrag des Rentners erforderlich. Dieser Antrag ist an keine Form gebunden und bei der zuständigen Krankenkasse zu stellen. Der Rentenversicherungsträger hat kein eigenes Antragsrecht.

A X 4 Zuständige Krankenkasse

Zuständig ist die Krankenkasse, bei der der Versicherte während der Zeit, für die eine Erstattung verlangt wird, versichert war. Hat der Rentenbezieher in dieser Zeit verschiedenen Krankenkassen angehört, muss der Antrag an die jeweiligen Krankenkassen gerichtet werden. Sofern der Erstattungsantrag bei einer unzuständigen Krankenkasse gestellt wird, hat sie den Antrag an die zuständige Krankenkasse weiterzuleiten.

A X 5 Verjährung

Der Antrag auf Erstattung von Beiträgen nach § 231 SGB V ist an keine Frist gebunden. Zu beachten ist in diesem Zusammenhang aber die Vorschrift des § 27 Absatz 2 SGB IV, wonach der Erstattungsanspruch in vier Jahren nach Ablauf des Kalenderjahres verjährt, in dem die Beiträge entrichtet worden sind.

B Abgrenzung der Kassenzuständigkeit zwischen allgemeiner und landwirtschaftlicher Krankenversicherung

B I Versicherungspflicht in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung

§ 2 KVLG 1989 Pflichtversicherte

(1) In der Krankenversicherung der Landwirte sind versicherungspflichtig

- 1. Unternehmer der Land- und Forstwirtschaft einschließlich des Wein- und Gartenbaus sowie der Teichwirtschaft und der Fischzucht (landwirtschaftliche Unternehmer), deren Unternehmen, unabhängig vom jeweiligen Unternehmer, auf Bodenbewirtschaftung beruht und die Mindestgröße erreicht; § 1 Absatz 5 des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte gilt,**
- 2. Personen, die als landwirtschaftliche Unternehmer tätig sind, ohne dass ihr Unternehmen die Mindestgröße im Sinne der Nummer 1 erreicht, wenn**
 - a) ihr landwirtschaftliches Unternehmen die nach § 1 Absatz 5 des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte festgesetzte Mindestgröße um nicht mehr als die Hälfte unterschreitet und sie nicht nach Nummer 4 versicherungspflichtig sind und**
 - b) das Arbeitsentgelt und Arbeitseinkommen, das sie neben dem Einkommen aus dem landwirtschaftlichen Unternehmen haben, sowie das in § 5 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannte Vorruhestandsgeld im Kalenderjahr die Hälfte der jährlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch nicht übersteigt,**
- 3. mitarbeitende Familienangehörige eines landwirtschaftlichen Unternehmers, wenn sie das fünfzehnte Lebensjahr vollendet haben oder wenn sie als Auszubildende in dem landwirtschaftlichen Unternehmen beschäftigt sind,**
- 4. Personen, die die Voraussetzungen für den Bezug einer Rente nach dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte erfüllen und diese Rente beantragt haben,**
- 5. Personen, die das fünfundsechzigste Lebensjahr vollendet haben und während der letzten fünfzehn Jahre vor Vollendung des fünfundsechzigsten Lebensjahres mindestens sechzig Kalendermonate als landwirtschaftliche Unternehmer nach Nummer 1 oder 2 oder als mitarbeitende Familienangehörige nach Nummer 3 versichert waren, sowie die überlebenden Ehegatten und eingetragenen Lebenspartner (Lebenspartner) dieser Personen.**

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

6. Personen, die die Voraussetzungen für eine Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 2 oder 2a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllen,
7. Personen, die die Voraussetzungen für eine Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllen.

(2) Als landwirtschaftliche Unternehmer nach Absatz 1 Nr. 1 gelten Unternehmer der Binnenfischerei, der Imkerei und der Wanderschäferei, deren Unternehmen unabhängig vom jeweiligen Unternehmer die Mindestgröße erreicht; für die Bestimmung der Mindestgröße gilt § 1 Absatz 5 Satz 2 bis 4 des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte. Soweit sich die folgenden Vorschriften auf landwirtschaftliche Unternehmen beziehen, gelten sie entsprechend für die in Satz 1 genannten Unternehmen.

(3) Unternehmer ist, wer seine berufliche Tätigkeit selbständig ausübt. Beschränkt haftende Gesellschafter einer Personenhandelsgesellschaft oder Mitglieder einer juristischen Person gelten als Unternehmer, wenn sie hauptberuflich im Unternehmen tätig und wegen dieser Tätigkeit nicht kraft Gesetzes in der gesetzlichen Rentenversicherung versichert sind. Betreiben Ehegatten oder Lebenspartner gemeinsam ein landwirtschaftliches Unternehmen, gilt derjenige Ehegatte oder Lebenspartner als Unternehmer, der das Unternehmen überwiegend leitet. Ist nicht festzustellen, wer das Unternehmen überwiegend leitet, bestimmt die Krankenkasse, welcher Ehegatte oder Lebenspartner als Unternehmer gilt.

(4) Mitarbeitende Familienangehörige sind Verwandte bis zum dritten Grad und Verschwägerter bis zum zweiten Grad sowie Pflegekinder (Personen, mit denen der Unternehmer, sein Ehegatte oder sein Lebenspartner durch ein familienähnliches, auf längere Dauer angelegtes Band verbunden ist, sofern er sie in seinen Haushalt aufgenommen hat) eines landwirtschaftlichen Unternehmers im Sinne des Absatzes 3, seines Ehegatten oder seines Lebenspartners, die in seinem landwirtschaftlichen Unternehmen hauptberuflich beschäftigt sind. Sind beide Ehegatten oder Lebenspartner mitarbeitende Familienangehörige, ist nur derjenige versicherungspflichtig, der überwiegend in dem landwirtschaftlichen Unternehmen beschäftigt ist; Absatz 3 Satz 4 gilt entsprechend. Als mitarbeitender Familienangehöriger gilt auch der Ehegatte oder Lebenspartner des landwirtschaftlichen Unternehmers, der aufgrund einer Beschäftigung in dem landwirtschaftlichen Unternehmen des anderen Ehegatten oder Lebenspartners die in § 5 Absatz 1 Nr. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Voraussetzungen erfüllt.

(4a) Nach Absatz 1 Nr. 1 bis 6 ist nicht versicherungspflichtig, wer außerhalb der Land- und Forstwirtschaft hauptberuflich selbständig erwerbstätig ist. Bei Personen, die im Zusammenhang mit ihrer selbständigen Erwerbstätigkeit außerhalb der Land- und Forstwirtschaft regelmäßig mindestens einen Arbeitnehmer mehr als geringfügig beschäftigen, wird vermutet, dass sie außerhalb der Land- und Forstwirtschaft hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind; als Arbeitnehmer gelten für Gesellschafter auch die Arbeitnehmer der Gesellschaft.

(5) Voraussetzung der Versicherung für die in Absatz 1 Nr. 3 genannten Personen ist, dass sie nicht nach Absatz 1 Nr. 1 oder 2 versicherungspflichtig sind, für die in Absatz 1 Nr. 4 genannten Personen, dass sie nicht nach Absatz 1 Nr. 1, 2, 3 oder 6 versicherungspflichtig sind, und für die in Absatz 1 Nr. 5 genannten Personen, dass sie nicht nach Absatz 1 Nr. 1, 2, 3 oder 4 versicherungspflichtig sind.

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

(6) Der Bezug des in § 5 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Vorruhestandsgeldes steht einer hauptberuflichen Beschäftigung als mitarbeitender Familienangehöriger gleich, wenn der Familienangehörige unmittelbar vor Bezug des Vorruhestandsgeldes nach Absatz 1 Nr. 3 versicherungspflichtig war. Als in Absatz 1 Nr. 3 bezeichnete landwirtschaftliche Unternehmer gelten auch die zur Zahlung von Vorruhestandsgeld Verpflichteten.

(6a) Nach Absatz 1 Nr. 7 ist nicht versicherungspflichtig, wer nach Absatz 1 Nr. 1 bis 6 versicherungspflichtig, freiwilliges Mitglied oder nach § 7 oder nach § 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch versichert ist. Satz 1 gilt entsprechend für Empfänger von Leistungen nach dem Dritten, Vierten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch, für Empfänger von Leistungen nach Teil 2 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch und für Empfänger laufender Leistungen nach § 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes. Satz 2 gilt auch, wenn der Leistungsbezug für weniger als einen Monat unterbrochen wird. Der Anspruch auf Leistungen nach § 19 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt nicht als Absicherung im Krankheitsfall im Sinne von Absatz 1 Nr. 7, sofern im Anschluss daran kein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall besteht.

(7) Wer versicherungspflichtig wird und bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert ist, kann den Versicherungsvertrag mit Wirkung vom Eintritt der Versicherungspflicht an kündigen. Dies gilt auch, wenn eine Versicherung nach § 7 eintritt.

(8) Kommt eine Versicherung nach den §§ 2, 6 oder 7 nach Kündigung des Versicherungsvertrages nicht zustande oder endet eine Versicherung nach den §§ 2 oder 7 vor Erfüllung der Vorversicherungszeit nach § 6, ist das private Krankenversicherungsunternehmen zum erneuten Abschluss eines Versicherungsvertrages verpflichtet, wenn der vorherige Vertrag für mindestens fünf Jahre vor seiner Kündigung ununterbrochen bestanden hat. Der Abschluss erfolgt ohne Risikoprüfung zu gleichen Tarifbedingungen, die zum Zeitpunkt der Kündigung bestanden haben; die bis zum Ausscheiden erworbenen Altersrückstellungen sind dem Vertrag zuzuschreiben. Wird eine gesetzliche Krankenversicherung nach Satz 1 nicht begründet, tritt der neue Versicherungsvertrag am Tag nach der Beendigung des vorhergehenden Versicherungsvertrages in Kraft. Endet die gesetzliche Krankenversicherung nach Satz 1 vor Erfüllung der Vorversicherungszeit, tritt der neue Versicherungsvertrag am Tag nach Beendigung der gesetzlichen Krankenversicherung in Kraft. Die Verpflichtung nach Satz 1 endet drei Monate nach der Beendigung des Versicherungsvertrages, wenn eine Versicherung nach den §§ 2, 6 oder 7 nicht begründet wurde. Bei Beendigung der Versicherung nach den §§ 2 oder 7 vor Erfüllung der Vorversicherungszeiten nach § 6 endet die Verpflichtung nach Satz 1 längstens zwölf Monate nach der Beendigung des privaten Versicherungsvertrages.

(9) Ausländer, die nicht Angehörige eines Mitgliedstaates der Europäischen Union, Angehörige eines Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder Staatsangehörige der Schweiz sind, werden von der Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nr. 7 erfasst, wenn sie eine Niederlassungserlaubnis oder eine Aufenthaltserlaubnis mit einer Befristung auf mehr als zwölf Monate nach dem Aufenthaltsgesetz besitzen und für die Erteilung dieser Aufenthaltstitel keine Verpflichtung zur Sicherung des Lebensunterhalts nach § 5 Absatz 1 Nr. 1 des Aufenthaltsgesetzes besteht. Angehörige eines anderen Mitgliedstaates der Europäischen Union, Angehörige eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum und Staatsangehörige der Schweiz werden von der Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nr. 7 nicht erfasst, wenn die Voraussetzung für die Wohnortnahme in Deutschland die Existenz eines Krankenversicherungsschutz-

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

zes nach § 4 des Freizügigkeitsgesetzes/EU ist. Bei Leistungsberechtigten nach dem Asylbewerberleistungsgesetz liegt eine Absicherung im Krankheitsfall bereits dann vor, wenn ein Anspruch auf Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt nach § 4 des Asylbewerberleistungsgesetzes dem Grunde nach besteht.

§ 3a KVLG 1989 Versicherungsfreiheit

Versicherungsfrei ist, wer

1. die Voraussetzungen des § 6 Absatz 1 Nr. 1, 2 oder 4 bis 8 oder § 6 Absatz 3a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllt; § 6 Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt, oder
2. Mitglied des Deutschen Bundestages oder eines Landtages oder Versorgungsempfänger nach den Abgeordnetengesetzen des Bundes oder der Länder ist.

§ 63 KVLG 1989 Überleitungsvorschrift

(1) Personen, deren Versicherungspflicht aufgrund dieses Gesetzes vom 1. Januar 1995 an entfällt, können der Versicherung beitreten. Der Beitritt ist der Krankenkasse bis spätestens zum 31. März 1995 schriftlich anzuzeigen; die Mitgliedschaft beginnt am 1. Januar 1995. Die Sätze 1 und 2 gelten für Personen, die die Voraussetzungen des § 6 Absatz 1 Nr. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllen, mit der Maßgabe, dass § 257 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch anzuwenden ist.

(2) Wer am 31. Dezember 1994 nach § 2 Absatz 1 Nr. 4 versicherungspflichtig ist oder nach § 23 Absatz 1 als Mitglied gilt und nach § 2 Absatz 4a oder § 3a ab 1. Januar 1995 versicherungsfrei ist, bleibt für die Dauer des Bezuges einer Rente nach dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte oder bis zu dem Tag, an dem der Antrag zurückgezogen oder die Ablehnung des Antrags unanfechtbar wird, versicherungspflichtig. Wer nach Satz 1 versicherungspflichtig ist, kann die Befreiung von der Versicherungspflicht bis zum 31. März 1995 beantragen. Die Befreiung wirkt vom 1. April 1995 an und kann nicht widerrufen werden.

B I 1 **Bezieher einer Rente nach dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte (ALG)**

B I 1.1 **Grundsatz**

Zum Personenkreis der Versicherungspflichtigen nach § 2 Absatz 1 Nr. 4 KVLG 1989 gehören - vorbehaltlich § 2 Absatz 4a KVLG 1989 (B I 1.2) und § 3a KVLG 1989 (B I 1.3) - alle Bezieher einer Regelaltersrente (§ 11 ALG), einer vorzeitigen Altersrente (§ 12 ALG), einer Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung oder einer Rente wegen voller Erwerbsminderung (§ 13 ALG), einer Witwen- oder Witwerrente (§ 14 ALG), einer Waisenrente (§ 15 ALG), einer Rente wegen Todes bei Verschollenheit (§ 16 ALG) oder einer Landabgaberrrente (§ 121 ALG). Dies gilt für Personen in den alten und in den neuen Bundesländern.

Für den Eintritt der Versicherungspflicht ist es nicht erforderlich, dass die Leistung tatsächlich ausgezahlt wird; es genügt, dass der Leistungsanspruch dem Grunde nach besteht. Die Krankenversicherung der Altenteiler wird demnach auch bei Ruhen der Leistung durchgeführt, nicht dagegen bei Verzicht auf die Leistung.

Wegen der Mitgliedschaft von Antragstellern auf die vorbezeichneten Renten wird auf § 23 KVLG 1989 verwiesen (B III).

B I 1.2 Ausschluss der Versicherungspflicht

Als Altenteiler ist nach § 2 Absatz 4a KVLG 1989 nicht krankenversicherungspflichtig, wer außerhalb der Land- und Forstwirtschaft hauptberuflich selbstständig erwerbstätig ist.

Mit dem Ziel einer einheitlichen Rechtsanwendung bei der Abgrenzung einer nicht hauptberuflich selbstständigen Tätigkeit von einer hauptberuflich selbstständigen Tätigkeit hat der GKV-Spitzenverband mit den Grundsätzlichen Hinweisen zum Begriff der hauptberuflich selbstständigen Erwerbstätigkeit eine Entscheidungshilfe mit empfehlendem Charakter für die Krankenkassen herausgegeben, in der für verschiedene Personengruppen unter Berücksichtigung der Rechtsprechung die jeweils wesentlichen Kriterien für eine entsprechende systematische Prüfung beschrieben werden. Es gelten die Grundsätzlichen Hinweise in der jeweils geltenden Fassung.

B I 1.3 Vorrangversicherung innerhalb der LKV

Voraussetzung für die Durchführung der Altenteilerversicherung nach § 2 Absatz 1 Nr. 4 KVLG 1989 ist, dass der Rentenbezieher innerhalb der LKV nicht vorrangig pflichtversichert ist. Die Altenteilerversicherung kommt nicht zum Tragen, solange eine Vorrangversicherung besteht als

- landwirtschaftlicher Unternehmer nach § 2 Absatz 1 Nr. 1 KVLG 1989,
- mitarbeitender Familienangehöriger nach § 2 Absatz 1 Nr. 3 KVLG 1989 oder als
- Bezieher von Arbeitslosengeld oder Arbeitslosengeld II nach § 2 Absatz 1 Nr. 6 KVLG 1989.

Nach einer Ergänzung des § 2 Absatz 1 Nr. 2 KVLG 1989 ist seit 1. Januar 2016 eine Vorrangversicherung als landwirtschaftlicher Kleinunternehmer ausgeschlossen.

B I 1.4 Versicherungsfreiheit

Nach § 3a KVLG 1989 sind u.a. Altenteiler versicherungsfrei, wenn sie

- die Voraussetzungen des § 6 Absatz 1 Nr. 1, 2 oder 4 bis 8 oder Absatz 3a SGB V erfüllen oder
- Mitglied des Deutschen Bundestages oder eines Landtages oder Versorgungsempfänger nach den Abgeordnetengesetzen des Bundes oder der Länder sind.

B I 1.5 Übergangsregelung

Personen, die am 31. Dezember 1994 der Versicherungspflicht nach § 2 Absatz 1 Nr. 4 KVLG 1989 als Bezieher einer laufenden Geldleistung nach dem ALG unterlagen und ab 1. Januar 1995 wegen § 2 Absatz 4a KVLG 1989 aus der Versicherungspflicht auszuschließen oder wegen § 3a KVLG 1989 versicherungsfrei waren, bleiben für die Dauer des Bezugs einer Rente nach dem ALG versicherungspflichtig.

B I 2 Sonstige Personen über 65 Jahre

B I 2.1 Grundsätzliches

Personen, die das 65. Lebensjahr vollendet haben, unterliegen dann der Versicherungspflicht in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung, wenn sie während der letzten 15 Jahre vor Vollendung des 65. Lebensjahres mindestens 60 Kalendermonate als landwirtschaftliche Unternehmer (§ 2 Absatz 1 Nr. 1 oder 2 KVLG 1989) oder als mitarbeitende Familienangehörige (§ 2 Absatz 1 Nr. 3 KVLG 1989) versichert waren.

Hinsichtlich der Ermittlung der Vorversicherungszeit sind Zeiten zusammenzurechnen, in denen die Betroffenen als landwirtschaftliche Unternehmer oder als mitarbeitende Familienangehörige versichert waren. Hat die Person, die das 65. Lebensjahr vollendet hat, die Vorversicherungszeit durch eigene Versicherungszeiten nicht erfüllt, sind Zeiten, die der verstorbene Ehegatte oder Lebenspartner innerhalb der Rahmenfrist zurückgelegt hat, als Vorversicherungszeit anzurechnen; dabei dürfen eigene Versicherungszeiten und Versicherungszeiten des Verstorbenen nur insoweit zusammengerechnet werden, als sie sich nicht überschneiden.

Versicherungspflichtig ist auch der überlebende Ehegatte oder Lebenspartner einer Person, die zum Zeitpunkt des Todes die Voraussetzungen des § 2 Absatz 1 Nr. 5 KVLG 1989 erfüllte. Nicht erforderlich ist, dass der Verstorbene selbst nach dieser Vorschrift versichert war. Der hinterbliebene Ehegatte oder Lebenspartner selbst braucht keine besonderen Voraussetzungen zu erfüllen; insbesondere ist es nicht erforderlich, dass dieser das 65. Lebensjahr bereits vollendet hat.

B I 2.2 Vorrangversicherung innerhalb der LKV

Voraussetzung für die Durchführung der Altenteilerversicherung nach § 2 Absatz 1 Nr. 5 KVLG 1989 ist, dass innerhalb der LKV keine vorrangige Pflichtversicherung besteht. Die Altenteilerversicherung kommt nicht zum Tragen, solange eine Vorrangversicherung besteht als

- landwirtschaftlicher Unternehmer nach § 2 Absatz 1 Nr. 1 KVLG 1989,
- landwirtschaftlicher Kleinunternehmer nach § 2 Absatz 1 Nr. 2 KVLG 1989
- mitarbeitender Familienangehöriger nach § 2 Absatz 1 Nr. 3 KVLG 1989 oder als
- Bezieher einer Rente aus der Alterssicherung der Landwirte nach § 2 Absatz 1 Nr. 4 KVLG 1989.

B I 2.3 Ausschluss der Versicherungspflicht und Versicherungsfreiheit

Die Vorschriften über den Ausschluss der Versicherungspflicht (§ 2 Absatz 4a KVLG 1989, B I 1.2) und über die Versicherungsfreiheit (§ 3a KVLG 1989, B I 1.4) gelten für die Altenteiler nach § 2 Absatz 1 Nr. 5 KVLG 1989 ebenfalls, und zwar sowohl im bisherigen Bundesgebiet als auch im Beitrittsgebiet.

B II Verhältnis der Versicherungspflicht in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung zur Versicherungspflicht nach anderen Gesetzen

§ 3 KVLG 1989

Verhältnis der Versicherungspflicht nach diesem Gesetz zur Versicherungspflicht nach anderen Gesetzen

(1) Nach diesem Gesetz ist nicht versichert, wer

1. nach anderen gesetzlichen Vorschriften versicherungspflichtig ist,
2. nach § 192 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch Mitglied bei einer anderen Krankenkasse ist.

(2) Vorrang der Versicherungspflicht nach diesem Gesetz besteht für

1. die in § 5 Absatz 1 Nr. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Beschäftigten, wenn sie diese Beschäftigung für die Dauer von voraussichtlich höchstens 26 Wochen aufnehmen und als versicherungspflichtige Unternehmer versichert sind,
 - 1a. die in § 5 Absatz 1 Nr. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Beschäftigten, wenn sie nach § 2 Absatz 1 Nr. 3 versicherungspflichtig sind,
2. die in § 5 Absatz 1 Nr. 11 bis 12 und § 189 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sowie in Artikel 2 § 1 des Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetzes vom 27. Juni 1977 (BGBl. I S. 1069) genannten Rentner und Rentenantragsteller, wenn sie nach § 2 Absatz 1 Nr. 1, 2 oder 3 versicherungspflichtig sind oder wenn sie nach § 2 Absatz 1 Nr. 4 versicherungspflichtig sind und in den letzten fünf Jahren vor Stellung des Antrags auf Gewährung der in § 2 Absatz 1 Nr. 4 bezeichneten Renten in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung neun Zehntel dieser Zeit versichert waren; hat in diesem Zeitraum auch eine Versicherung bei einer anderen Krankenkasse bestanden, ist die landwirtschaftliche Krankenkasse nur dann zuständig, wenn sie in den letzten zehn Jahren vor Stellung des Antrags auf Gewährung der in § 2 Absatz 1 Nr. 4 bezeichneten Renten mindestens die Hälfte der Zeit die Mitgliedschaft oder die Versicherung nach § 7 durchgeführt hat,
3. die in § 5 Absatz 1 Nr. 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Personen, die wegen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nicht nach dem Bundesversorgungsgesetz berechnetes Übergangsgeld beziehen, wenn sie nach § 2 Absatz 1 Nr. 1, 2 oder 3 versicherungspflichtig sind,

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

4. die in § 5 Absatz 1 Nr. 7 und 8 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten behinderten Menschen, wenn sie nach § 2 Absatz 1 Nr. 1, 2 oder 3 versicherungspflichtig sind,
5. die in § 5 Absatz 1 Nr. 9 und 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Studenten, Praktikanten und die zu ihrer Berufsausbildung ohne Arbeitsentgelt Beschäftigten, wenn sie nach § 2 Absatz 1 versicherungspflichtig sind,
6. die in § 5 Absatz 1 Nr. 2 oder 2a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Personen, wenn sie im Zeitpunkt der Arbeitslosmeldung oder vor dem Beginn des Bezugs von Unterhaltsgeld der landwirtschaftlichen Krankenkasse angehören oder angehört haben,
7. die in § 5 Absatz 1 Nr. 13 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Personen, wenn sie zuletzt bei der landwirtschaftlichen Krankenkasse versichert waren.

(3) Von der Versicherungspflicht nach § 2 Absatz 1 Nr. 4 und 5 ist befreit, wer

1. nach § 8 Absatz 1 Nr. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch wegen Änderung der Jahresarbeitsentgeltgrenze,
2. nach § 8 Absatz 1 Nr. 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch als Rentner oder Rentenantragsteller,
3. nach Artikel 3 § 1 Absatz 4 des Gesetzes zur Änderung des Mutterschutzgesetzes und der Reichsversicherungsordnung vom 24. August 1965 (BGBl. I S. 912) oder
4. nach Artikel 3 § 3 des Finanzänderungsgesetzes 1967 vom 21. Dezember 1967 (BGBl. I S. 1259)

von der Versicherungspflicht befreit ist.

B II 1 Vorrang der allgemeinen Krankenversicherung

Der Gesetzgeber hat für die Fälle, in denen nebeneinander Versicherungspflicht sowohl nach dem KVLG 1989 als auch nach anderen gesetzlichen Vorschriften besteht, die Kassenzuständigkeit zur Vermeidung von Doppelmitgliedschaften in verschiedenen Versicherungssystemen durch § 3 KVLG 1989 geregelt. Die Abgrenzung der Mitgliedschaft für Antragsteller auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung und Antragsteller auf eine Rente aus der Alterssicherung der Landwirte werden in § 189 SGB V und in § 23 KVLG 1989 gesondert und abschließend geregelt.

In der landwirtschaftlichen Krankenversicherung wird nach § 3 Absatz 1 KVLG 1989 nicht versichert, wer

- nach anderen gesetzlichen Vorschriften versicherungspflichtig
- nach § 192 SGB V Mitglied einer anderen Krankenkasse ist.

Als andere gesetzliche Vorschriften kommen (vorbehaltlich § 3 Absatz 2 KVLG 1989) insbesondere in Betracht:

- § 5 Absatz 1 Nr. 1 SGB V,

- § 5 Absatz 1 Nr. 2 oder 2a SGB V,
- § 5 Absatz 1 Nr. 6 bis 13 SGB V,
- § 9 Absatz 1 Satz 1 Nr. 6 SGB V in der bis zum 10. Mai 2019 geltenden Fassung und
- § 5 Absatz 1 Nr. 3 KSVG i. V. m. §§ 1 und 2 KSVG, soweit nach § 2 Absatz 1 Nr. 4 oder 5 KVLG 1989 Versicherungspflicht besteht.

Eine solche Versicherungspflicht nach anderen gesetzlichen Vorschriften verdrängt auch die Versicherungspflicht nach § 2 Absatz 1 Nr. 5 KVLG 1989.

Wird während einer Mitgliedschaft auf Grund der Versicherungspflicht nach § 2 Absatz 1 Nr. 5 KVLG 1989 ein Rentenanspruch gestellt, wird wegen § 189 Absatz 1 Satz 2 SGB V keine Rentenantragstellermemberschaft begründet. Bei einer Zubilligung der Rente für einen zurückliegenden Zeitraum führt die landwirtschaftliche Krankenkasse - abweichend vom vorstehenden Grundsatz - die Mitgliedschaft bis zum Ablauf des Monats durch, in dem der Rentenbescheid bekannt gegeben worden ist; die LKK erhält die Beiträge aus der Rente bis zum Ende der bei ihr geführten Mitgliedschaft.

B II 2 Vorrang der landwirtschaftlichen Krankenversicherung im Hinblick auf Antragsteller und Bezieher einer Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung einerseits und Antragsteller und Bezieher einer ALG-Rente andererseits

B II 2.1 Grundsatz "Aktiv vor Passiv"

Entsprechend dem die Krankenversicherung beherrschenden Grundsatz, dass die Mitgliedschaft bei aktiver Berufstätigkeit Vorrang hat vor der Mitgliedschaft aus dem Rentenbezug, wird die KVdR durch die Versicherungspflicht als landwirtschaftlicher Unternehmer (§ 2 Absatz 1 Nr. 1 oder 2 KVLG 1989) oder als arbeitender Familienangehöriger (§ 2 Absatz 1 Nr. 3 i. V. m. § 2 Absatz 4 Satz 1 KVLG 1989) verdrängt; die Mitgliedschaft ist in diesem Falle in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung durchzuführen (§ 3 Absatz 2 Nr. 2 Fallgruppe 1 KVLG 1989).

Stellt ein landwirtschaftlicher Unternehmer oder arbeitender Familienangehöriger (§ 2 Absatz 1 Nr. 1 bis 3 KVLG 1989) einen Antrag auf Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung, wird eine Mitgliedschaft nach § 189 SGB V nicht begründet, solange die Mitgliedschaft in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung besteht (§ 189 Absatz 1 Satz 2 SGB V).

B II 2.2 Zusammentreffen von KVdR und Altenteilerversicherung nach § 2 Absatz 1 Nr. 4 KVLG 1989 / § 23 KVLG 1989

B II 2.2.1 Rahmenfrist, Vorversicherungszeit

Werden die Voraussetzungen sowohl für die KVdR (§ 5 Absatz 1 Nr. 11, 11a, 11b Buchstabe a oder Nr. 12 SGB V) als auch für die Altenteilerversicherung (§ 2 Absatz 1 Nr. 4 KVLG 1989) erfüllt, wird bei der Abgrenzung der Kassenzuständigkeit nach § 3 Absatz 2 Nr. 2 Fallgruppe 2 KVLG 1989 darauf abgestellt, bei welcher Krankenkasse in den letzten Jahren (Fünf- oder Zehn-Jahres-Rahmenfrist) eine Versicherung bestand. Diese Regelung gilt nach § 23 Absatz 4 KVLG 1989 entsprechend beim Zusammentreffen der Voraussetzungen für die Mitgliedschaft nach § 189 SGB V und § 23 KVLG 1989.

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

Der Beginn der Fünf-Jahres-Rahmenfrist (1825 Tage) und die erweiterte Zehn-Jahres-Rahmenfrist nach § 3 Absatz 2 Nr. 2 KVLG 1989 richten sich nach dem Antrag auf die Rente aus der Alterssicherung der Landwirte. Bei Kindern, die innerhalb der maßgeblichen Rahmenfrist geboren sind, verkürzt sich diese; sie umfasst in diesen Fällen die Zeit vom Tag vor der Antragstellung auf die Rente aus der Alterssicherung der Landwirte bis zum Tag der Geburt.

Die Bildung der Fünf-Jahres-Rahmenfrist ist immer dann ausreichend, wenn darin keine Versicherung (Mitgliedschaft oder Familienversicherung nach § 10 SGB V) bei einer Krankenkasse außerhalb der landwirtschaftlichen Krankenversicherung bestand; dabei ist eine Versicherungslücke bis zu 183 Tagen (1/10 von 1825 Tagen) für die Zugehörigkeit zur landwirtschaftlichen Krankenversicherung unschädlich.

Dagegen ist immer dann von der Zehn-Jahres-Rahmenfrist auszugehen, wenn innerhalb der Fünf-Jahres-Rahmenfrist eine Versicherung (Mitgliedschaft oder Versicherung nach § 10 SGB V) bei einer anderen Krankenkasse außerhalb der landwirtschaftlichen Krankenversicherung bestand, unabhängig von der Dauer dieser Versicherung.

Anrechnungsfähige Versicherungszeiten sind Zeiten einer Mitgliedschaft einschließlich evtl. Mitgliedschaft als Antragsteller und einer Familienversicherung. Bestand innerhalb der Fünf-Jahres-Rahmenfrist eine Versicherung bei einer Krankenkasse außerhalb der landwirtschaftlichen Krankenversicherung, ist die Krankenversicherung als Altenteiler dann durchzuführen, wenn mindestens die Hälfte der Zeit innerhalb der Zehn-Jahres-Rahmenfrist mit Versicherungszeiten in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung belegt ist. Entsprechendes gilt für Waisen bei verkürzter Rahmenfrist.

B II 2.2.2 Verfahren nach § 3 Absatz 2 Nr. 2 Fallgruppe 2 KVLG 1989

B II 2.2.2.1 Rentenantragstellung bei bestehender KVdR oder Altenteilerversicherung nach § 2 Absatz 1 Nr. 4 KVLG 1989

Wird während einer bestehenden Mitgliedschaft nach § 5 Absatz 1 Nr. 11, 11a, 11b Buchstabe a oder Nr. 12 SGB V oder nach § 2 Absatz 1 Nr. 4 KVLG 1989 ein Antrag auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder ein Antrag auf eine Rente aus der Alterssicherung der Landwirte gestellt und die beantragte Rente zugewilligt, führt, sofern dadurch eine andere Krankenkasse zuständig ist, die bisherige Krankenkasse die Mitgliedschaft noch bis zum Ablauf des Kalendermonats durch, in dem der Bescheid zugestellt worden ist.

B II 2.2.2.2 Zusammentreffen von Rentenantragstellermitgliedschaften nach § 189 SGB V und § 23 KVLG 1989

Trifft eine Mitgliedschaft als Rentenantragsteller nach § 189 SGB V mit einer Mitgliedschaft als Rentenantragsteller nach § 23 KVLG 1989 zusammen, so wird die Krankenversicherung vom Beginn des Zusammentreffens dieser Mitgliedschaften an von der nach § 23 Absatz 4 KVLG 1989 i. V. m. § 3 Absatz 2 Nr. 2 Fallgruppe 2 KVLG 1989 zuständigen Krankenkasse durchgeführt. Werden beide Renten zugewilligt, ändert sich die Kassenzuständigkeit nicht.

Wird einer der beiden Rentenanträge vom Rentenantragsteller zurückgenommen oder eine der beantragten Renten abgelehnt und dadurch eine andere Krankenkasse zuständig, so führt die bisher zuständige Krankenkasse die Mitgliedschaft bis zu dem Tag durch, an dem der Rentenantrag zurückgenommen oder die Ablehnung des Rentenantrags unanfechtbar wird.

Ist der Rentenantragsteller Mitglied der landwirtschaftlichen Krankenkasse und wird zuerst die Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung zugebilligt, wird er ab Rentenbeginn beitragsrechtlich wie ein in der allgemeinen Krankenversicherung versicherungspflichtiger Rentner behandelt. Ist der Rentenantragsteller Mitglied einer nichtlandwirtschaftlichen Krankenkasse und wird ihm zuerst die Rente aus der Alterssicherung der Landwirte zugebilligt, wird er ab Beginn dieser Rente beitragsrechtlich wie ein versicherungspflichtiger Altenteiler behandelt.

B II 2.2.3 Hinzutritt einer weiteren Rente

Die einmal nach § 3 Absatz 2 Nr. 2 Fallgruppe 2 KVLG 1989 getroffene Entscheidung über die Kassenzuständigkeit bleibt auch dann maßgebend, wenn später eine weitere Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder eine weitere Rente aus der Alterssicherung der Landwirte beantragt bzw. zugebilligt wird.

B II 2.2.4 Wirkung einer freiwilligen Versicherung nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nr. 6 SGB V in der bis zum 10. Mai 2019 geltenden Fassung (Optionsrentner)

Das Optionsrecht nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nr. 6 SGB V setzt das Bestehen von Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 11 SGB V voraus. Infolgedessen besteht durch die freiwillige Versicherung nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nr. 6 SGB V* die Wirkung von § 23 Absatz 4 oder § 3 KVLG 1989 fort (entsprechend § 5 Absatz 8 Satz 2 SGB V, aber auch BSG, Urteile vom 22. März 1984, USK 8409, und vom 29. Oktober 1985, USK 8596). Treffen also eine freiwillige Versicherung nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nr. 6 SGB V* und eine Altenteilerversicherung nach § 2 Absatz 1 Nr. 4 KVLG 1989 zusammen, ist die Zuständigkeit zwischen allgemeiner Krankenversicherung und landwirtschaftlicher Krankenversicherung nach § 3 Absatz 2 Nr. 2 Halbsatz 2 KVLG 1989 zu beurteilen.

Entsprechendes gilt für Familienangehörige des nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nr. 6 SGB V* freiwillig Versicherten.

Stellt eine nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nr. 6 SGB V* versicherte Person einen Antrag auf Rente aus der Alterssicherung der Landwirte, gelten die Verfahrensregelungen zum Zusammentreffen der KVdR und Altenteilerversicherung nach § 2 Absatz 1 Nr. 4 KVLG 1989/§ 23 KVLG 1989; die Versicherung nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nr. 6 SGB V* steht insoweit der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 11 SGB V gleich.

*) in der bis zum 10. Mai 2019 geltenden Fassung

B II 2.3 Zusammenreffen von KVdR und Altenteilerversicherung nach § 2 Absatz 1 Nr. 5 KVLG 1989

B II 2.3.1 Gesetzliche Abgrenzung der Kassenzuständigkeit

Nach § 3 Absatz 1 Nr. 1 KVLG 1989 kommt die Altenteilerversicherung nach § 2 Absatz 1 Nr. 5 KVLG 1989 nicht zum Tragen, wenn zeitgleich Versicherungspflicht in der KVdR (§ 5 Absatz 1 Nr. 11, 11a oder 12 SGB V) besteht.

B II 2.3.2 Verfahrensregelungen

Wird während einer bestehenden Mitgliedschaft nach § 2 Absatz 1 Nr. 5 KVLG 1989 ein Antrag auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung gestellt und die beantragte Rente zugebilligt, führt, sofern dadurch eine andere Krankenkasse zuständig wird, die LKK die Mitgliedschaft noch bis zum Ablauf des Kalendermonats durch, in dem der Rentenbescheid zugestellt worden ist.

B II 2.3.3 Hinzutritt einer weiteren KVdR-Rente

Die getroffene Entscheidung über die Kassenzuständigkeit bleibt auch dann maßgebend, wenn später eine weitere Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beantragt oder zugebilligt wird.

B II 2.4 Ausschluss der landwirtschaftlichen Krankenversicherung

B II 2.4.1 Auswirkung der Befreiung von der Versicherungspflicht in der allgemeinen Krankenversicherung

Personen, die die Voraussetzungen für die Altenteilerversicherung nach § 2 Absatz 1 Nr. 4 oder 5 KVLG 1989 erfüllen, sind nach § 3 Absatz 3 KVLG 1989 von dieser Versicherungspflicht befreit, wenn sie

- von der Krankenversicherungspflicht als Arbeiter oder Angestellter wegen Änderung der Jahresarbeitsentgeltgrenze (§ 8 Absatz 1 Nr. 1 SGB V)
- von der Krankenversicherungspflicht als Rentner oder von der Versicherung als Rentenantragsteller (§ 8 Absatz 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V)
- von der Krankenversicherungspflicht als Angestellter wegen Erhöhung der Jahresarbeitsentgeltgrenze (Artikel 3 § 1 Absatz 4 des Gesetzes zur Änderung des MuSchG und der RVO) oder
- von der Krankenversicherungspflicht als Rentner (Artikel 3 § 3 Finanzänderungsgesetz 1967; BGBl. I S. 1259)

befreit sind.

B II 2.4.2 Auswirkung der Befreiung von der Versicherungspflicht in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung

Die Befreiung von der Versicherungspflicht in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung nach den §§ 4 oder 59 KVLG 1989 erstreckt sich - vorbehaltlich des Ausnahmetatbestandes des § 59 Absatz 1 Satz 2 KVLG 1989 - auf alle später eintretenden Versicherungsgründe des § 2 KVLG 1989; ebenso wird eine Mitgliedschaft als Antragsteller nach § 23 Absatz 3 KVLG 1989 ausgeschlossen. Die Befreiung von der Versicherungspflicht nach § 5 KVLG 1989 wirkt, solange die Voraussetzungen dafür vorliegen.

Darüber hinaus greift eine Befreiung von der Versicherungspflicht in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung aufgrund § 6 Absatz 3 SGB V auch auf die allgemeine Krankenversicherung durch.

B III Mitgliedschaft von Antragstellern auf eine Rente aus der Alterssicherung der Landwirte

§ 23 KVLG 1989

Mitgliedschaft von Antragstellern

(1) Als Mitglieder gelten Personen, die eine der in § 2 Absatz 1 Nr. 4 genannten Renten nach dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte beantragt haben, ohne die Voraussetzungen für den Bezug dieser Rente zu erfüllen. Die Mitgliedschaft beginnt mit dem Tag der Beantragung einer Rente nach dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte. Sie endet mit dem Tod oder mit dem Tag, an dem der Antrag zurückgenommen oder die Ablehnung des Antrags unanfechtbar wird. Satz 1 gilt nicht, wenn die Person nach anderen Vorschriften versicherungspflichtig ist.

(2) (weggefallen)

(3) Eine Mitgliedschaft nach Absatz 1 wird nicht für Personen begründet, die versicherungsfrei nach § 2 Absatz 4a, § 3a oder von der Versicherungspflicht nach den §§ 4, 5 oder 59 Absatz 1 befreit sind; § 3 Absatz 3 gilt entsprechend.

(4) Die Mitgliedschaft nach Absatz 1 hat Vorrang vor einer Mitgliedschaft nach § 189 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, wenn für die Person die Voraussetzungen des § 3 Absatz 2 Nr. 2 für eine vorrangige Versicherungspflicht nach diesem Gesetz vorliegen.

B III 1 Personenkreis

Personen, die

- die Voraussetzungen für den Bezug einer Regelaltersrente, einer vorzeitigen Altersrente, einer Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung oder einer Rente wegen voller Erwerbsminderung, einer Witwen- oder Witwerrente, einer Waisenrente, einer Rente wegen Todes bei Verschollenheit oder einer Landabgaberrrente erfüllen und diese Rente beantragt haben, werden nach § 2 Absatz 1 Nr. 4 KVLG 1989

- eine der vorbezeichneten ALG-Renten beantragt haben, ohne die Voraussetzungen für den Bezug dieser Renten zu erfüllen, werden nach § 23 KVLG 1989

versichert. Da die Frage, ob die Voraussetzungen für den Rentenbezug gegeben sind, erst nach Abschluss des Antragsverfahrens beantwortet wird, ist der Krankenversicherungsschutz in der Zeit zwischen Antragstellung und Entscheidung der landwirtschaftlichen Alterskasse - vorbehaltlich § 23 Absatz 3 und 4 KVLG 1989 - aufgrund einer Versicherung nach § 23 KVLG 1989 sicherzustellen (analog Urteil des BSG vom 22. Juni 1973 - 3 RK 106/71 -, USK 73112).

B III 2 Beginn und Ende der Mitgliedschaft

Die Mitgliedschaft nach § 23 KVLG 1989 beginnt mit dem Tag des Antrags auf eine ALG-Rente und endet mit dem Tode oder mit dem Tag, an dem der Antrag zurückgenommen oder die Ablehnung des Antrags unanfechtbar wird; die Abweichungen unter B III 3.4 und 3.5 sind zu beachten.

B III 3 Ausschluss der Versicherung als Antragsteller auf eine ALG-Rente

B III 3.1 Versicherungspflicht nach anderen gesetzlichen Vorschriften

Die Mitgliedschaft als Rentenantragsteller ist ausgeschlossen, wenn und solange diese Person nach anderen gesetzlichen Vorschriften versicherungspflichtig ist (§ 23 Absatz 1 Satz 4 KVLG 1989). Als Versicherungspflicht nach anderen gesetzlichen Vorschriften kommen sowohl solche nach dem KVLG 1989 als auch solche nach dem SGB V in Betracht. Übt z.B. ein Rentenantragsteller auf eine Rente aus der Alterssicherung der Landwirte eine Beschäftigung aus (§ 5 Absatz 1 Nr. 1 SGB V) oder ist er nach § 5 Absatz 1 Nr. 2 SGB V versicherungspflichtig, wird keine Mitgliedschaft nach § 23 KVLG 1989 begründet.

B III 3.2 Hauptberuflich selbstständige außerland- oder außerforstwirtschaftliche Tätigkeit

Eine Mitgliedschaft als Rentenantragsteller auf eine Rente aus der Alterssicherung der Landwirte wird nicht begründet, wenn der Rentenantragsteller außerhalb der Land- und Forstwirtschaft hauptberuflich selbstständig erwerbstätig ist (§ 2 Absatz 4a KVLG 1989). Die Ausführungen unter B I 1.2 gelten.

B III 3.3 Krankenversicherungsfreiheit

Nach § 23 Absatz 3 KVLG 1989 findet § 3a KVLG 1989 für Rentenantragsteller auf eine Rente aus der Alterssicherung der Landwirte ebenfalls Anwendung. Demzufolge sind Rentenantragsteller versicherungsfrei, wenn sie

- die Voraussetzungen des § 6 Absatz 1 Nr. 1, 2 oder 4 bis 8 oder Absatz 3a SGB V erfüllen oder
- Mitglied des Deutschen Bundestages oder eines Landtages oder Versorgungsempfänger nach den Abgeordnetengesetzen des Bundes oder der Länder sind.

B III 3.4 Von der Krankenversicherungspflicht befreite Personen

Eine Mitgliedschaft nach § 23 KVLG 1989 wird nicht ausgelöst für Personen, die aufgrund der §§ 4, 5, 59 Absatz 1 KVLG 1989 oder Artikel 56 Absatz 5 GRG von der Versicherungspflicht in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung befreit sind. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Wirkung der Befreiung nach § 5 KVLG 1989 befristet und tatbestandsbezogen ist. Aufgrund der Verweisung auf § 59 Absatz 1 KVLG 1989 wird verdeutlicht, dass auch die bis zum 31. Dezember 1988 ausgesprochenen Befreiungen nach §§ 4 und 94 KVLG in den jeweiligen Fassungen bis 31. Dezember 1988 eine Mitgliedschaft nach § 23 KVLG 1989 ausschließen. Außerdem schließt die Befreiung in der allgemeinen Krankenversicherung nach den Rechtsvorschriften, die in § 3 Absatz 3 KVLG 1989 genannt sind, eine Mitgliedschaft nach § 23 KVLG 1989 aus.

B III 3.5 Zusammentreffen einer Mitgliedschaft als Rentenantragsteller und als Rentenantragsteller auf eine ALG-Rente

Treffen eine Mitgliedschaft als Rentenantragsteller nach § 189 SGB V und eine Mitgliedschaft als Rentenantragsteller nach § 23 KVLG 1989 zusammen, richtet sich die Abgrenzung der Zuständigkeit zwischen allgemeiner Krankenversicherung einerseits und der landwirtschaftlichen Krankenversicherung andererseits nach der in § 3 Absatz 2 Nr. 2 KVLG 1989 geregelten Versicherungszugehörigkeit, insoweit wird auf die Erläuterungen unter B II 2.2 Bezug genommen.

B III 4 Meldeverfahren

Hinsichtlich der Feststellung der für die Durchführung der Krankenversicherung zuständigen Krankenkasse bei Beantragung oder Bezug einer ALG-Rente und des weiteren Verfahrens zwischen den Beteiligten finden die gemeinsamen Empfehlungen zum Altenteiler-Meldeverfahren nach § 29 Absatz 1, 4, 5 und 6 KVLG 1989 vom 15. Mai 2001 Anwendung.

B IV Gesetz zur Förderung der Einstellung der landwirtschaftlichen Erwerbstätigkeit

§ 14 FELEG

(1) bis (3) ...

(4) Landwirte, die eine Produktionsaufgaberente erhalten sowie mitarbeitende Familienangehörige, die Ausgleichsgeld erhalten, sind während des Bezuges dieser Leistungen nach § 2 Absatz 1 Nr. 4 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte und § 20 Absatz 1 Satz 2 Nr. 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch versichert, wenn sie unmittelbar vor dem Leistungsbezug in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung versichert waren und weder versicherungspflichtig beschäftigt sind noch Krankengeld beziehen. Der Bezug des Grundbetrages der Produktionsaufgaberente sowie des Ausgleichsgeldes gilt als Bezug einer Rente wegen Erwerbsminderung nach dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte. § 29 Absatz 4 und die §§ 30 und 31 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte gelten entsprechend. Soweit

Bezieher einer Produktionsaufgaberente nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind, ist § 35a des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte entsprechend anzuwenden.

(5) ...

B IV 1 Personenkreis

Personen, die Produktionsaufgaberente oder Ausgleichsgeld beziehen, werden nach § 14 Absatz 4 FELEG unter bestimmten Voraussetzungen als Altenteiler in der LKV versichert. Diese Rechtsvorschrift geht vom nahtlosen Übergang des Versicherungsverhältnisses als landwirtschaftlicher Unternehmer oder mitarbeitender Familienangehöriger in ein solches als Altenteiler (§§ 2 Absatz 1 Nr. 4, 23 KVLG 1989) aus. Entsprechend der Feststellung des BSG mit Urteil vom 22. Juni 1973 (USK 73112) finden §§ 23, 2 Absatz 1 Nr. 4 KVLG 1989 und die darauf aufbauenden Vorschriften im Rahmen des § 14 Absatz 4 FELEG entsprechend Anwendung. Infolgedessen ist eine Altenteiler-Mitgliedschaft auch gegeben, wenn die Produktionsaufgaberente oder das Ausgleichsgeld vollständig ruht.

Voraussetzung für die Versicherung als Altenteiler aufgrund § 14 Absatz 4 FELEG ist, dass die Personen unmittelbar vor dem Leistungsbezug in der LKV versichert waren und weder versicherungspflichtig beschäftigt sind noch Krankengeld beziehen. Im Hinblick auf die Produktionsaufgaberente ist das Erfordernis der Versicherung in der LKV unmittelbar vor dem Leistungsbezug erfüllt, wenn zuletzt während der Bewirtschaftung des landwirtschaftlichen Unternehmens ein Versicherungsverhältnis in der LKV bestand. Aufgrund des Antrags auf Ausgleichsgeld nach dem FELEG oder Bezugs dieser Leistung tritt die Altenteilerversicherung in der LKV ein, wenn zum Zeitpunkt der Stilllegung landwirtschaftlicher Flächen eine Mitgliedschaft aufgrund der Beschäftigung als mitarbeitender Familienangehöriger bestanden hat.

B IV 2 Anwendung der Vorschriften für Altenteiler

Für die Personen, die Produktionsaufgaberente oder Ausgleichsgeld nach dem FELEG beziehen, finden aufgrund § 14 Absatz 4 FELEG die Vorschriften für die Altenteiler nach §§ 23, 2 Absatz 1 Nr. 4 KVLG 1989 entsprechend Anwendung.

Anmerkung:

In der allgemeinen Krankenversicherung sind Ausgleichsgeldbezieher nach § 5 Absatz 1 Nr. 1 SGB V pflichtversichert. Die Versicherungspflicht tritt allerdings nur dann ein, wenn unmittelbar vor dem Beginn des Ausgleichsgeldes eine Mitgliedschaft in der allgemeinen Krankenversicherung bestanden hat und weder Krankengeld bezogen noch eine versicherungspflichtige Beschäftigung ausgeübt wird (§ 15 Absatz 3 FELEG). Entsprechendes gilt für die Pflegeversicherung (§ 15 Absatz 4 FELEG). Auf die Gemeinsamen Grundsätze der Spitzenverbände der Krankenkassen, des VDR, der BfA, des GLA und der BA zum Ausgleichsgeld nach dem FELEG vom 14. September 1999 wird Bezug genommen.

Anhang 1 - Tabelle zur Ermittlung der Neun-Zehntel-Belegung nach § 5 Absatz 1 Nr. 11 SGB V

Jahre		Monate		Tage	
Vers.-zeit	9/10	Vers.-zeit	9/10	Vers.-zeit	9/10
1 J	0 J 10 M 29 T	1 M	0 M 27 T	1 T	1 T
2 J	1 J 9 M 22 T	2 M	1 M 24 T	2 T	2 T
3 J	2 J 8 M 16 T	3 M	2 M 21 T	3 T	3 T
4 J	3 J 7 M 9 T	4 M	3 M 18 T	4 T	4 T
5 J	4 J 6 M 3 T	5 M	4 M 15 T	5 T	5 T
6 J	5 J 4 M 26 T	6 M	5 M 12 T	6 T	6 T
7 J	6 J 3 M 20 T	7 M	6 M 9 T	7 T	7 T
8 J	7 J 2 M 13 T	8 M	7 M 6 T	8 T	8 T
9 J	8 J 1 M 7 T	9 M	8 M 3 T	9 T	9 T
10 J	9 J 0 M 0 T	10 M	9 M 0 T	10 T	9 T
11 J	9 J 10 M 29 T	11 M	9 M 27 T	11 T	10 T
12 J	10 J 9 M 22 T	12 M	10 M 24 T	12 T	11 T
13 J	11 J 8 M 16 T			13 T	12 T
14 J	12 J 7 M 9 T			14 T	13 T
15 J	13 J 6 M 3 T			15 T	14 T
16 J	14 J 4 M 26 T			16 T	15 T
17 J	15 J 3 M 20 T			17 T	16 T
18 J	16 J 2 M 13 T			18 T	17 T
19 J	17 J 1 M 7 T			19 T	18 T
20 J	18 J 0 M 0 T			20 T	18 T
21 J	18 J 10 M 29 T			21 T	19 T
22 J	19 J 9 M 22 T			22 T	20 T
23 J	20 J 8 M 16 T			23 T	21 T
24 J	21 J 7 M 9 T			24 T	22 T
25 J	22 J 6 M 3 T			25 T	23 T
26 J	23 J 4 M 26 T			26 T	24 T
27 J	24 J 3 M 20 T			27 T	25 T
28 J	25 J 2 M 13 T			28 T	26 T
29 J	26 J 1 M 7 T			29 T	27 T
30 J	27 J 0 M 0 T			30 T	27 T

(J = Jahre / M = Monate / T = Tage)

Anhang 2 - Glossar

Anwartschaftsversicherung

Zeit einer freiwilligen Versicherung, in der aufgrund des Ruhens von Leistungsansprüchen für die Bemessung der Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung 10 % der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV zugrunde gelegt werden.

Auffang-Versicherungspflicht

Versicherungspflicht in der Krankenversicherung nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V und in der Pflegeversicherung nach § 20 Absatz 1 Satz 1 Nr. 12 SGB XI.

Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler

Einheitliche Grundsätze zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und weiterer Mitgliedergruppen sowie zur Zahlung und Fälligkeit der von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge des GKV-Spitzenverbandes auf der Grundlage des § 240 Absatz 1 Satz 1 SGB V.

Beitragszuschlag für Kinderlose

Zuschlag in Höhe von 0,25 Beitragssatzpunkten in der Pflegeversicherung für kinderlose Mitglieder nach Ablauf des Monats, in dem sie das 23. Lebensjahr vollendet haben.

KVdR

Krankenversicherung der Rentner nach § 5 Absatz 1 Nr. 11 bis 12 SGB V unter Einschluss der Versicherungspflicht in der Pflegeversicherung nach § 20 Absatz 1 Satz 1 Nr. 11 SGB XI.

KVdR-Meldung

Meldung des Rentenantragstellers gegenüber der Krankenkasse. Bezeichnung des Vordrucks der Deutschen Rentenversicherung: „Meldung zur Krankenversicherung der Rentner (KVdR) nach § 201 Absatz 1 SGB V“.

Meldeverfahren KV-KV

Maschinell unterstütztes Meldeverfahren zwischen den Krankenkassen im Zusammenhang mit der KVdR, einschließlich der Rentenantragstellermemberschaft.

Meldeverfahren KV-RV

Maschinell unterstütztes Meldeverfahren zwischen den Krankenkassen und den Rentenversicherungsträgern im Zusammenhang mit der KVdR, einschließlich der Rentenantragstellermemberschaft.

Mindesteinnahmegrenze

Betrag in Höhe von einem Zwanzigstel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV, bis zu dem Versorgungsbezüge und – neben einer Rente oder Versorgungsbezügen – Arbeitseinkommen zusammengerechnet von einer Beitragsentrichtung freigestellt sind.

Lebenspartner

Person gleichen Geschlechts, mit der eine Lebenspartnerschaft nach dem Gesetz über die Eingetragene Lebenspartnerschaft (Lebenspartnerschaftsgesetz – LPartG) begründet worden ist.

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

Obligatorische Anschlussversicherung

Freiwillige Versicherung nach § 188 Absatz 4 SGB V ab 1. August 2013, die sich unter bestimmten Bedingungen automatisch an eine Versicherungspflicht oder Familienversicherung anschließt.

Optionsberechtigte

Personen, die aufgrund des Beschlusses des Bundesverfassungsgerichts vom 15. März 2000 – 1 BvL 16/96 – am 1. April 2002 versicherungspflichtig in der KVdR geworden sind bzw. geworden wären, und nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nr. 6 in der bis zum 10. Mai 2019 geltenden Fassung zu Gunsten einer (fortbestehenden) freiwilligen Versicherung optiert haben.

VO (EG) 883/04

Verordnung (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit.

Zahlbetrag der Rente

Betrag der Rente nach Anwendung von Versagens- und Nichtleistungsvorschriften und vor Abzug der Beitragsanteile des Rentners zur Kranken- und Pflegeversicherung. Grundlage für die Beitragsbemessung. Entspricht der Bruttorente.

