
17. Dezember 2013

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner zum 1. Januar 2014

Das Gemeinsame Rundschreiben zur Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner zum 1. Januar 2009 vom 30. Dezember 2008 war aufgrund zwischenzeitlicher gesetzlicher Änderungen, höchst-richterlicher Rechtsprechung, Besprechungsergebnissen auf Spitzenverbandsebene sowie anderweitiger Rechtsauslegungen zu überarbeiten. Hier sind insbesondere die Veränderungen zum kassenindividuellen Zusatzbeitrag und die damit im Zusammenhang stehende Einführung eines Sozialausgleichs zum 1. Januar 2011 durch das Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz – GKV-FinG) vom 22. Dezember 2010 (BGBl I S. 2309) und Änderungen durch das Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung vom 15. Juli 2013 (BGBl I S. 2423) zu nennen.

Zudem werden seit 1. Januar 2010 fachliche bzw. rechtliche Fragestellungen im Zusammenhang mit der Beitrags- und Meldepflicht von Versorgungsbezügen (§ 229 SGB V) und Arbeitseinkommen (§ 226 Absatz 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V bzw. § 237 Satz 1 Nr. 3 SGB V) GKV-intern erörtert, soweit keine Wechselwirkungen zur Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner bestehen und nicht in Prozesse der Rentenversicherungsträger eingegriffen wird. Entsprechendes gilt für die Beitragspflicht von gesetzlichen Renten aus dem Ausland im Sinne des § 228 Abs. 1 Satz 2 SGB V, die durch das Gesetz zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit in Europa und zur Änderung anderer Gesetze vom 22. Juni 2011 (BGBl I S. 1202) – sofern vergleichbar – im Beitragsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung seit 1. Juli 2011 den Renten der deutschen gesetzlichen Rentenversicherung gleichgestellt worden sind. Umfassende Ausführungen zu diesen drei Einkommensarten enthalten die Grundsätzlichen Hinweise des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) zu den beitrags- und melderechtlichen Regelungen für Versorgungsbezüge, Arbeitseinkommen und gesetzliche Renten aus dem Ausland bei Versicherungspflichten in der jeweils geltenden Fassung. Die vorliegende Fassung des Gemeinsamen Rundschreibens beschränkt sich auf solche Ausführungen zu Versorgungsbezügen, Arbeitseinkommen und gesetzliche Renten aus dem Ausland, die für die beitragsrechtliche Beurteilung von Renten der gesetzlichen Rentenversicherung und im Zusammenhang mit dem Meldeverfahren zwischen den Krankenkassen und Rentenversicherungsträgern relevant sind.

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

Auf Ausführungen zum Beitragsrecht für Zeiten bis 31. Dezember 2008 wurde im Zuge dieser Überarbeitung nicht zuletzt aufgrund des zum 1. Januar 2014 zu vollziehenden Wegfalls der zeitlichen Rechnungsabgrenzung von Beitragszeiträumen bis 31. Dezember 2008 einerseits und ab 1. Januar 2009 andererseits verzichtet.

Soweit in diesem Gemeinsamen Rundschreiben der Begriff „Rente“ ohne Zusätze verwendet wird, ist darunter eine Rente der deutschen gesetzlichen Rentenversicherung zu verstehen.

Dieses Rundschreiben löst das Gemeinsame Rundschreiben "Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner zum 1. Januar 2009" ab.

Inhaltsverzeichnis.....	Seite
-------------------------	-------

A Krankenversicherung der Rentner 8

A I	Versicherungspflicht	8
A I 1	Allgemeines.....	14
A I 1.1	Aktuelles Recht	14
A I 1.2	Übergangsregelungen/Besitzstandsregelungen nach dem Gesundheits-Reformgesetz und dem Gesundheitsstrukturgesetz ab dem 1. Januar 1989.....	15
A I 1.3	Auswirkungen durch das 10. SGB V – Änderungsgesetz ab 1. April 2002.....	16
A I 1.3.1	Optionsrecht für freiwillig versicherte Rentner	16
A I 1.3.2	Auswirkungen des Optionsrechts auf den familienversicherten Rentner	17
A I 2	Personenkreis	17
A I 3	Voraussetzungen	18
A I 3.1	Rentenanspruch.....	18
A I 3.2	Rentantrag	20
A I 3.3	Vorversicherungszeit nach § 5 Absatz 1 Nr. 11 SGB V	21
A I 3.3.1	Rahmenfrist.....	21
A I 3.3.2	Neun-Zehntel-Belegung	24
A I 3.3.3	Anrechenbare Versicherungszeiten	26
A I 3.3.4	Über- und zwischenstaatliches Recht.....	28
A I 3.3.4.1	VO (EG) 883/04 und VO (EWG) 1408/71	28
A I 3.3.4.2	Bilaterale Abkommen über Soziale Sicherheit.....	29
A I 3.3.4.3	Sozialversicherungsabkommen der früheren DDR	30
A I 3.3.5	Überschneidung mehrerer anrechenbarer Zeiten.....	30
A I 3.4	Vorversicherungszeit nach § 5 Absatz 1 Nr. 11a SGB V	31
A I 3.4.1	Rahmenfrist.....	31
A I 3.4.2	Neun-Zehntel-Belegung	31
A I 3.4.3	Anrechenbare Versicherungszeiten	31
A I 3.5	Personen nach § 5 Absatz 1 Nr. 12 SGB V	32
A I 3.6	Erneute Prüfung der Vorversicherungszeit	32
A I 3.6.1	Wechsel der Rentenart	33
A I 3.6.2	Antrag auf Weiterzahlung einer befristeten Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit.....	33
A I 3.6.3	Antrag auf Weiterzahlung oder Wiedergewährung einer Waisenrente	33
A I 3.6.4	Wechsel von Teilrente in Vollrente	34
A I 4	Ausschluss der Versicherungspflicht	34
A I 4.1	Allgemeines.....	34
A I 4.2	Hauptberuflich selbstständige Erwerbstätigkeit	35
A I 4.3	Anderweitige Versicherungspflicht.....	35
A I 4.4	Freiwillige Mitgliedschaft nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nr. 6 SGB V.....	37
A I 4.5	Private Krankenversicherung.....	37
A I 4.6	Auslandsaufenthalt.....	37
A I 4.7	Rückkehr aus dem Ausland.....	39
A II	Versicherungsfreiheit	39
A II 1	Allgemeines.....	41
A II 2	Personenkreis und Voraussetzungen	41
A II 3	Ende der Versicherungsfreiheit.....	44
A III	Befreiung von der Versicherungspflicht	44
A III 1	Allgemeines.....	45
A III 2	Antragstellung	46
A III 3	Befreiungsbescheid.....	47
A III 4	Wirkung der Befreiung	47
A IV	Freiwillige Versicherung/Familienversicherung	49

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

A IV 1	Freiwillige Versicherung	53
A IV 2	Familienversicherung	54
A V	Krankenkassenwahlrecht/-zuständigkeit	54
A V 1	Allgemeines.....	59
A V 2	Krankenkassenzuständigkeit kraft Wahl.....	60
A V 3	Zuständigkeit der landwirtschaftlichen Krankenkasse	61
A V 4	Ausübung der Krankenkassenwahl, Bindungswirkung und Zeitpunkt des Krankenkassenwechsels	61
A V 4.1	Allgemeines.....	61
A V 4.2	Kündigungsbestätigung und Mitgliedsbescheinigung	61
A V 4.3	Ausübung der Krankenkassenwahl	62
A V 4.4	Bindungswirkung und Kündigung der Mitgliedschaft	63
A V 4.4.1	Bindungswirkung.....	63
A V 4.4.2	Kündigung der Mitgliedschaft.....	64
A V 4.5	Sonderkündigungsrechte	65
A V 4.6	Zeitpunkt des Krankenkassenwechsels.....	66
A V 4.7	Besonderheiten im Fall der Schließung einer Krankenkasse durch die Aufsichtsbehörde oder bei Insolvenz einer Krankenkasse	66
A VI	Mitgliedschaft.....	67
A VI 1	Allgemeines zur Mitgliedschaft.....	70
A VI 2	Mitgliedschaft als Rentenantragsteller	70
A VI 2.1	Allgemeines.....	70
A VI 2.2	Voraussetzungen	70
A VI 2.3	Unbegründeter Rentenantrag	71
A VI 2.4	Fehlende Mitwirkung des Rentenantragstellers.....	71
A VI 2.5	Beginn der Mitgliedschaft als Rentenantragsteller.....	71
A VI 2.6	Ende der Mitgliedschaft als Rentenantragsteller.....	71
A VI 3	Mitgliedschaft als Rentner	73
A VI 3.1	Beginn der Mitgliedschaft als Rentner	73
A VI 3.2	Ende der Mitgliedschaft als Rentner	74
A VI 3.2.1	Allgemeines.....	74
A VI 3.2.2	Wegfall oder Entzug der Rente	75
A VI 3.2.3	Rente für zurückliegende Zeiträume.....	76
A VI 3.2.4	Fortbestand der Mitgliedschaft.....	76
A VI 4	Mitgliedschaft bei Wehrdienst.....	77
A VII	Meldungen	77
A VII 1	Allgemeines.....	79
A VII 2	Meldepflichten bei Rentenantragstellung und Rentenbezug.....	80
A VII 2.1	Meldungen der Versicherten	80
A VII 2.1.1	Rentenantragstellung	80
A VII 2.1.2	Zuständigkeit für die Bearbeitung der KVdR-Meldung.....	80
A VII 2.1.3	Rentenbezug	81
A VII 2.2	Meldungen der Krankenkasse	82
A VII 2.2.1	Allgemeines.....	82
A VII 2.2.2	Wahl einer Krankenkasse	82
A VII 2.2.3	Beginn und Ende einer Vorrangversicherung bei in der KVdR versicherten Rentnern	82
A VII 2.2.4	Beginn und Ende einer Pflichtversicherung bei nicht in der KVdR versicherten Rentnern.....	82
A VII 2.2.5	Beginn und Ende von Ausschlussgründen für die KVdR	83
A VII 2.2.6	Besonderheiten in der Pflegeversicherung	83
A VII 2.3	Meldungen des Rentenversicherungsträgers	83
A VII 2.3.1	Allgemeines.....	83
A VII 2.3.2	Beginn und Höhe der Rente sowie der laufenden Rentenzahlung	83
A VII 2.3.3	Ablehnung oder Rücknahme des Rentenantrags	84
A VII 2.3.4	Beginn und Ende eines Widerspruchs-/Sozialgerichtsverfahrens	84
A VII 2.3.5	Ende, Entzug, Wegfall und sonstige Nichtleistung der Rente.....	84
A VII 2.3.6	Beginn und Ende der Beitragszahlung aus der Rente	84

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

A VII 2.3.7	Abgabe des Rentenantrags an einen anderen Rentenversicherungsträger	84
A VIII	Beiträge der Rentenantragsteller und Rentner	85
A VIII 1	Allgemeines.....	98
A VIII 2	Beiträge der Rentenantragsteller	98
A VIII 2.1	Allgemeines.....	98
A VIII 2.2	Beitragsbemessung bei Rentenantragstellern und gleichgestellten Rentnern	99
A VIII 2.2.1	Personenkreis	99
A VIII 2.2.2	Beitragsbemessung und Beitragssatz	99
A VIII 2.2.3	Tragung der Beiträge und Rückzahlung von Beiträgen	100
A VIII 2.3	Beitragsfreiheit	100
A VIII 2.3.1	Personenkreis	100
A VIII 2.3.1.1	Hinterbliebene Ehegatten, hinterbliebene Lebenspartner und Waisen von Rentnern	100
A VIII 2.3.1.2	Familienversicherte	101
A VIII 2.3.2	Ausschluss der Beitragsfreiheit.....	102
A VIII 3.	Beiträge der Rentner.....	103
A VIII 3.1	Beitragspflichtige Einnahmen.....	103
A VIII 3.1.1	Allgemeines.....	103
A VIII 3.1.2	Renten der gesetzlichen Rentenversicherung und gesetzliche Renten aus dem Ausland	103
A VIII 3.1.2.1	Allgemeines.....	103
A VIII 3.1.2.2	Rentennachzahlungen	104
A VIII 3.1.2.3	Rentenzahlung für den Sterbemonat	105
A VIII 3.1.3	Versorgungsbezüge	106
A VIII 3.1.4	Arbeitseinkommen	106
A VIII 3.1.5	Beitragsuntergrenze für Versorgungsbezüge und Arbeitseinkommen	107
A VIII 3.2	Berechnung der Beiträge	107
A VIII 3.2.1	Rangfolge der Einnahmearten	107
A VIII 3.2.1.1	Versicherungspflichtige in der KVdR.....	107
A VIII 3.2.1.2	Versicherungspflichtige aufgrund einer Beschäftigung.....	108
A VIII 3.2.1.3	Versicherungspflichtige nach anderen Vorschriften.....	111
A VIII 3.2.1.3.1	Allgemeines.....	111
A VIII 3.2.1.3.2	Bezieher von Arbeitslosengeld und Arbeitslosengeld II	111
A VIII 3.2.1.3.3	Wehrdienstleistende	112
A VIII 3.2.1.3.4	Studenten, Praktikanten ohne Arbeitsentgelt, zur Berufsausbildung Beschäftigte ohne Arbeitsentgelt und Auszubildende des Zweiten Bildungsweges	112
A VIII 3.2.1.3.5	Fortbestand der Mitgliedschaft nach § 192 SGB V	113
A VIII 3.2.1.3.6	Auffang-Versicherungspflicht.....	113
A VIII 3.2.1.4	Freiwillig versicherte Rentner.....	114
A VIII 3.2.2	Beitragssätze	116
A VIII 3.2.2.1	Allgemeines.....	116
A VIII 3.2.2.2	Beitragssatz in der Krankenversicherung aus Renten	116
A VIII 3.2.2.3	Beitragssatz in der Krankenversicherung aus gesetzlichen Renten aus dem Ausland	117
A VIII 3.2.2.4	Beitragssatz in der Krankenversicherung aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen	117
A VIII 3.2.2.5	Beitragssatz in der Krankenversicherung für freiwillig versicherte Rentner	117
A VIII 3.2.2.6	Beitragssatz in der sozialen Pflegeversicherung	118
A VIII 3.3	Tragung der Beiträge	119
A VIII 3.3.1	Rentenantragsteller.....	119
A VIII 3.3.2	Versicherungspflichtige Rentner	119
A VIII 3.3.3	Freiwillig versicherte Rentner.....	119
A VIII 3.4	Berechnung des Beitrags aus der Rente	120
A VIII 3.5	Beitragsfreiheit in der sozialen Pflegeversicherung	121
A VIII 4	Kassenindividueller Zusatzbeitrag und Prämienauszahlung.....	121
A VIII 5	Sozialausgleich	121
A IX	Beitragszahlung aus Renten.....	122
A IX 1	Beitragszahlung aus laufenden Rentenzahlungen.....	124

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

A IX 2	Nachträglicher Einbehalt	125
A IX 3	Zuständigkeit bei Widerspruch gegen die Beitragserhebung	126
A X	Beitragserstattung nach § 231 SGB V	126
A X 1	Erstattung von Beiträgen aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen nach § 231 Absatz 1 SGB V	127
A X 1.1	Allgemeines.....	127
A X 1.2	Erstattungsfähiger Beitrag.....	127
A X 2	Erstattung von Beiträgen aus Renten nach § 231 Absatz 2 SGB V	128
A X 2.1	Allgemeines.....	128
A X 2.2	Erstattungsfähiger Beitrag.....	128
A X 2.3	Beitragserstattung bei Beginn oder Ende des Arbeitsentgelts oder der Rente im laufenden Kalenderjahr	130
A X 2.4	Ermittlung des Erstattungsbetrages der Pflegeversicherungsbeiträge bei Bezug von Krankengeld	132
A X 2.5	Satzungsbestimmung	132
A X 2.6	Erstattungsverfahren.....	133
A X 3	Antrag.....	133
A X 4	Zuständige Krankenkasse	133
A X 5	Verjährung.....	133
B	Abgrenzung der Kassenzuständigkeit zwischen allgemeiner und landwirtschaftlicher Krankenversicherung	134
B I	Versicherungspflicht in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung	134
B I 1	Bezieher einer Rente aus der Alterssicherung der Landwirte (AdL)	138
B I 1.1	Grundsatz.....	138
B I 1.2	Ausschluss der Versicherungspflicht	138
B I 1.3	Vorrangversicherung innerhalb der LKV	138
B I 1.4	Versicherungsfreiheit	139
B I 1.5	Übergangsregelung.....	139
B I 2	Sonstige Personen über 65 Jahre.....	139
B I 2.1	Grundsätzliches	139
B I 2.2	Abweichung für das Beitrittsgebiet.....	140
B I 2.3	Vorrangversicherung innerhalb der LKV	140
B I 2.4	Ausschluss der Versicherungspflicht und Versicherungsfreiheit	140
B II	Verhältnis der Versicherungspflicht in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung zur Versicherungspflicht nach anderen Gesetzen	141
B II 1	Vorrang der allgemeinen Krankenversicherung.....	142
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 Rente aus der Alterssicherung der Landwirte andererseits.....	143
B II 2.1	Grundsatz "Aktiv vor Passiv".....	143
B II 2.2	Zusammentreffen von KVdR und Altenteilerversicherung nach § 2 Absatz 1 Nr. 4 KVLG 1989/§ 23 KVLG 1989	144
B II 2.2.1	Rahmenfrist, Vorversicherungszeit	144
B II 2.2.2	Verfahren nach § 3 Absatz 2 Nr. 2 Fallgruppe 2 KVLG 1989	144
B II 2.2.2.1	Renten Antragstellung bei bestehender KVdR oder Altenteilerversicherung nach § 2 Absatz 1 Nr. 4 KVLG 1989	144
B II 2.2.2.2	Zusammentreffen von Mitgliedschaften nach § 189 SGB V und § 23 KVLG 1989	145
B II 2.2.3	Hinzutritt einer weiteren Rente	145
B II 2.2.4	Wirkung einer freiwilligen Versicherung nach § 9 Absatz 1 Nr. 6 SGB V	145
B II 2.3	Zusammentreffen von KVdR und Altenteilerversicherung nach § 2 Absatz 1 Nr. 5 KVLG 1989 im Beitrittsgebiet	146
B II 2.3.1	Gesetzliche Abgrenzung der Kassenzuständigkeit.....	146
B II 2.3.2	Verfahrensregelungen.....	146

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

B II 2.3.3	Hinzutritt einer weiteren KVdR-Rente	146
B II 2.3.4	Wirkung einer freiwilligen Versicherung nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nr. 6 SGB V	146
B II 2.4	Ausschluss der landwirtschaftlichen Krankenversicherung	147
B II 2.4.1	Auswirkung der Befreiung von der Versicherungspflicht in der allgemeinen Krankenversicherung	147
B II 2.4.2	Auswirkung der Befreiung von der Versicherungspflicht in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung	147
B III	Mitgliedschaft von Antragstellern auf eine Rente aus der Alterssicherung der Landwirte	147
B III 1	Personenkreis	148
B III 2	Beginn und Ende der Mitgliedschaft	148
B III 3	Ausschluss der Versicherung als Antragsteller auf eine Rente aus der Alterssicherung der Landwirte.....	149
B III 3.1	Versicherungspflicht nach anderen gesetzlichen Vorschriften	149
B III 3.2	Hauptberuflich selbstständige außerland- oder außerforstwirtschaftliche Tätigkeit.....	149
B III 3.3	Krankenversicherungsfreiheit	149
B III 3.4	Von der Krankenversicherungspflicht befreite Personen.....	149
B III 3.5	Zusammentreffen einer Mitgliedschaft als Rentenantragsteller und als Rentenantragsteller auf eine Rente aus der Alterssicherung der Landwirte.....	150
B III 4	Meldeverfahren	150
B IV	Gesetz zur Förderung der Einstellung der landwirtschaftlichen Erwerbstätigkeit	150
B IV 1	Personenkreis	150
B IV 2	Anwendung der Vorschriften für Altenteiler.....	151
Anhang 1.....		152
Tabelle zur Ermittlung der Neun-Zehntel-Belegung nach § 5 Absatz 1 Nr. 11 SGB V		152
Anhang 2.....		153
Glossar		153

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 oder Unterhaltsgeld nach dem Dritten Buch beziehen oder nur deshalb nicht beziehen, weil der Anspruch ab Beginn des zweiten Monats bis zur zwölften Woche einer Sperrzeit (§ 159 des Dritten Buches) oder ab Beginn des zweiten Monats 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, soweit sie nicht familienversichert sind, 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 § 143 des Neunten Buches oder für diese Einrichtungen in Heimarbeit 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,
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, bis zum Abschluss des vierzehnten Fachsemesters, längstens bis zur Vollendung des dreißigsten Lebensjahres; Studenten nach Abschluss des vierzehnten Fachsemesters oder 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 oder eine längere Fachstudienzeit rechtfertigen,
10. Personen, die eine in Studien- oder Prüfungsordnungen vorgeschriebene berufspraktische Tätigkeit ohne Arbeitsentgelt verrichten, 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,
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,
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.
- (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.
- (5a) Nach Absatz 1 Nr. 2a ist nicht versicherungspflichtig, wer unmittelbar 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.
- (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 oder 12 versicherungspflichtig oder nach § 10 versichert ist, es sei denn, der Ehegatte, der Lebenspartner oder das Kind des Studenten oder Praktikanten ist nicht versichert. Die Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nr. 9 geht der Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nr. 10 vor.

(8) Nach Absatz 1 Nr. 11 oder 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 Nr. 6 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 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 §§ 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 Euro-

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

päischen 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 ehemaligen Staatlichen 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. ...

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

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 Rentenantrags 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 Rentenantrags 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.

Eine Vorversicherungszeit wird nicht für die in §§ 1 oder 17a FRG oder § 20 WGSVG genannten Personen gefordert, sofern sie ihren Wohnsitz in den letzten zehn Jahren vor Rentenantragstellung ins Inland verlegt haben (§ 5 Absatz 1 Nr. 12 SGB V).

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 Hinterbliebenenrente 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 Vorangversicherung nicht in der KVdR, aber in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert war. In diesen Fällen erübrigt sich die Prüfung der Vorversicherungszeit.

Rentner, die nach § 5 Absatz 1 Nr. 11, 11a 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 wie in der gesetzlichen Krankenversicherung auch in der sozialen Pflegeversicherung als Mitglieder (§ 49 Absatz 2 SGB XI i. V. m. § 189 SGB V).

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 (vgl. B II). Auch haben aufgrund eines anderen Tatbestandes pflichtversicherte Personen Beiträge aus einer Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung an die landwirtschaftliche Krankenkasse zu zahlen (vgl. A VIII 3.2.1.3). Dies gilt sowohl für die Krankenversicherung als auch für die Pflegeversicherung.

Zu den Auswirkungen eines Auslandsaufenthaltes auf die KVdR vgl. A I 4.6.

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 Rentenantragsteller bestimmte Besitzstandsregelungen vor.

Rentner und Rentenantragsteller, 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 Rentenantrag 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 Rentenantragsteller, bei denen am 31. Dezember 1992 eine Versicherungspflicht in der KVdR bzw. eine Rentenantragstellermitgliedschaft 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.

Hinterbliebene 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 (vgl. 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 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 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.

Die Versicherungspflicht nach anderen gesetzlichen Vorschriften verdrängt dagegen die freiwillige Versicherung nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nr. 6 SGB V. Nach dem Wegfall des Versicherungspflichttatbestandes kommt aufgrund des einmal ausgeübten Optionsrechts keine Versicherungspflicht in der KVdR in Betracht.

Das einmal ausgeübte Optionsrecht wirkt auch bei einem Krankenkassenwechsel fort. Wurde das Optionsrecht erst nach einem Krankenkassenwechsel ausgeübt, gilt dies auch gegenüber der bisherigen Krankenkasse.

A I 1.3.2 Auswirkungen des Optionsrechts auf den familienversicherten Rentner

Die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts hat zur Folge, dass auch bisher familienversicherte Rentner, die die Vorversicherungszeit nach § 5 Absatz 1 Nr. 11 SGB V in der Fassung des GRG erfüllen, 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 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 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 Abs. 4 SGB V zu begründen (vgl. 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 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.

A I 2 Personenkreis

Nach § 5 Absatz 1 Nr. 11, 11a und 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.

A I 3 Voraussetzungen

Die Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 11 und 11a SGB V setzt voraus, dass

- ein Rentenanspruch gegeben ist,
- die Rente beantragt wurde und
- eine bestimmte Vorversicherungszeit erfüllt ist.

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.

Bei Personen nach § 5 Absatz 1 Nr. 12 SGB V wird eine Vorversicherungszeit nicht gefordert (vgl. A I 3.5).

Eine Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 11, 11a oder 12 SGB V kommt nicht zustande, wenn eine Vorrangversicherung, ein Ausschlussstatbestand (vgl. A I 4) oder Versicherungsfreiheit besteht.

A I 3.1 Rentenanspruch

Der Rentenanspruch ist gegeben, wenn die Voraussetzungen für den Bezug einer Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllt sind. Nach § 33 SGB VI werden Renten geleistet wegen Alters, wegen verminderter Erwerbsfähigkeit oder wegen Todes.

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,
- Renten wegen Berufsunfähigkeit,
- Renten wegen Erwerbsunfähigkeit und
- Renten für Bergleute.

Renten wegen Todes sind

- Witwenrenten oder Witwerrenten,
- Waisenrenten und
- Erziehungsrenten.

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

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 auch die nach Artikel 2 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.

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 (vgl. §§ 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 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 des 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 den Eintritt der Versicherungspflicht 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

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

Rente wegen Zusammentreffens mit einer anderen Rente oder Einkommen tatsächlich nicht gezahlt wird. Die KVdR wird dagegen nicht begründet, wenn der Rentenberechtigte auf die ganze Rente verzichtet.

Die Feststellung über das Vorliegen der Voraussetzungen für den Bezug der 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:

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:

Rentantrag und Beginn der Rentenantragstellermithgliedschaft am	13.1.2010
Rentenablehnung mit Bescheid vom	19.5.2010
Ende der Rentenantragstellermithgliedschaft mit Bindung des Ablehnungsbescheides am	22.6.2010
Überprüfungsantrag nach § 44 SGB X wird gestellt am	12.2.2014
Bekanntgabe des Bewilligungsbescheides am	25.8.2014
- Rentenbeginn 1.2.2010 -	

Ergebnis:

Die Versicherungspflicht als Rentner nach § 5 Absatz 1 Nr. 11 SGB V beginnt am 25.8.2014. Die Rahmenfrist zur Prüfung der KVdR-Vorversicherungszeit endet am 13.1.2010. Zur Prüfung der weiteren KVdR-Voraussetzungen sind die Vorschriften zu beachten, die am 13.1.2010 Gültigkeit hatten.

A I 3.2 Rentenantrag

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 Rentenan-

trag). In welcher Form der Rentenanspruch gestellt wird, ist unbeachtlich; er kann schriftlich oder mündlich (zur Niederschrift) gestellt werden. Im Allgemeinen wird der Antrag formularmäßig aufgenommen.

Als Tag der Rentenanspruchstellung ist auch der Tag des Antrags auf Weiterzahlung einer befristeten Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit, Wiedergewährung einer Waisenrente (vgl. A I 3.6) sowie auf Witwen- oder Witwerrentenvorschuss (§ 115 Absatz 2 SGB VI) anzusehen.

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

Bei Rentenanspruchstellungen tritt die Versicherungspflicht in der KVdR nur ein, wenn in der Zeit von der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Rentenanspruchstellung (Rahmenfrist) mindestens neun Zehntel der zweiten Hälfte dieses Zeitraums eine Mitgliedschaft oder eine Familienversicherung bei einer Krankenkasse (§ 4 Absatz 2 SGB V) bestanden hat. Den Mitgliedschaftszeiten stehen nach § 5 Absatz 2 Satz 1 SGB V unter bestimmten Voraussetzungen bis zum 31. Dezember 1988 die Zeiten einer Ehe mit einem Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung gleich.

Bei Hinterbliebenen, die ihren Rentenanspruch aus der Versicherung des Verstorbenen ableiten, gelten die Vorversicherungszeit nach § 5 Absatz 1 Nr. 11 SGB V oder die Voraussetzung nach § 5 Absatz 1 Nr. 12 SGB V bereits dann als erfüllt, wenn der Verstorbene diese erfüllt hatte.

Für die Feststellung, ob der Rentenanspruchsteller 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. Darüber hinaus sollten grundsätzlich keine besonderen Nachweise über Mitgliedszeiten gefordert werden.

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.

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. Deshalb löst auch die Aufnahme einer Tätigkeit, die nicht zur Versicherungspflicht führte oder kein Recht zum freiwilligen Beitritt eröffnete, den Beginn der Rahmenfrist aus. Dies schließt zum Beispiel den 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

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

ein. Die Rahmenfrist beginnt auch dann, wenn ein Student ein vorgeschriebenes Praktikum gegen Entgelt ableistete (Urteil des BSG vom 22. Februar 1996 - 12 RK 33/94 -, USK 9647).

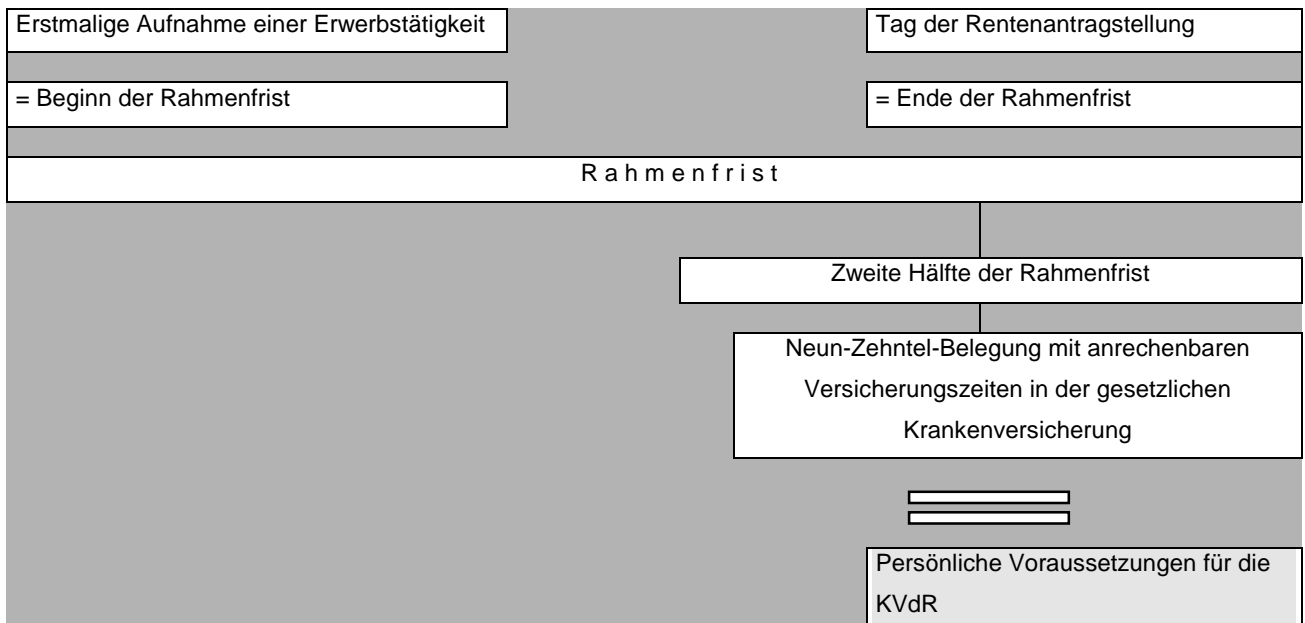
Nicht als erstmalige Aufnahme einer Erwerbstätigkeit gelten

- 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.



Beispiel 1:

Rentantragstellung am	18.7.2014
Erstmalige Aufnahme einer Erwerbstätigkeit am	1.3.1972

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

Rahmenfrist beginnt am	1.3.1972
und endet am	18.7.2014

Beispiel 2:

Rentenantragstellung am	15.9.2014
Eheschließung am	18.5.1970
Erstmalige Aufnahme einer Erwerbstätigkeit am	1.4.1970
Rahmenfrist beginnt am	1.4.1970
und endet am	15.9.2014

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
	} auch im Ausland
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

Personen, die dem Grunde nach unter § 5 Absatz 1 Nr. 12 SGB V 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 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

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

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 I 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 ist in entsprechender Anwendung von § 26 Absatz 1 SGB X i. V. m. § 191 BGB in Jahre, Monate und Tage umzurechnen. Dabei werden volle Kalendermonate zu 30 und das Kalenderjahr zu 365 Tagen gerechnet. Der Ermittlung der Neun-Zehntel-Belegung dient die als Anhang beigefügte Tabelle. Die zweite Hälfte der Rahmenfrist sowie die Neun-Zehntel-Belegung sind wie folgt zu ermitteln:

Tag der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit (Beginn der Rahmenfrist)		Tag der Rentenantragstellung (Ende der Rahmenfrist)
Rahmenfrist : 2 =		
Hälfte der Rahmenfrist + Datum der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit =		
Beginn der zweiten Hälfte der Rahmenfrist bis zum Tag der Rentenantragstellung		
hiervon 9/10 = erforderliche Vorversicherungszeit		

Beispiel 1:

Rentenantrag am 24.7.2014
Erstmalige Aufnahme einer Erwerbstätigkeit am 1.3.1972

Ermittlung der Rahmenfrist:

Vom 1.3.1972 bis 24.7.2014

Ermittlung des Beginns der zweiten Hälfte der Rahmenfrist:

Tage	Monate	Jahre	
24.	07.	2014	
./.	01.	03.	1972
=	24 (23+01)	04	42 : 2
=	12	02	21
+	01.	03.	1972 (Datum der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit)
=	13.	05.	1993 Beginn der zweiten Hälfte der Rahmenfrist

Ermittlung der erforderlichen Vorversicherungszeit:

	Tage	Monate	Jahre
	24.	07.	2014
<u>./. 13.</u>	<u>05.</u>	<u>1993</u>	
=	12 (11+01)	02	21

Hiervon 9/10 lt. Tabelle (Anhang):

21 Jahre	= 18 Jahre	10 Monate	29 Tage
02 Monate	= - Jahre	1 Monate	24 Tage
<u>12 Tage</u>	<u>= - Jahre</u>	<u>- Monate</u>	<u>11 Tage</u>
	18 Jahre	11 Monate	64 Tage
	19 Jahre	1 Monate	4 Tage (Umwandlung)

Erforderliche Vorversicherungszeit = 19 Jahre 1 Monat 4 Tage

Der Rentenantragsteller muss in der Zeit vom 13.5.1993 bis 24.7.2014 mindestens 19 Jahre, 1 Monat, 4 Tage anrechenbare Versicherungszeiten nachweisen.

Beispiel 2:

Rentantrag am	23.10.2014
Erstmalige Aufnahme einer Erwerbstätigkeit am	1.2.1971

Ermittlung der Rahmenfrist:

Vom 1.2.1971 bis 23.10.2014

Ermittlung des Beginns der zweiten Hälfte der Rahmenfrist:

	Tage	Monate	Jahre	
	23.	10.	2014	
<u>./. 01.</u>	<u>02.</u>	<u>1971</u>		
=	23 (22+01)	08	43	
=	23	20	42	: 2 (Umwandlung)
=	12 *)	10	21	
<u>+</u>	<u>01.</u>	<u>02.</u>	<u>1971</u>	(Datum der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit)
=	13.	12.	1992	Beginn der zweiten Hälfte der Rahmenfrist

*) Rundung zu Gunsten des Versicherten

Ermittlung der erforderlichen Vorversicherungszeit:

Tage	Monate	Jahre	
23.	10.	2014	
23.	22.	2013	(Umwandlung)
./.	13.	12.	1992
=	11 (10+01)	10	21

Hiervon 9/10 lt. Tabelle (Anhang):

21 Jahre = 18 Jahre 10 Monate 29 Tage
10 Monate = - Jahre 9 Monate - Tage
11 Tage = - Jahre - Monate 10 Tage
18 Jahre 19 Monate 39 Tage
19 Jahre 8 Monate 9 Tage (Umwandlung)

Erforderliche Vorversicherungszeit = 19 Jahre 8 Monate 9 Tage

Der Rentenantragsteller muss in der Zeit vom 13.12.1992 bis 23.10.2014 mindestens 19 Jahre, 8 Monate, 9 Tage anrechenbare Versicherungszeiten nachweisen.

A I 3.3.3 Anrechenbare Versicherungszeiten

Als Vorversicherungszeit sind alle Zeiten der Versicherung bei einer Krankenkasse innerhalb der zweiten Hälfte der Rahmenfrist zu berücksichtigen, unabhängig davon, ob eine Pflichtversicherung, eine freiwillige Versicherung oder eine Familienversicherung (§ 10 SGB V, § 7 KVLG 1989) bestand.

Der Anrechnung als Vorversicherungszeit stehen ein Ruhen des Leistungsanspruchs nach § 16 Absatz 1 bis 3a SGB V oder im Rahmen einer sog. Anwartschaftsversicherung (Beitragsbemessung nach § 240 Absatz 4a 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 Sondersversorgungssystem (§ 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 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.

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

Anrechenbare Zeiten zur Erfüllung der Vorversicherungszeit 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/Winteraushaltgeld 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),
- 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 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),
- 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.

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

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,
- 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 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 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 3.3.4.1 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, 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 3.3.4.2 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 3.3.4.2 Bilaterale Abkommen über Soziale Sicherheit

Aufgrund der Abkommen mit Mazedonien, 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 Mazedonien 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 Mazedonien 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 Versicherungs-

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

zeiten 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 (vgl. A I 3.3.4.1), 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 Mazedonien (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 3.3.4.3 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 Nachfolgerenten unabhängig von ihren Vorversicherungszeiten Pflichtmitglied in der KVdR.

A I 3.3.5 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 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 SGB V findet 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.

Die Rahmenfrist ist in entsprechender Anwendung von § 26 Absatz 1 SGB X i. V. m. § 191 BGB in Jahre, Monate und Tage umzurechnen; hierbei werden volle Kalendermonate zu 30 und das Kalenderjahr zu 365 Tagen gerechnet. Der Ermittlung der Neun-Zehntel-Belegung dient die als Anhang beigefügte Tabelle.

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 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).

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 (vgl. 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 3.6 Erneute Prüfung der Vorversicherungszeit

Stellt der Rentner einen weiteren Rentenantrag, 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 bleiben auch bei Stellung eines weiteren Rentenantrages freiwillig versichert (vgl. A IV 1).

Sind die Voraussetzungen zur Durchführung einer Pflichtversicherung in der KVdR bisher nicht erfüllt, sind bei einem Antrag auf eine weitere Rente die Voraussetzungen für den Eintritt der Versicherungspflicht in der KVdR erneut zu prüfen. Sind diese aufgrund des weiteren Rentenantrages erfüllt, beginnt die KVdR mit dem Tag des weiteren Rentenantrages.

Beispiel:

Rente aus eigener Versicherung seit	1.7.2010
- Vorversicherungszeit nicht erfüllt -	
Antrag auf Hinterbliebenenrente am	22.10.2014
- Vorversicherungszeit durch Verstorbenen erfüllt -	

Ergebnis:

Die Pflichtversicherung in der KVdR beginnt am 22.10.2014. Ab diesem Zeitpunkt sind aus der bereits bewilligten Rente Pflichtbeiträge nach § 237 SGB V zu erheben.

A I 3.6.1 Wechsel der Rentenart

Bei einem Wechsel von einer Rentenart zu einer anderen ist eine erneute Prüfung der Versicherungspflicht in der KVdR nicht vorzunehmen, wenn bereits Versicherungspflicht vorliegt. Dagegen ist eine erneute Prüfung der Versicherungspflicht erforderlich, wenn aufgrund des früheren Rentenanspruchs oder -bezugs Versicherungspflicht in der KVdR nicht bestand.

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 3.6.2 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 Versicherungspflicht in der KVdR nicht bestand (vgl. A I 3.6.1).

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 3.6.3 Antrag auf Weiterzahlung oder Wiedergewährung einer Waisenrente

Ein Antrag auf Weiterzahlung einer Waisenrente gilt nicht als neuer Rentenanspruch. Daher ist keine erneute Prüfung der KVdR-Vorversicherungszeit vorzunehmen, und zwar unabhängig davon, ob die Vorversicherungszeit bislang erfüllt war

oder nicht. 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 Familienversicherung, studentische oder freiwillige 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-Vorversicherungszeit vorzunehmen ist, unabhängig davon, ob diese bislang erfüllt war oder nicht. 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.

A I 3.6.4 Wechsel von Teilrente in Vollrente

Bei einem Wechsel von einer Teilrente in eine Vollrente wegen Alters (vgl. § 42 SGB VI) und umgekehrt handelt es sich nicht um einen neuen Rentenanspruch, weil sich dieser Wechsel innerhalb derselben Rentenart (vgl. § 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

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.

Der Ausschluss gilt auch für versicherungspflichtige Rentner nach § 5 Absatz 1 Nr. 11a SGB V, obwohl eine ausdrückliche Nennung im Gesetz fehlt.

Im Übrigen schließen auch eine Versicherungsfreiheit (§ 6 Absatz 1 SGB V) oder eine Befreiung von der Versicherungspflicht die KVdR aus (vgl. 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 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 Zahlbetrag 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). Einen Verstoß gegen den allgemeinen Gleichheitsgrundsatz des Artikel 3 Absatz 1 GG hat das BSG insofern nicht feststellen können.

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 (vgl. Gesetzesbegründung zu § 5 Absatz 5 SGB V, Bundestags-Drucksache 11/2237 S. 159).

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 erstmalig mit Datum vom 3. Dezember 2010 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.

A I 4.3 Anderweitige Versicherungspflicht

Versicherungspflicht in der KVdR 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 (vgl. 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 § 143 SGB IX oder für diese Einrichtungen in Heimarbeit tätig sind (§ 5 Absatz 1 Nr. 7 SGB V),
- 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 fortbesteht.

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

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, Rente wegen voller Erwerbsminderung oder Rente wegen Erwerbsunfähigkeit 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.

Die Versicherungspflicht bei Bezug von Arbeitslosengeld II (§ 5 Absatz 1 Nr. 2a SGB V) verdrängt wegen der Bestimmungen des § 5 Absatz 8 SGB V die Versicherungspflicht als Rentner/Rentenantragsteller (§ 5 Absatz 1 Nr. 11 bis Nr. 12 SGB V, § 189 SGB V). Würde wegen des Vorrangs einer Familienversicherung keine Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 2a SGB V eintreten, verdrängt eine Versicherung als Rentner/Rentenantragsteller die gegenüber der Versicherungspflicht als Bezieher von Arbeitslosengeld II vorrangige Familienversicherung. In diesem Fall tritt aber nicht die Versicherungspflicht als Rentner/Rentenantragsteller ein, vielmehr ist die Versicherungspflicht als Bezieher von Arbeitslosengeld II durchzuführen.

Beispiel:

Familienversicherung seit Jahren	
Bezug von Arbeitslosengeld II seit	1.1.2014
Rentantrag am	2.4.2014
- Vorversicherungszeit für die KVdR ist erfüllt -	

Ergebnis:

Die Familienversicherung dauert zunächst über den 31.12.2013 hinaus an, da die Familienversicherung gegenüber der Versicherungspflicht als Bezieher von Arbeitslosengeld II vorrangig ist. Aufgrund des Rentenantrages endet die Familienversicherung jedoch am 1.4.2013, da eine Mitgliedschaft als Rentenantragsteller vorrangig gegenüber der Familienversicherung ist. Allerdings ist die Versicherungspflicht als Bezieher von Arbeitslosengeld II wiederum vorrangig gegenüber der KVdR, sodass am 2.4.2014 Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 2a SGB V eintritt.

Bestand unmittelbar vor dem Bezug von Arbeitslosengeld II eine private Krankenversicherung oder war der Leistungsbezieher weder gesetzlich noch privat krankenversichert und hauptberuflich selbständig tätig oder versicherungsfrei im Sinne von § 6 Absatz 1 oder 2 SGB V, ist nach § 5 Absatz 5a Satz 1 SGB V die Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 2a SGB V ausgeschlossen. Dies gilt auch, wenn der Bezieher von Arbeitslosengeld II bei Ausübung seiner beruflichen Tätigkeit im Inland zum vorgenannten Personenkreis gehört hätte.

Von dieser Regelung sind Personen für die Dauer der Hilfebedürftigkeit ausgenommen, wenn bereits am 31. Dezember 2008 eine Pflichtmitgliedschaft nach § 5 Absatz 1 Nr. 2a SGB V bestand. In diesen Bestandsfällen bleibt nach § 5 Absatz 5a Satz 2 SGB V bei erfüllten Voraussetzungen für eine Pflichtmitgliedschaft in der KVdR die Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 2a SGB V vorrangig bestehen. Für Sachverhalte, die ab dem 1. Januar 2009 erstmals zu beurteilen sind, richtet sich der Eintritt der Versicherungspflicht in der KVdR nach den Ausführungen unter Abschnitt A I 3.

A I 4.4 Freiwillige Mitgliedschaft nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nr. 6 SGB V

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, vgl. A I 1.3).

A I 4.5 Private Krankenversicherung

Eine private Krankenversicherung ist keine die Versicherungspflicht in der KVdR ausschließende Versicherung. Allerdings können versicherungspflichtig werdende Rentner bzw. Rentenantragsteller, die 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.

A I 4.6 Auslandsaufenthalt

Nach § 3 Nr. 2 SGB IV kann es zur Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 11, 11a oder 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 (vgl. A I 3.3.4.1), kann es aufgrund der deutschen Rente/des deutschen Rentenantrags sowohl zur Versicherungs-

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

pflcht in der deutschen KVdR als auch in der sozialen Pflegeversicherung kommen¹. Die versicherungsrechtliche Zuständigkeitsabgrenzung ergibt sich aus der Konkurrenz für den Anspruch auf Sachleistungen (vgl. Artikel 22 ff. VO (EG) 883/04). Voraussetzung für die Versicherungspflicht in der KVdR ist, dass die Vorversicherungszeit erfüllt ist (vgl. A I 3.3.4.1) 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.

Bei gewöhnlichem Aufenthalt in Bosnien-Herzegowina, Kosovo, Mazedonien, 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 erfüllt ist (vgl. A I 3.3.4.2) und allein eine deutsche Rente bezogen wird.

Nach den Abkommen mit Mazedonien 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 Wohnstaates 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 Wohnstaates. 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.

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.

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 4.7 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

- 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 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 Brutto-löhne und -gehälter je Arbeitnehmer (§ 68 Absatz 2 Satz 1 des Sechsten Buches) im vergangenen Kalenderjahr zu den entsprechenden Brutto-löhnen 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.

(8) ...

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 vorliegen bei dem Grunde nach eintretender Versicherungspflicht nach Vollendung des 55. Lebensjahres (§ 6 Absatz 3a SGB V) oder bei bestimmten Beziehern einer Hinterbliebenenrente (§ 6 Absatz 2 SGB V).

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, 11a oder 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.

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).

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 Renten-

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

anspruch 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.

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 (vgl. 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 generell 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 dem Zeitraum mindestens die Hälfte dieser Zeit (zwei Jahre und sechs Monate) versicherungsfrei, von der Versicherungspflicht befreit oder wegen § 5 Absatz 5 SGB V nicht versicherungspflichtig war oder mit einer Person verheiratet war, die diese Voraussetzung erfüllt.

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:

Hinterbliebenenrentenantrag am 21.7.2014

- KVdR-Vorversicherungszeit ist über den Verstorbenen erfüllt -

Die 1949 geborene Hinterbliebene war aufgrund einer hauptberuflich selbstständigen Tätigkeit privat krankenversichert seit

1.4.2004

Ergebnis:

Durch den Rentenantrag tritt ab dem 21.7.2014 grundsätzlich eine Pflichtmitgliedschaft in der KVdR ein. Da die Hinterbliebene jedoch das 55. Lebensjahr vollendet hat, innerhalb der letzten fünf Jahre vor Beginn der Versicherungspflicht (21.7.2009 bis 20.7.2014) nicht gesetzlich krankenversichert und wenigstens die Hälfte dieser Zeit nach § 5 Absatz 5 SGB V nicht versicherungspflichtig war, besteht Versicherungsfreiheit nach § 6 Absatz 3a SGB V.

Beispiel 2:

Eigener Rentenbezug seit 1.3.2007

Hinterbliebenenrentenantrag am

23.7.2014

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

- KVdR-Vorversicherungszeit ist über den Verstorbenen erfüllt -

Die am 16.2.1940 geborene Hinterbliebene war wegen Nichterfüllung der KVdR-Vorversicherungszeit seit 1.3.2007 privat krankenversichert.

Ergebnis:

Die Rentnerin ist in die KVdR aufzunehmen, da sie in den letzten 5 Jahren weder versicherungsfrei, noch von der Versicherungspflicht befreit, noch hauptberuflich selbstständig war, sondern wegen Nichterfüllung der KVdR-Vorversicherungszeit nicht versicherungspflichtig war.

Beispiel 3:

Hinterbliebenenrentenantrag am 1.9.2014

Die KVdR-Vorversicherungszeit ist über den Verstorbenen erfüllt.

Der 1949 geborene Hinterbliebene war aufgrund einer hauptberuflich selbstständigen Tätigkeit privat krankenversichert seit 1.4.2004

Die hauptberuflich selbstständige Tätigkeit wurde zum 31.12.2010 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 aufrecht erhalten.

Ergebnis:

Am 1.9.2014 tritt Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 11 i. V. m. Absatz 2 Satz 2 SGB V ein. In den letzten fünf Jahren (1.9.2009 bis 31.8.2014) bestand zwar keine gesetzliche Krankenversicherung, jedoch war die Person nicht mindestens die Hälfte dieser Zeit hauptberuflich selbstständig tätig. Die Zeit der ausgeschlossenen Familienversicherung bewirkt keine Versicherungsfreiheit nach § 6 Abs. 3a SGB V aufgrund des Rentenanspruches.

Beispiel 4:

Zuzug eines anerkannten Spätaussiedlers aus Russland am 15.3.2010

Ausübung einer hauptberuflich selbstständigen Tätigkeit vom 1.11.2008 bis 17.9.2014

Antrag auf Regelaltersrente am 18.9.2014

Ergebnis:

Ab dem 18.9.2014 tritt nach § 5 Absatz 1 Nr. 12 SGB V Versicherungspflicht in der KVdR ein. Zwar bestand innerhalb der letzten fünf Jahre (18.9.2009 bis 17.9.2014) keine gesetzliche Krankenversicherung und auch in der Hälfte dieses Zeitraums nach § 5 Absatz 5 SGB V keine Versicherungspflicht, jedoch werden die Zeiten der "Nichtversicherung" im Herkunftsland vom 18.9.2009 bis 14.3.2010 nicht auf die Fünf-Jahres-Frist angerechnet. Somit ist nur eine der Voraussetzungen des § 6 Absatz 3a SGB V erfüllt.

Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung, die 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. Mithin 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 der Pflegezeit nach § 3 des Pflegezeitgesetzes oder der Familienpflegezeit nach § 2 des Familienpflegezeitgesetzes; die Befreiung erstreckt sich nur auf die Dauer der Pflegezeit oder die Dauer der Familienpflegezeit und der Nachpflegephase nach § 3 Absatz 1 Nummer 1 Buchstabe c des Familienpflegezeitgesetzes,**
- 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 Pflegezeit oder Familienpflegezeit und Nachpflegephase ein Beschäftigungsverhältnis 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 Pflegezeit oder Familienpflegezeit und Nachpflegephase 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 oder 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).

(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.

A III 1 Allgemeines

Auf Antrag wird von der Versicherungspflicht befreit, wer u. a. durch den Antrag auf Rente oder den Bezug von Rente nach § 5 Absatz 1 Nr. 11, 11a oder 12 SGB V versicherungspflichtig würde. Die Befreiung von der Krankenversicherungspflicht bewirkt, dass auch keine Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung eintritt. Eine unmittelbar vorangegangene Versicherungspflicht aus anderem Grund, z. B. aufgrund einer Beschäftigung, steht der Befreiung nicht entgegen.

Eine Befreiung von der Versicherungspflicht in der KVdR zu Gunsten einer freiwilligen Krankenversicherung, einer Familienversicherung oder einer Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V ist ausgeschlossen.

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 Nr. 4 und Absatz 2 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 3.6.1). Ein Wechsel der Rentenart löst daher bei bestehender 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).

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

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 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 respektive nach Wegfall einer Vorrangversicherung ein Befreiungsrecht.

Seit 1. August 2013 ist eine Befreiung nach § 8 Absatz 1 Nr. 4 SGB V nur möglich, wenn der Betroffene einen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall hat und diesen nachweist (§ 8 Absatz 2 Satz 4 SGB V). Diese weitere Voraussetzung für die Befreiung steht im unmittelbaren Zusammenhang mit der zeitgleich eingeführten obligatorischen Anschlussversicherung nach § 188 Absatz 4 SGB V und 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 in § 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V; dementsprechend sind die in den Veröffentlichungen der ehemaligen Spitzenverbände der Krankenkassen und des GKV-Spitzenverbandes publizierten Auslegungshinweise zu diesem Begriff im Anwendungsbereich der Auffang-Versicherungspflicht für die Befreiung von der Versicherungspflicht ebenfalls anzuwenden.

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:

Rentantrag am	18.6.2014
Beginn der Versicherungspflicht am	18.6.2014
Beginn der Antragsfrist am	19.6.2014
Ende der Antragsfrist am	18.9.2014

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, anzuse-

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

hen, 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.

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 Rentenanstellung eine Krankenversicherung besteht. Besteht im Zeitpunkt der Rentenanstellung keine Krankenversicherung, ist der Befreiungsantrag an die Krankenkasse zu richten, die zuletzt eine Versicherung durchgeführt hat. Ergibt sich hiernach keine Zuständigkeit, ist die vom Rentenansteller/Rentner für die Bearbeitung des Befreiungsantrags gewählte Krankenkasse zuständig.

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 Befreiungsbescheid

Über den Befreiungsantrag entscheidet die zuständige Krankenkasse. Die Entscheidung ist dem Rentner schriftlich mitzuteilen.

A III 4 Wirkung der Befreiung

Die Befreiung wirkt nur dann 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:

Rentenanst und Beginn der Rentenanstellermitgliedschaft am	10.4.2014
Antrag auf Befreiung von der Versicherungspflicht am	16.4.2014
Beginn der Antragsfrist am	11.4.2014
Ende der Antragsfrist am	10.7.2014
Die Befreiung wirkt vom	10.4.2014

Beispiel 2:

Rentenanst und Beginn der Rentenanstellermitgliedschaft am	16.4.2014
Antrag auf Befreiung von der Versicherungspflicht am	7.5.2014

Der Versicherte hat am 2.5.2014 eine Leistung der Krankenkasse in Anspruch genommen.

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

Beginn der Antragsfrist am	17.4.2014
Ende der Antragsfrist am	16.7.2014
Die Befreiung wirkt vom	1.6.2014

Beispiel 3:

Rentantrag und Beginn der Rentenantragstellermemberschaft am	10.4.2014
Antrag auf Befreiung von der Versicherungspflicht am	7.7.2014

Der bisher familienversicherte Sohn hat am 26.6.2014 eine Leistung der Krankenkasse in Anspruch genommen.

Beginn der Antragsfrist am	11.4.2014
Ende der Antragsfrist am	10.7.2014
Die Befreiung wirkt vom	1.8.2014

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.

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.

Die Versicherungspflicht nach anderen gesetzlichen Vorschriften wird durch die Befreiung von der Versicherungspflicht in der KVdR nach § 6 Absatz 3 SGB V ebenfalls ausgeschlossen. Wenn beispielsweise ein von der Versicherungspflicht befreiter Rentner eine Beschäftigung ausübt, tritt die Versicherungspflicht aufgrund der Beschäftigung erst nach Wegfall der Rente ein. Dies gilt nicht für eine Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 2 bis 4 SGB V.

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. **innerhalb von sechs Monaten nach dem Eintritt der Versicherungspflicht Bezieher 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, die aber nicht die Vorversicherungszeit nach § 5 Absatz 1 Nr. 11 in der seit dem 1. Januar 1993 geltenden Fassung erfüllt hatten und die deswegen bis zum 31. März 2002 freiwillige Mitglieder waren,**
7. ...

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. - 5. ...

(3) ...

§ 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. - 4. ...

5. kein Gesamteinkommen haben, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches 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 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. Das Gleiche gilt bis zum 31. Dezember 2015 für eine Tagespflegeperson, die bis zu fünf gleichzeitig anwesende, fremde Kinder in Tagespflege betreut. Ehegatten und Lebenspartner sind für die Dauer der Schutzfristen nach § 3 Absatz 2 und § 6 Abs. 1 des Mutterschutzgesetzes sowie der Elternzeit nicht versichert, wenn sie zuletzt vor diesen Zeiträumen nicht gesetzlich krankenversichert waren.

(2) - (6) ...

§ 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 Nr. 6 genannten Versicherungsberechtigten beginnt mit dem Eintritt der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 11.

(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 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

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

§ 19 Absatz 2 besteht, sofern im Anschluss daran das Bestehen eines anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall nachgewiesen wird.

§ 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) ...

§ 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) - (2) ...

(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 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 bis 4 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 können § 9 SGB V oder – seit 1. August 2013 – § 188 Absatz 4 SGB V (obligatorische Anschlussversicherung) bilden. 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 Rentenantragsteller ausscheiden, werden von der obligatorischen Anschlussversicherung nach § 188 Absatz 4 SGB V unter den dort genannten Voraussetzungen ebenfalls erfasst.

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.

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

Der freiwilligen Krankenversicherung konnten nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nr. 6 SGB V 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 obligatorischen 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 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 keiner Beitrittsanzeige bedarf.

A IV 2 Familienversicherung

Familienversicherte, die einen Rentenantrag 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 des Rentners unter Berücksichtigung des Zahlungsbetrags 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 ein Betrag von 450 Euro. Bei der Prüfung der Einkommensgrenze ist – im Gegensatz zum Beitragsrecht – zu beachten, dass bei Renten der gesetzlichen Rentenversicherung der Zahlungsbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil Berücksichtigung findet.

A V Krankenkassenwahlrecht/-zuständigkeit

§ 53 SGB V

Wahltarife

(1) - (7) ...

(8) Die Mindestbindungsfrist beträgt für die Wahltarife nach den Absätzen 2, 4 und 5 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. Die Prämienzahlung an Versicherte darf bis zu 20 vom Hundert, für einen oder mehrere Tarife einschließlich Prämienzahlungen nach § 242 30 vom Hundert der vom Mitglied im Kalenderjahr

getragenen Beiträge mit Ausnahme der Beitragszuschüsse nach § 106 des Sechsten Buches sowie § 257 Absatz 1 Satz 1, jedoch nicht mehr als 600 Euro, bei einem oder mehreren Tarifen einschließlich Prämienzahlungen nach § 242 900 Euro jährlich betragen. Satz 4 gilt nicht für Versicherte, die Teilkostenerstattung nach § 14 gewählt haben. Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können nur Tarife nach Absatz 3 wählen.

(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,
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. ...

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.

(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 verhin- dern 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 Versicherungsbe- rechtigung eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse bestanden, kann die Mitgliedsbescheinigung nur ausgestellt werden, wenn die Kündigungsbestätigung nach Absatz 4 Satz 3 vorgelegt wird. Eine Mitglieds- bescheinigung ist zum Zweck der Vorlage bei der zur Meldung verpflichteten Stelle auch bei Eintritt einer Ver- sicherungspflicht unverzüglich auszustellen.

(2a) ...

(3) Versicherungspflichtige haben der zur Meldung verpflichteten Stelle unverzüglich eine Mitgliedsbescheini- gung vorzulegen. Wird die Mitgliedsbescheinigung nicht spätestens zwei Wochen nach Eintritt der Versiche- rungspflicht 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 Versiche- rungspflichtigen ab Eintritt der Versicherungspflicht bei einer nach § 173 wählbaren Krankenkasse anzumel- den 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 Mit- gliedsbescheinigung 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 er- folgt die Meldung zum ersten Tag des laufenden Monats, spätestens zu dem Zeitpunkt, an dem das Insolvenz- verfahren eröffnet oder der Antrag mangels Masse abgewiesen wird. Wird die Krankenkasse nicht geschlos- sen, bleibt die Mitgliedschaft bei dieser Krankenkasse bestehen. Die gewählten Krankenkassen haben der geschlossenen oder insolventen Krankenkasse unverzüglich eine Mitgliedsbescheinigung zu übermitteln. Mit- glieder, 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, wenn sie das Wahlrecht ab dem 1. Januar 2002 ausüben. Eine Kündigung der Mitglied- schaft ist zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats möglich, gerechnet von dem Monat, in dem das Mit- glied 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 ab dem 1. Januar 2009 einen Zusatzbeitrag, erhöht sie ihren Zusatzbeitrag oder verringert sie ihre Prämienzahlung, kann die Mitgliedschaft abweichend von Satz 1 bis zur erstmaligen Fälligkeit der Beitragserhebung, der Beitragserhöhung oder der Prämienverringerung gekündigt werden. Die Krankenkasse hat ihre Mitglieder auf das Kündigungsrecht nach Satz 5 spätestens einen Monat vor erstmaliger Fälligkeit hinzuweisen. Kommt die Krankenkasse ihrer Hinweispflicht nach Satz 6 gegenüber einem Mitglied verspätet nach, verschiebt sich für dieses Mitglied die Erhebung oder die Erhöhung des Zusatzbeitrags und die Frist für die Ausübung des Sonderkündigungsrechts um den entsprechenden Zeitraum. 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. Die Kündigung der Mitgliedschaft durch eine Person, die am 2. Februar 2007 oder später erfolgt, um in ein privates Krankenversicherungsunternehmen zu wechseln, ist unwirksam, wenn die Voraussetzungen des § 6 Absatz 1 Nr. 1 zu diesem Zeitpunkt nicht vorliegen.

(4a) ...

(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) ...

§ 191 SGB V

Ende der freiwilligen Mitgliedschaft

Die freiwillige Mitgliedschaft endet

- 1. mit dem Tod des Mitglieds,**
- 2. mit Beginn einer Pflichtmitgliedschaft oder**
- 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.**

§ 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

Die ehemaligen Spitzenverbände der Krankenkassen haben in ihrer gemeinsamen Verlautbarung zum Krankenkassenwahlrecht vom 30. Juni 2008 Grundsätze zum Krankenkassenwahlrecht festgelegt. Die nachfolgenden Ausführungen zum Wahlrecht für Rentner und Rentenantragsteller ergänzen die bereits dort getroffenen Regelungen, wobei Abweichungen hiervon beschrieben sind.

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. Abgesehen von der Sonderzuständigkeit der landwirtschaftlichen Krankenkasse ist damit eine Krankenkassenzuständigkeit kraft Gesetzes nicht vorgesehen.

Die Zuständigkeit für die Bearbeitung der nach § 201 Absatz 1 SGB V abzugebenden Meldung (KVdR-Meldung) richtet sich nach den §§ 173 ff. SGB V (vgl. A VII 2.1.2).

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

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. 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 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.

Für die Durchführung der Pflegeversicherung der versicherungspflichtigen Rentner oder Rentenantragsteller ist jeweils die Pflegekasse zuständig, die bei der Krankenkasse errichtet ist, bei der eine Mitgliedschaft besteht.

A V 2 Krankenkassenzuständigkeit kraft Wahl

Für die in der KVdR versicherten Rentner und Rentenantragsteller gelten die allgemeinen Wahlrechte nach § 173 SGB V sowie die besonderen Wahlrechte nach § 174 Absatz 2 und 3 SGB V.

Für die vorgenannten Personenkreise sind damit folgende Krankenkassen wählbar:

1. die AOK des Wohnortes,
2. jede Ersatzkasse,
3. eine Betriebskrankenkasse (BKK) oder Innungskrankenkasse (IKK), wenn diese geöffnet ist und der Wohnsitz im Krankenkassenbezirk liegt,
4. die BKK oder IKK, wenn der Rentner in dem Betrieb beschäftigt gewesen ist, für den die BKK bzw. IKK besteht (§ 173 Absatz 5 SGB V),
5. die BKK oder IKK, bei der die Person beschäftigt war (§ 174 Absatz 2 SGB V),
6. jede BKK oder IKK am Wohnort, wenn die Person vor dem Rentenbezug bei einem Verband der BKKn bzw. bei einem Verband der IKKn beschäftigt war (§ 174 Absatz 3 SGB V),
7. die Knappschaft,
8. die Krankenkasse, bei der vor Beginn der Versicherungspflicht zuletzt eine Mitgliedschaft oder eine Familienversicherung bestanden hat (letzte Krankenkasse), mit Ausnahme der landwirtschaftlichen Krankenkasse,
9. die Krankenkasse, bei der der Ehegatte oder der Lebenspartner (nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz) versichert ist, mit Ausnahme der landwirtschaftlichen Krankenkasse,
10. die Krankenkasse, bei der ein Elternteil versichert ist (§ 173 Absatz 4 SGB V), mit Ausnahme der landwirtschaftlichen Krankenkasse.

Die Ausübung des Krankenkassenwahlrechts und die dabei einzuhaltenden Fristen sind in § 175 SGB V geregelt.

A V 3 Zuständigkeit der landwirtschaftlichen Krankenkasse

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 nichtlandwirtschaftlichen 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. Im Übrigen enthält Abschnitt B nähere Ausführungen; insbesondere die §§ 3 und 23 KVLG 1989 sind zu beachten.

A V 4 Ausübung der Krankenkassenwahl, Bindungswirkung und Zeitpunkt des Krankenkassenwechsels

A V 4.1 Allgemeines

§ 173 Absatz 1 SGB V regelt, dass die Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse grundsätzlich durch Ausübung der Wahl zustande kommt. Die Ausübung des Krankenkassenwahlrechts, die dabei einzuhaltenden Fristen und die zu erstellenden Mitgliedsbescheinigungen oder Kündigungsbestätigungen werden in § 175 SGB V beschrieben.

Der Eintritt der KVdR-Versicherungspflicht oder der Beginn der Rentenantragstellermemberschaft begründet – mit Ausnahme der Sonderzuständigkeit nach dem KVLG 1989 – keine Zuweisung zu einer bestimmten Krankenkasse.

Die in § 175 SGB V beschriebenen Grundsätze zur Ausübung der Krankenkassenwahl gelten für Rentenantragsteller (§ 189 Absatz 1 SGB V), pflichtversicherte Rentner (§ 5 Absatz 1 Nr. 11, 11a und 12 SGB V) und freiwillig versicherte Rentner (§ 9 SGB V, § 188 Absatz 4 SGB V), sodass für alle Personengruppen die gleichen Voraussetzungen für einen Krankenkassenwechsel maßgebend sind.

A V 4.2 Kündigungsbestätigung und Mitgliedsbescheinigung

Von den Krankenkassen sind im Zusammenhang mit der Ausübung des Wahlrechts den Rentnern und Rentenantragstellern Mitgliedsbescheinigungen und ggf. Kündigungsbestätigungen auszustellen. Hierzu zählen im Einzelnen:

- Kündigungsbestätigung (§ 175 Absatz 4 Satz 3 SGB V),
- Mitgliedsbescheinigung nach Ausübung des Wahlrechts durch das Mitglied (§ 175 Absatz 2 Satz 1 SGB V),
- Mitgliedsbescheinigung nach Eintritt der Versicherungspflicht (§ 175 Absatz 2 Satz 3 SGB V).

Sowohl die Mitgliedsbescheinigung als auch die Kündigungsbestätigung sind unverzüglich auszustellen (§ 175 Absatz 2 Satz 1 und Absatz 4 Satz 3 SGB V), wobei für die Ausstellung der Kündigungsbestätigung maximal zwei Wochen zulässig sind. Die Mitgliedsbescheinigung ist vom Versicherten unverzüglich der zur Meldung verpflichteten Stelle

vorzulegen (§ 175 Absatz 3 Satz 1 SGB V). Damit wird erreicht, dass die zu meldende Stelle zeitnah Klarheit über die zuständige Krankenkasse erhält und ihren Meldepflichten nachkommen kann. Grundsätzlich hängt die Wirksamkeit der Krankenkassenwahl davon ab, dass die Mitgliedsbescheinigung bis zum Ende der Kündigungsfrist oder – bei der Wahlausübung anlässlich des Eintritts von Versicherungspflicht – spätestens zwei Wochen nach Eintritt der Versicherungspflicht der zur Meldung verpflichteten Stelle vorliegt. Nach Ablauf der Zwei-Wochen-Frist kann die Krankenkassenwahl durch das Mitglied nicht mehr wirksam ausgeübt werden, und zwar auch dann nicht, wenn die zur Meldung verpflichtete Stelle noch keine wahlersetzende Anmeldung vorgenommen hat (Urteil des BSG vom 21. Dezember 2011 – B 12 KR 21/10 R -, USK 2011-172).

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 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 4.3 Ausübung der Krankenkassenwahl

Nach § 175 Absatz 1 SGB V ist das Krankenkassenwahlrecht vom Rentner/Rentantragsteller selbst gegenüber der von ihm gewählten Krankenkasse zu erklären. Diese darf die Mitgliedschaft nicht ablehnen.

Im Fall der Krankenkassenwahl im Wege einer Kündigung kann das Wahlrecht bis zum Ende der Kündigungsfrist ausgeübt werden. Eine „Korrektur“ der Wahl ist noch bis zum Ende der Kündigungsfrist möglich. Ein Widerruf der Kündigung oder Wahlerklärung nach diesem Zeitpunkt ist ausgeschlossen.

Ein nahtloser Wechsel des Versicherungsgrundes (z. B. vom Beschäftigten zum Rentner) eröffnet für sich allein betrachtet noch kein neues Wahlrecht.

Für Rentner und Rentenantragsteller ist ein Wahlrecht nach § 175 Absatz 5 SGB V ausgeschlossen, weil sie nicht (mehr) im Betrieb beschäftigt sind und somit nicht zu den unmittelbar beitragsberechtigten Versicherungspflichtigen im Sinne der vorgenannten Rechtsvorschrift gehören. Sie können die errichtete Krankenkasse nur im Rahmen des § 175 Absatz 4 Sätze 2 und 3 SGB V wählen.

A V 4.4 Bindungswirkung und Kündigung der Mitgliedschaft

A V 4.4.1 Bindungswirkung

Bei Ausübung des Wahlrechts ist der Rentenantragsteller oder Rentner an die Wahl der Krankenkasse grundsätzlich mindestens 18 Monate gebunden („allgemeine Bindungsfrist“, § 175 Absatz 4 Satz 1 SGB V).

Sofern sich Rentner oder Rentenantragsteller für einen Wahltarif nach § 53 SGB V entschieden haben, sind sie ein oder drei Jahre an den Wahltarif gebunden (§ 53 Absatz 8 Satz 1 SGB V). Diese Bindungsfrist zieht nach § 53 Absatz 8 Satz 2 SGB V auch eine entsprechend lange Bindung an die Mitgliedschaft bei der Krankenkasse nach sich. Die Mitgliedschaft kann dann frühestens zum Ablauf der Mindestbindungsfrist des Wahltarifs, jedoch nicht vor Ablauf der allgemeinen Bindungsfrist gekündigt werden. Die allgemeine Bindungsfrist und die Bindungsfrist aufgrund eines Wahltarifs müssen nicht parallel laufen. Die allgemeine Bindungsfrist beginnt mit der Wahl der Krankenkasse bzw. dem entsprechenden Mitgliedschaftsbeginn; die Bindungsfrist aufgrund eines Wahltarifs beginnt dagegen mit dem Eintritt in den Wahltarif. Die Beendigung der Mitgliedschaft durch Kündigung setzt in diesem Fall voraus, dass beide Mindestbindungsfristen abgelaufen sind.

Ist bei Eintritt der KVdR-Versicherungspflicht oder der Rentenantragstellermithgliedschaft die Bindungsfrist bei der derzeitigen Krankenkasse noch nicht erfüllt, kann der Rentner/Rentenantragsteller frühestens zum Ablauf der Bindungsfrist die Mitgliedschaft kündigen und eine andere Krankenkasse für die Durchführung seiner Mitgliedschaft wählen (Ausnahmen vgl. A V 4.5). Dementsprechend eröffnet der Eintritt der KVdR-Versicherungspflicht bzw. der Beginn der Rentenantragstellermithgliedschaft für sich betrachtet kein neues Wahlrecht und löst damit auch keine neue Bindungsfrist aus.

Beispiel 1:

Krankenkassenwechsel als freiwilliges Mitglied zur Krankenkasse A zum	1.2.2014
Rentantrag und gleichzeitige Wahl der Krankenkasse B am	14.7.2014
Beschäftigungsverhältnis endet am	31.8.2014
Rentenbeginn am	1.9.2014

Ergebnis:

Ein Krankenkassenwechsel zur Krankenkasse B ab 1.9.2014 ist nicht möglich, da die 18-monatige Bindungsfrist zur Krankenkasse A (bis 31.7.2015) noch nicht erfüllt ist.

Sofern vor Beginn der KVdR-Versicherungspflicht oder der Rentenantragstellermithgliedschaft die Mitgliedschaft mindestens einen Tag unterbrochen war, ist die Wahl einer anderen Krankenkasse möglich, und zwar unabhängig davon, ob die Mindestbindungsfrist bereits erfüllt ist. In diesen Fällen kann die gewählte Krankenkasse ohne Vorlage einer Kündigungsbestätigung die Mitgliedschaft begründen und ihre Zuständigkeit gegenüber dem Rentenversicherungsträger anzeigen (Urteil des BSG vom 13. Juli 2007 - B 12 KR 19/06 R -, USK 2007-51). Mit dem Wiedereintritt einer Mitgliedschaft beginnt dann erneut eine 18-monatige Bindungsfrist, und zwar unabhängig davon, ob der Versicherte sein Wahlrecht selbst ausgeübt hat oder nicht.

Beispiel 2:

Pflichtmitgliedschaft bei Krankenkasse A vom	1.4.2013 bis 31.7.2014
Familienversicherung bei der Krankenkasse A vom	1.8.2014 bis 4.8.2014
Rentantragstellung und Beginn der Pflichtmitgliedschaft am	5.8.2014
Erklärung der Mitgliedschaft bei der Krankenkasse B am	12.8.2014
Zustellung des Rentenbewilligungsbescheides (Rentenbeginn 1.9.2014) am	13.11.2014

Ergebnis:

Die Wahl der Krankenkasse B wird zum 5.8.2014 wirksam, da die Mitgliedschaft unterbrochen war und damit ungeachtet der Frage einer Bindungsfrist ein sofortiges Wahlrecht zum 5.8.2014 bestand.

A V 4.4.2 Kündigung der Mitgliedschaft

Die Krankenkasse kann bei ununterbrochener Mitgliedschaft nur gewechselt werden, wenn der Rentner oder Rentenantragsteller die Mitgliedschaft bei seiner bisherigen Krankenkasse wirksam kündigt. Als Nachweis dient die von der bisherigen Krankenkasse spätestens innerhalb von zwei Wochen (14 Tagen) nach Eingang der Kündigung auszustellende Kündigungsbestätigung.

Die Kündigung der Mitgliedschaft ist nach § 175 Absatz 4 Satz 2 SGB V zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats möglich, gerechnet von dem Monat, in dem das Mitglied die Kündigung erklärt. Maßgebend ist das Datum des Eingangs der Kündigung bei der bisherigen Krankenkasse.

Beispiel 1:

Kündigung der seit 1.1.2013 bestehenden Mitgliedschaft am	7.7.2014
zum frühestmöglichen Zeitpunkt, das heißt zum	30.9.2014
Ende der Bindungsfrist am	30.6.2014
Ausstellung der Kündigungsbestätigung am	9.7.2014

Ergebnis:

Ein Krankenkassenwechsel ist zum 1.10.2014 möglich, da die Mitgliedschaft fristgerecht gekündigt wurde und die 18-monatige Bindungsfrist bereits am 30.6.2014 und damit vor dem 1.10.2014 erfüllt war.

Wird vom Rentner oder Rentenantragsteller eine Kündigung für einen Zeitpunkt ausgesprochen, zu dem ein Krankenkassenwechsel noch nicht möglich ist, weil z. B. die Bindungsfrist noch nicht abgelaufen ist, hat die Krankenkasse die Kündigung entsprechend den Grundsätzen des § 140 BGB in eine Kündigung zum nächstmöglichen Zeitpunkt umzu-
deuten.

Beispiel 2:

Kündigung der seit 1.1.2013 bestehenden Mitgliedschaft am	10.12.2013
Zum frühestmöglichen Zeitpunkt, das heißt zum	28.2.2014

Ende der Bindungsfrist am

30.6.2014

Ergebnis:

Ein Krankenkassenwechsel vollzieht sich nicht zum 1.3.2014, da die 18-monatige Bindungsfrist noch nicht erfüllt ist und die Kündigung nicht fristgerecht erklärt wurde. Gleichwohl ist die Kündigung so umzudeuten, als wenn sie im Monat April 2014 ausgesprochen worden wäre, damit sich zum 1.7.2014 ein Krankenkassenwechsel vollziehen kann.

Die Kündigung 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 (vgl. A V 4.2). Die Kündigung ist damit zunächst schwebend wirksam 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 schriftliche Kündigung durch das Mitglied ist in jedem Falle erforderlich. Die Meldung nach § 201 Absatz 2 SGB V der gewählten Krankenkasse ersetzt die Kündigung nicht.

Im Falle des Widerrufs einer Kündigung/Kassenwahlerklärung besteht in jedem Fall die Notwendigkeit der Information unter den Krankenkassen. Die „zunächst abgewählte“ Krankenkasse hat deshalb unverzüglich nach Bekanntwerden des Widerrufs der Kündigung die „zunächst gewählte“ Krankenkasse hierüber schriftlich in Kenntnis zu setzen.

A V 4.5 **Sonderkündigungsrechte**

Sofern eine Krankenkasse einen Zusatzbeitrag erhebt, einen bereits erhobenen Zusatzbeitrag erhöht oder eine Prämienzahlung verringert (vgl. A VIII 4), kann die Mitgliedschaft ohne Einhaltung der 18-monatigen Bindungsfrist gekündigt werden (§ 175 Absatz 4 Satz 5 SGB V). Auf das Sonderkündigungsrecht muss die Krankenkasse ihre Mitglieder spätestens einen Monat vor Fälligkeit hinweisen. Die Kündigung muss bis zum Ablauf des Tages der erstmaligen Fälligkeit der Krankenkasse zugegangen sein. Der Krankenkassenwechsel vollzieht sich dann mit Ablauf des übernächsten Kalendermonats.

Beispiel:

Erhebung des Zusatzbeitrags ab	1.5.2014
- Fälligkeit 15. des Folgemonats -	
Die Kündigung muss der Krankenkasse spätestens vorliegen bis zum	15.6.2014
Die Mitgliedschaft endet spätestens am	31.8.2014
Neue Mitgliedschaft ist nachzuweisen bis zum Ende der Kündigungsfrist am	31.8.2014

Das Sonderkündigungsrecht hebt die Bindungswirkung nach § 175 Absatz 4 Satz 1 SGB V auf, löst aber gleichzeitig bei der neu gewählten Krankenkasse eine neue Bindungswirkung aus. Wird das Sonderkündigungsrecht hingegen

nicht genutzt, ist dies nicht mit einer passiven Ausübung des Wahlrechts gleichzusetzen. Die 18-monatige Bindungsfrist beginnt also nicht erneut, sodass der Betroffene die Mitgliedschaft zu einem späteren Zeitpunkt unter den Voraussetzungen des § 175 Absatz 4 Satz 2 SGB V kündigen kann.

Eine wirksam ausgeübte Kündigung aufgrund des Sonderkündigungsrechts hat zur Folge, dass der Zusatzbeitrag bzw. der erhöhte Zusatzbeitrag vom Mitglied bis zur Beendigung der Mitgliedschaft nicht erhoben wird.

Das Sonderkündigungsrecht ist nicht davon abhängig, ob für das einzelne Mitglied zum Zeitpunkt der Erhebung bzw. der Erhöhung des Zusatzbeitrags tatsächliche finanzielle Belastungen entstehen und ob es diese selbst zu tragen hat. Damit besteht ein Sonderkündigungsrecht dann z. B. auch für beitragsfreie und von der Erhebung des Zusatzbeitrags ausgenommene Rentenantragsteller.

Nach ausdrücklicher Bestimmung in § 53 Absatz 8 Satz 2 zweiter Halbsatz SGB V gilt das Sonderkündigungsrecht auch für Mitglieder, die einen Wahltarif (§ 53 SGB V) in Anspruch genommen haben, ausgenommen sind die Mitglieder mit einem Wahltarif nach § 53 Absatz 6 SGB V (Krankengeld).

Demgegenüber löst die Verringerung eines eventuellen Sozialausgleichs kein Sonderkündigungsrecht aus.

Weiteres zum Sonderkündigungsrecht geht aus den Grundsätzlichen Hinweisen zu den mitgliedschafts- und beitragsrechtlichen Regelungen zum Zusatzbeitrag des GKV-Spitzenverbandes in der jeweils geltenden Fassung hervor.

A V 4.6 Zeitpunkt des Krankenkassenwechsels

Wird die Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger zu einer Krankenkasse gekündigt, beginnt die Mitgliedschaft bei der neu gewählten Krankenkasse mit dem Tag nach Eintritt der Rechtswirksamkeit der Kündigung (§ 186 Absatz 10 SGB V), wenn die unter A V 4.1 bis A V 4.5 aufgeführten Voraussetzungen erfüllt sind.

A V 4.7 Besonderheiten im Fall der Schließung einer Krankenkasse durch die Aufsichtsbehörde oder bei Insolvenz einer Krankenkasse

Seit 1. Januar 2012 sind für die Ausübung des Krankenkassenwahlrechts im Fall der Schließung einer Krankenkasse durch die Aufsichtsbehörde oder in Folge der Insolvenz einer Krankenkasse in § 175 Absatz 3a SGB V besondere Regelungen vorgesehen.

Das neue Sonderwahlrecht basiert auf einer Mindestfrist von acht Wochen zwischen der Zustellung des Schließungsbescheids der Aufsichtsbehörde und dem Zeitpunkt, an dem die Schließung der Krankenkasse wirksam wird (§§ 146a, 153, 163 und 170 SGB V).

Versicherungspflichtige haben nach § 175 Absatz 3a Satz 1 SGB V bei Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse spätestens innerhalb von sechs Wochen nach Zustellung des Schließungsbescheids oder der Stellung des Insolvenzantrags der zur Meldung verpflichteten Stelle eine Mitgliedsbescheinigung (der neu gewählten Krankenkasse) vorzulegen. Wird diese Frist versäumt, hat die zur Meldung verpflichtete Stelle den Betroffenen bei der Krankenkasse anzumelden, bei der er vor seiner Mitgliedschaft bei der zu schließenden Krankenkasse versichert war; bestand keine vorhergehende Versicherung, ist er bei einer nach § 173 SGB V wählbaren Krankenkasse anzumelden. Die wahlerset-

zende Anmeldung bei der neuen Krankenkasse durch die zuständige Meldestelle ist innerhalb von zwei Wochen nach Ablauf der Frist für die aktive Ausübung des Krankenkassenwahlrechts zu erstatten.

Mitglieder, bei denen keine zur Meldung verpflichtete Stelle besteht, haben hingegen nach dem Wortlaut des § 175 Absatz 3a Satz 6 SGB V der geschlossenen Krankenkasse innerhalb von drei Monaten nach Zustellung des Schließungsbescheids bzw. Stellung des Insolvenzantrags eine Mitgliedsbescheinigung der gewählten Krankenkasse bei der abzuwickelnden Krankenkasse vorzulegen.

Die Auslegung dieser besonderen Regelungen für Rentner und Rentenantragsteller sowie die Umsetzung im Anwendungsfall bleiben einer Verfahrensabsprache zwischen dem GKV-Spitzenverband und der DRV Bund vorbehalten.

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 Nr. 3 und 5 genannten Versicherungsberechtigten beginnt mit dem Tag der Aufnahme der Beschäftigung. Die Mitgliedschaft der in § 9 Absatz 1 Nr. 6 genannten Versicherungsberechtigten beginnt mit dem Eintritt der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 11.
- (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 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.

§ 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 und 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 Nr. 6 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, 188 Absatz 2 Satz 2 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. Rentnantragsteller gelten auch in der sozialen Pflegeversicherung als Mitglieder (§ 49 Absatz 2 SGB XI).

A VI 2 Mitgliedschaft als Rentnantragsteller

A VI 2.1 Allgemeines

Die Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 11, 11a 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 Rentnantrag noch nicht entschieden ist, sieht § 189 Absatz 1 SGB V vor, dass ein Rentnantragsteller für die Zeit vom Rentnantrag bis zur Entscheidung über diesen Antrag als Mitglied zu gelten hat. Dies gilt selbst dann, 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.

§ 189 SGB V findet auch bei den Personen Anwendung, die zum Personenkreis des § 5 Absatz 1 Nr. 11a SGB V gehören, obwohl dies nicht ausdrücklich aus dem Gesetzestext hervorgeht (vgl. aber A I 3.4).

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

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 oder 12 SGB V (vgl. 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 vorliegen muss. Mithin gelten für Rentnantragsteller die Ausführungen zum Rentnantrag und zu den Vorversicherungszeiten 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 den Rentenantrag wegen fehlender Mitwirkung nach § 66 SGB I durch bindenden Bescheid abgelehnt hat.

A VI 2.5 Beginn der Mitgliedschaft als Rentenantragsteller

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 (vgl. A I 4.3) 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.

Anders als bei versicherungspflichtigen Rentnern (vgl. A I 4.1) ist die Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 9 und 10 SGB V vorrangig gegenüber der Rentenantragstellermemberschaft nach § 189 SGB V.

Die Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V stellt in diesem Zusammenhang keine Vorrangversicherung dar.

A VI 2.6 Ende der Mitgliedschaft als Rentenantragsteller

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

Beispiel 1:

Rentantrag am	14.4.2014
Bekanntgabe des Bescheides über die Rentenbewilligung/Vorschusszahlung am	25.6.2014
Rentenbeginn/Beginn der Vorschusszahlung am	1.5.2014

Ergebnis:

Die Rentenantragstellermitgliedschaft nach § 189 SGB V beginnt am 14.4.2014; sie endet mit dem Tag vor Rentenbeginn am 30.4.2014. Vom 1.5.2014 an wird eine Mitgliedschaft als Rentner nach § 186 Absatz 9 SGB V begründet.

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

Beispiel 2:

Rentenantrag am	15.4.2014
Bekanntgabe des Bescheides über die Rentenbewilligung am	25.6.2014
Rentenbeginn am	1.4.2014

Ergebnis:

Vom 15.4.2014 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 15.4.2014 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 oder seine Ablehnung durch den Rentenversicherungsträger unanfechtbar wird. Bei Rücknahme des Rentenanspruchs 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 Rentenanspruchs wird unanfechtbar, wenn ein Rechtsbehelf oder Rechtsmittel nicht mehr zulässig ist. 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 (vgl. 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 (vgl. 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	12.3.2014
Ablehnung des Rentenanspruchs mit Bescheid vom	28.5.2014
Eingang des Widerspruchs beim Rentenversicherungsträger am	26.6.2014
Zurückweisung des Widerspruchs mit Bescheid vom	15.9.2014

Ergebnis:

Die Rentenantragstellermitgliedschaft besteht während des Widerspruchsverfahrens fort. Sie endet mit der Unanfechtbarkeit des Widerspruchsbescheides. Da dieser am 18.9.2014 als bekannt gegeben gilt, endet die Mitgliedschaft nach § 189 Absatz 2 Satz 2 SGB V einen Monat nach der Bekanntgabe, das heißt am Montag, den 20.10.2014.

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.

§ 189 Absatz 1 Satz 2 SGB V schließt die Mitgliedschaft als Rentenantragsteller aus, wenn nach anderen Vorschriften Versicherungspflicht (§ 5 Absatz 1 Nr. 1 bis 10 SGB V, § 192 Absatz 1 SGB V, § 7 Absatz 3 Satz 1 SGB IV) oder Versicherungsfreiheit (§ 6 Absatz 1 SGB V) besteht. Ebenfalls ausgeschlossen ist die Mitgliedschaft für Rentenantragsteller, die hauptberuflich selbstständig erwerbstätig sind (§ 5 Absatz 5 SGB V).

Die Rentenantragstellermitgliedschaft nach § 189 SGB V ist eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall und geht als solche der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V vor.

Zwar ist in § 189 SGB V die Vorschrift des § 6 Absatz 2 SGB V nicht erwähnt, jedoch sind nach Sinn und Zweck der Regelungen über die Versicherungsfreiheit Rentenantragsteller, die zu den in § 6 Absatz 2 SGB V genannten Personen gehören, ebenfalls versicherungsfrei. Entsprechendes gilt für die Anwendung von § 6 Absatz 3 oder 3a Sätze 1 bis 3 SGB V.

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. 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:

Rentantrag am	14.5.2014
Rentenbeginn am	1.4.2014
Beginn der Mitgliedschaft am	14.5.2014

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

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	5.2.2014
Ausübung einer versicherungspflichtigen Beschäftigung bis	30.4.2014
Bescheid über die Bewilligung der Rente zugestellt am (Rentenbeginn: 1.2.2014)	24.4.2014

Ergebnis:

Die KVdR-Mitgliedschaft nach § 186 Absatz 9 SGB V ist durch die versicherungspflichtige Beschäftigung bis 30.4.2014 ausgeschlossen. Ab 1.5.2014 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	17.9.2014
Rechtswirksamkeit der Kündigung zum	30.11.2014
Mitgliedschaft bei neuer Krankenkasse ab	1.12.2014

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 oder 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. Die Entscheidung ist unanfechtbar, wenn gegen sie ein Rechtsbehelf (Widerspruch, Klage) oder Rechtsmittel (Berufung, Revision, Nichtzulassungsbeschwerde) nicht mehr eingelegt werden kann.

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 das 18. Lebensjahr vollendet, 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 3.6.2 und 3.6.3).

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 Vollendung des 65. Lebensjahres), 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	10.2.2014
Wegfall der Zeitrente am	30.4.2014
Das Sozialgericht bestätigt den Wegfall der Rente.	
Zustellung des Urteils am	17.9.2014

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

Rechtskraft des Urteils am	18.10.2014
Ende der KVdR-Mitgliedschaft am	31.10.2014

Beispiel 2:

Zubilligung der Rente am	10.2.2014
Wegfall der Zeitrente am	30.6.2014
Ein Sozialgerichtsverfahren führt zur Weitergewährung der Rente bis zum	31.12.2014
Zustellung des Urteils am	23.9.2014
Rechtskraft des Urteils am	24.10.2014
Ende der KVdR-Mitgliedschaft am	31.12.2014

Beispiel 3:

Entzug der Rente zum	30.9.2014
Zustellung des Bescheides am	16.8.2014
- kein Rechtsbehelf eingelegt -	
Bescheid unanfechtbar am	17.9.2014
Ende der KVdR-Mitgliedschaft am	30.9.2014

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	30.6.2014
Bekanntgabe des Bescheides am	31.8.2014
Bescheid unanfechtbar am	1.10.2014
Ende der Mitgliedschaft am	31.10.2014

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.

Die KVdR ist ausgeschlossen, wenn und solange auf die ganze 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

§ 193 Absatz 2 SGB V hat zur Folge, dass Rentenantragsteller und Rentner weiterhin Mitglied der Krankenkasse sind, wenn sie freiwilligen Wehrdienst, freiwilligen zusätzlichen Wehrdienst im Anschluss an den Grundwehrdienst (ggf. noch in Übergangsfällen) oder anderen Wehrdienst nach § 4 Absatz 1 Wehrpflichtgesetz ableisten. Dies gilt auch für Personen, die Dienstleistungen oder (Wehr-)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. die aktuelle Höhe einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung, soweit die Krankenkasse diese Bezugsdaten für die Prüfung einer Anspruchsberechtigung nach § 242b anfordert,**
 - 2. den Tag der Rücknahme des Rentenantrages,**

3. bei Ablehnung des Rentenanspruches den Tag, an dem über den Rentenanspruch 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 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 §§ 28 a bis 28 c 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 Beitragsverfahrens zwischen allen Beteiligten gewährleisten. Für die Meldungen der Pflegekassen an die Rentenversicherungsträger gilt § 201 SGB V entsprechend.

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. Die ehemaligen Spitzenverbände der Krankenkassen 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 dieser Vereinbarung sind:

- "Gemeinsame Grundsätze zum maschinell unterstützten Meldeverfahren zur Krankenversicherung der Rentner und zur Pflegeversicherung", in denen die Tatbestände enthalten sind, die eine Meldung erfordern,
- "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 und
- "Aufbau der Datensätze zur Durchführung des maschinellen KVdR-Meldeverfahrens; hier: Meldungen zwischen den Krankenkassen" (Meldeverfahren KV-KV), in der die Datensatzinhalte und die technische Form der Meldungen zwischen den Krankenkassen festgelegt sind.

Sofern ein Sozialausgleich zur Anwendung kommt (vgl. A VIII 5), sind nach § 242b SGB V bei versicherungspflichtigen Rentnern auch Mitteilungen im Meldeverfahren KV-RV erforderlich, die in das maschinell unterstützte KVdR-Meldeverfahren integriert sind. Grundsätzliche Aussagen enthalten die vorgenannten Gemeinsamen Grundsätze zum maschinell unterstützten Meldeverfahren. Auf weitere Ausführungen dazu wird in diesem Gemeinsamen Rundschreiben daher verzichtet.

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.

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 Rentenantragstellern, die bisher nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren, für die aber als Spätaussiedler eine Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 12 SGB V in Betracht kommt, obliegt die Bearbeitung der KVdR-Meldung der gewählten Krankenkasse.

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

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 oder der Rentenantragsteller keine Erklärung zu einer von ihm gewählten Krankenkasse abgibt. Die insoweit angegangene nicht landwirtschaftliche 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 an diese 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 Familienversicherung), hat die gewählte Krankenkasse die KVdR-Meldung zu bearbeiten. Dies gilt selbst dann, wenn die bisherige Krankenkasse die Meldung zur Rentenantragstellung (vgl. 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 zeitlich letzte Krankenkasse, die vor Beginn der Familienversicherung die Krankenversicherung durchgeführt hat, über das Ergebnis ihrer Prüfung. Die unterrichtete Krankenkasse erstattet die Meldung zur Rentenantragstellung gegenüber dem Rentenversicherungsträger (vgl. 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 von der Familienversicherung in die Versicherungspflicht aufgrund einer Beschäftigung und gleichzeitigem 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. Dennoch ist auch dieser Mitteilungsweg in das maschinell unterstützte Meldeverfahren zwischen den Krankenkassen und den Rentenversicherungsträgern integriert.

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.

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 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 nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V pflicht- 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 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 Beitragssatz). 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 Rentenanspruchs

Die Mitgliedschaft als Rentenanspruchsteller endet mit dem Tag, an dem der Rentenanspruch zurückgenommen oder die Ablehnung des Anspruchs unanfechtbar wird (§ 189 Absatz 2 SGB V, vgl. A VI 2.6). 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.

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 oder Rechtsmittel eingelegt, besteht die Rentenanspruchstellermemberschaft auch für die Dauer des Streitverfahrens (vgl. A VI 2.6). 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 und für die Rücknahme eines Rechtsmittels.

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

§ 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.

§ 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 eines nach § 5 Absatz 1 Nr. 11 oder 12 versicherungspflichtigen Rentners, der bereits Rente bezogen hat, vor Vollendung des achtzehnten Lebensjahres Waisenrente beantragt oder**
- 3. ohne die Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 11 oder 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.

(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.

§ 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,

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

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,
3. Renten der Versicherungs- und Versorgungseinrichtungen, die für Angehörige bestimmter Berufe errichtet sind,
4. Renten und Landabgaberenten 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.

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 Versicherungsfalls vereinbart oder zugesagt worden, gilt ein Einhundertzwanzigstel 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 Dreihundertsechzigstel 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, der dreißigste Teil des 0,3450fachen der monatlichen Bezugsgröße; in Fällen, in denen diese Personen weitere beitragspflichtige Einnahmen haben, wird der Zahlungsbetrag des Arbeitslosengeldes II für die Beitragsbemessung diesen beitragspflichtigen Einnahmen mit der Maßgabe hinzugerechnet, dass als beitragspflichtige Einnahmen insgesamt der in diesem Satz genannte Teil der Bezugsgröße gilt.

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.
- (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.

§ 226 Absatz 2 und die §§ 228, 229 und 231 gelten entsprechend.

§ 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.

(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 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 und § 248 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.

(3a) (weggefallen)

(4) Als beitragspflichtige Einnahmen gilt für den Kalendertag mindestens der neunzigste Teil der monatlichen Bezugsgröße. Für freiwillige Mitglieder, die hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind, gilt als beitragspflichtige Einnahmen für den Kalendertag der dreißigste Teil der monatlichen Beitragsbemessungsgrenze (§ 223), bei Nachweis niedrigerer Einnahmen jedoch mindestens der vierzigste, für freiwillige Mitglieder, die einen monatlichen Gründungszuschuss nach § 93 des Dritten Buches oder eine entsprechende Leistung nach § 16b des Zweiten Buches erhalten, der sechzigste Teil der monatlichen Bezugsgröße. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmt, unter welchen Voraussetzungen darüber hinaus der Beitragsbemessung hauptberuflich selbständig Erwerbstätiger niedrigere Einnahmen, mindestens jedoch der sechzigste Teil der monatlichen Bezugsgröße, zugrunde gelegt werden. Dabei sind insbesondere das Vermögen des Mitglieds sowie Einkommen und Vermögen von Personen, die mit dem Mitglied in Bedarfsgemeinschaft leben, zu berücksichtigen. Für die Beurteilung der selbständigen Erwerbstätigkeit einer Tagespflegeperson gilt § 10 Absatz 1 Satz 2 und 3 entsprechend. Veränderungen der Beitragsbemessung auf Grund eines vom Versicherten geführten Nachweises nach Satz 2 können nur zum ersten Tag des auf die Vorlage dieses Nachweises folgenden Monats wirksam werden. 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 Rentenantrags mindestens neun Zehntel der zweiten Hälfte dieses Zeitraums Mitglied oder nach § 10 versichert waren; § 5 Absatz 2 Satz 1 gilt entsprechend.

(4a) ...

(5) ...

§ 241 SGB V

Allgemeiner Beitragssatz

Der allgemeine Beitragssatz beträgt 15,5 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder.

§ 242 SGB V

Kassenindividueller Zusatzbeitrag

(1) Soweit der Finanzbedarf einer Krankenkasse durch die Zuweisungen aus dem Fonds nicht gedeckt ist, hat sie in ihrer Satzung zu bestimmen, dass von ihren Mitgliedern ein einkommensunabhängiger Zusatzbeitrag erhoben wird. Von Mitgliedern, die das Sonderkündigungsrecht nach § 175 Absatz 4 Satz 5 wegen der erstmaligen Erhebung des Zusatzbeitrags fristgemäß ausgeübt haben, wird der Zusatzbeitrag nicht erhoben. Wird das Sonderkündigungsrecht wegen einer Erhöhung des Zusatzbeitrags ausgeübt, wird der erhöhte Zusatzbeitrag nicht erhoben. Wird die Kündigung nicht wirksam, wird der Zusatzbeitrag im vollen Umfang erhoben.

(2) Soweit die Zuweisungen aus dem Fonds den Finanzbedarf einer Krankenkasse übersteigen, kann sie in ihrer Satzung bestimmen, dass Prämien an ihre Mitglieder ausgezahlt werden. Auszahlungen dürfen erst vorgenommen werden, wenn die Krankenkasse ihrer Verpflichtung nach § 261 nachgekommen ist. Auszahlungen an Mitglieder, die sich mit der Zahlung ihrer Beiträge in Rückstand befinden, sind ausgeschlossen. Prämienauszahlungen nach Satz 1 sind getrennt von den Auszahlungen nach § 53 zu buchen und auszuweisen.

(3) – (6) ...

§ 242a

Durchschnittlicher Zusatzbeitrag

(1) Der durchschnittliche Zusatzbeitrag der Krankenkassen ergibt sich aus der Differenz zwischen den voraussichtlichen jährlichen Ausgaben der Krankenkassen und den voraussichtlichen jährlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds, die für die Höhe der Zuweisungen nach den §§ 266 und 270 zur Verfügung stehen, geteilt durch die voraussichtliche um die Mitglieder nach § 242 Absatz 5 verringerte Zahl der Mitglieder der Krankenkassen, wiederum geteilt durch die Zahl 12. Zusätzlich werden die erforderlichen Mittel für die vorgeschriebene Auffüllung der Rücklage aller Krankenkassen auf den in § 261 Absatz 2 Satz 2 genannten Mindestwert berücksichtigt, soweit unerwartete außergewöhnliche Ausgabenzuwächse in der gesetzlichen Krankenversicherung eingetreten sind.

(2) Das Bundesministerium für Gesundheit legt nach Auswertung der Ergebnisse des Schätzerkreises nach § 220 Absatz 2 die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitrags als Euro-Betrag für das Folgejahr im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen fest und gibt diesen Wert jeweils bis zum 1. November eines Kalenderjahres im Bundesanzeiger bekannt.

§ 242b SGB V

Sozialausgleich

(1) Übersteigt der durchschnittliche Zusatzbeitrag nach § 242a 2 Prozent (Belastungsgrenze für den Sozialausgleich) der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds, so hat das Mitglied Anspruch auf einen Sozialausgleich. Der Sozialausgleich wird durchgeführt, indem der monatliche einkommensabhängige Beitragssatzanteil des Mitglieds individuell verringert wird. ...

(2) Ein verringerter Beitragssatzanteil des Mitglieds wird von der den Beitrag abführenden Stelle ermittelt, indem die Belastungsgrenze nach Absatz 1 mit den beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds vervielfacht und anschließend vom durchschnittlichen Zusatzbeitrag nach § 242a abgezogen wird. Anschließend wird die nach Satz 1 ermittelte Überforderung vom einkommensabhängigen Beitragssatzanteil des Mitglieds abgezogen, höchstens jedoch, bis der Beitragssatzanteil des Mitglieds auf null Euro reduziert ist. ...

(3) – (7) ...

§ 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 4a. Der ermäßigte Beitragssatz beträgt 14,9 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder.

§ 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 zuzüglich 0,45 Beitragssatzpunkte.

§ 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 Nr. 4 die Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes zuzüglich 0,45 Beitragssatzpunkte.

§ 249a SGB V

Tragung der Beiträge bei Versicherungspflichtigen mit Rentenbezug

Bei Versicherungspflichtigen, die eine Rente nach § 228 Absatz 1 Satz 1 beziehen, trägt der Träger der Rentenversicherung die Hälfte der nach der Rente zu bemessenden Beiträge nach dem um 0,9 Beitragssatzpunkte verminderten allgemeinen Beitragssatz; im Übrigen tragen die Rentner die Beiträge. 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,

sowie den Zusatzbeitrag nach § 242 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,
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 und Absatz 3 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.

(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.

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

(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. ...

(6) Den Zusatzbeitrag nach § 242 hat das Mitglied zu tragen.

§ 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 um 0,9 Beitragssatzpunkte verminderten allgemeinen Beitragssatzes der gesetzlichen Krankenversicherung auf den Zahlbetrag der Rente ergibt.

(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 um 0,9 Beitragssatzpunkte verminderten allgemeinen Beitragssatzes der gesetzlichen Krankenversicherung 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.

§ 55 SGB XI

Beitragssatz, Beitragsbemessungsgrenze

(1) Der Beitragssatz beträgt bundeseinheitlich 2,05 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. Die Spitzenverbände der Pflegekassen beschließen gemeinsam 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 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) ...

§ 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 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 eines Beziehers einer Rente nach dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte, wenn die Ehe vor Vollendung des 65. Lebensjahres des Verstorbenen geschlossen wurde,
4. den hinterbliebenen Ehegatten 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.

§ 57 SGB XI Beitragspflichtige Einnahmen

(1) Bei Mitgliedern der Pflegekasse, die in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind, gelten für die Beitragsbemessung die §§ 226 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 der 30. Teil des 0,3620fachen der monatlichen Bezugsgröße zugrunde zu legen.

(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 § 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 seit 1. Januar 2011 geltenden beitragsrechtlichen Regelungen für Rentenantragsteller und Rentner, einschließlich der Regelungen zum Sozialausgleich.

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 (vgl. A VIII 3.5).

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.

Beiträge sind für den Kalendertag mindestens vom 90. Teil der monatlichen Bezugsgröße, 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 Arbeitseinkommen ist jedoch § 248 SGB V auch bei Rentenantragstellern anzuwenden. In diesen Fällen wird für die genannten Einnahmen der allgemeine Beitragssatz angesetzt (vgl. A VIII 3.2.2.4).

Der Beitragssatz zur sozialen Pflegeversicherung beträgt nach § 55 Absatz 1 Satz 1 SGB XI seit 1. Januar 2013 2,05 %. Für kinderlose Rentenantragsteller erhöht sich der Beitragssatz nach § 55 Absatz 3 SGB XI um 0,25 Beitragsatzpunkte (Beitragszuschlag für Kinderlose) auf 2,30 % der beitragspflichtigen Einnahmen (vgl. A VIII 3.2.2.6).

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 allein zu tragen (§ 250 Absatz 2 SGB V). Rentenantragsteller bleiben auch dann Beitragsschuldner, wenn die Beiträge von Dritten übernommen werden (z. B. vom Sozialhilfeträger nach § 32 Absatz 1 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

A VIII 2.3.1 Personenkreis

A VIII 2.3.1.1 Hinterbliebene Ehegatten, hinterbliebene Lebenspartner und Waisen von Rentnern

Beitragsfreiheit nach § 225 Satz 1 Nr. 1 und 2 SGB V kommt in Betracht, wenn eine Witwenrente, Witwerrente oder Waisenrente beantragt wird.

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 Beitragsfreistellung jedoch nicht vorgesehen.

Waisen sind nur dann beitragsfrei, wenn sie am Tage der Rentenantragstellung das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Als Waisen gelten grundsätzlich alle Kinder im Sinne des § 48 SGB VI. Steht allerdings nicht eindeutig fest, ob dem Stiefkind, Pflegekind, Enkel oder den Geschwistern des Verstorbenen Waisenrente zu gewähren ist, fordert die Krankenkasse Rentenantragstellerbeiträge; ggf. sind diese bei Rentenbewilligung von Beginn an zurückzuzahlen.

Eine Beitragsfreistellung für die vorgenannten Personenkreise 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

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

- 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 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 im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes (LPartG) und die Waisen ebenfalls zur Beitragsfreiheit nach § 225 Satz 1 Nr. 1 oder 2 SGB V. Bereits gezahlte Rentenantragstellerbeiträge sind von Beginn an zurückzuzahlen.

A VIII 2.3.1.2 Familienversicherte

Ferner sind nach § 225 Satz 1 Nr. 3 SGB V solche Rentenantragsteller von der Beitragspflicht freigestellt, für die ohne die KVdR eine Familienversicherung nach § 10 SGB V oder § 7 KVLG 1989 bestehen würde. Dies gilt unabhängig davon, bei welcher Krankenkasse die Familienversicherung durchzuführen wäre.

Beispiel 1:

Mitgliedschaft aufgrund versicherungspflichtiger Beschäftigung bei Krankenkasse A

Rentantrag am	5.5.2014
Aufgabe der Beschäftigung am	31.5.2014

Ehegatte Mitglied der Krankenkasse B

Potenzielle Familienversicherung für den Rentenantragsteller bei der Krankenkasse B ab	1.6.2014
--	----------

Ergebnis:

Der Rentenantragsteller ist ab 1.6.2014 weiterhin 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.

Soweit bei Waisen eine Beitragsfreiheit nach § 225 Satz 1 Nr. 2 SGB V nicht in Betracht kommt, weil der Verstorbene noch nicht Rentner war oder die Waise das 18. Lebensjahr bereits vollendet hat, ist zu prüfen, ob die Waise aufgrund der Nr. 3 der genannten Vorschrift beitragsfrei ist. Das ist der Fall, wenn ohne die Mitgliedschaft als Rentenantragsteller eine Versicherung nach § 10 SGB V bestünde (z. B. aufgrund der Mitgliedschaft der Witwe/des Witwers).

Beispiel 2:

Tod des versicherungspflichtig beschäftigten Arbeitnehmers (ohne Rentenbezug) am	19.10.2014
Witwenrentenantrag (die Witwe war bisher familienversichert)	
und Beginn der Rentenantragstellermitgliedschaft am	27.10.2014
Waisenrentenantrag (die Waise ist 12 Jahre alt und war bisher familienversichert)	
und Beginn der Rentenantragstellermitgliedschaft am	27.10.2014

Ergebnis:

Ohne den Waisenrentenantrag bestünde eine Familienversicherung aufgrund der Mitgliedschaft der Witwe nach § 189 Absatz 1 SGB V. Die Waise ist deshalb nach § 225 Satz 1 Nr. 3 SGB V beitragsfrei.

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 3:

Antrag auf Gewährung einer Rente aus eigener Versicherung der dem Grunde nach familienversicherten Ehefrau am	18.6.2014
Beginn der beitragsfreien Rentenantragstellermitgliedschaft am	18.6.2014
Tod des Ehemannes (Rentenbezieher) am	13.7.2014
Antrag auf Witwenrente am	29.7.2014

Ergebnis:

Die Rentenantragstellermitgliedschaft ist ab 18.6.2014 nach § 225 Satz 1 Nr. 3 SGB V beitragsfrei durchzuführen. Die potenzielle Familienversicherung und damit die Beitragsfreiheit endet mit dem Tod des Mitglieds am 13.7.2014. Ab 29.7.2014 besteht Beitragsfreiheit nach § 225 Satz 1 Nr. 1 SGB V. Für die Zeit vom 14.7.2014 bis 28.7.2014 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 Rentenantragstellermitgliedschaften beitragspflichtig durchgeführt werden, und zwar diejenige, die zuerst zu begründen ist. Stellen Ehegatten zeitgleich einen Rentenantrag, ist eine der Rentenantragstellermitgliedschaften beitragsfrei zu lassen.

A VIII 2.3.2 Ausschluss der Beitragsfreiheit

Nach § 225 Satz 2 SGB V besteht keine Beitragsfreiheit, wenn der Rentenantragsteller Arbeitseinkommen oder Versorgungsbezüge erhält. 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.

tig, als sie Arbeitseinkommen oder Versorgungsbezüge in Höhe von monatlich insgesamt mehr als einem Zwanzigstel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 SGB IV (Beitragsuntergrenze nach § 226 Absatz 2 SGB V) 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 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 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 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 sowie Renten nach dem ALG.

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 (vgl. 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 und ohne die Kinderzuschüsse nach § 270 SGB VI ergibt (sogenannter Bruttorentenbetrag). Anders als bei der versicherungsrechtlichen Anspruchsprüfung nach § 10 SGB V (vgl. A IV 2) ist der Beitragsbemessung pflichtversicherter 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.

Seit 1. Juli 2011 sind gesetzliche Renten aus dem Ausland den Renten der deutschen gesetzlichen Rentenversicherung gleichgestellt und sind damit ebenfalls beitragspflichtig (§ 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, ist für Renten aus dem Ausland in § 247 Satz 2 SGB V ein besonderer Beitragssatz in Höhe der Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes zuzüglich 0,45 Beitragssatzpunkte festgelegt. 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 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

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

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 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.

Beispiel:

Rentenbeginn:	1.2.2014
Rentantragstellung am:	7.4.2014
Beginn der laufenden Rentenzahlung:	1.6.2014
Beginn der KVdR-Mitgliedschaft am:	7.4.2014
Familienversicherung nach § 10 SGB V bis:	28.2.2014
Freiwillige Mitgliedschaft vom:	1.3.2014 bis 6.4.2014

Ergebnis:

Vom 7.4.2014 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 1.2.2014 bis 28.2.2014, 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, hier kommt u. U. die Zahlung eines Beitragszuschusses nach § 106 Absatz 2 SGB VI in Betracht.

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 3.1.2.3 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.

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. 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.

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 Beitragsuntergrenze für Versorgungsbezüge und Arbeitseinkommen

Beiträge aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen sind nach § 226 Absatz 2 SGB V nur zu entrichten, wenn die monatlichen beitragspflichtigen Einnahmen aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen insgesamt ein 1/20 der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 SGB IV übersteigen. Die Pflicht zur Beitragszahlung besteht auch, wenn die Beitragsuntergrenze lediglich durch die Gewährung einer Einmalzahlung (auch Nachzahlung) überschritten wird.

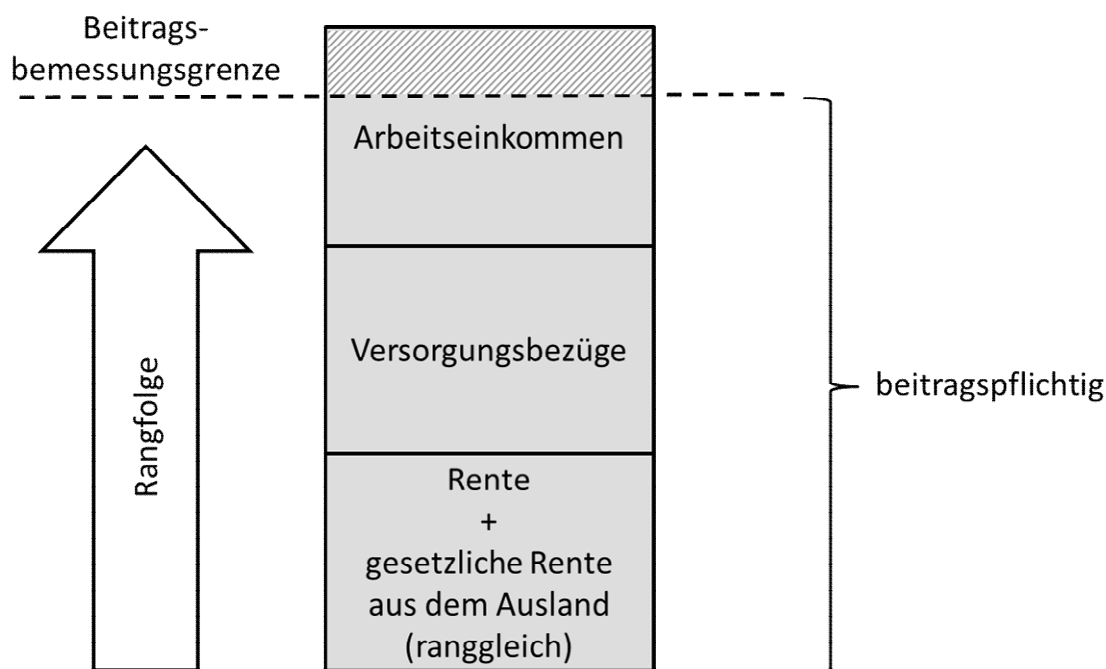
Die Beitragsuntergrenze gilt nicht für freiwillig oder nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V Versicherte.

A VIII 3.2 Berechnung der Beiträge

A VIII 3.2.1 Rangfolge der Einnahmearten

A VIII 3.2.1.1 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.



Beispiel:

Ein Rentner hat im Jahre 2014 monatlich folgende Einkünfte:

Rente	2.500,00 €
Versorgungsbezüge	1.000,00 €
Arbeitseinkommen	<u>700,00 €</u>
	4.200,00 €

Für die Beitragsberechnung sind heranzuziehen:

Rente	2.500,00 €
Versorgungsbezüge	1.000,00 €
Arbeitseinkommen	<u>550,00 €</u>
	4.050,00 €

Das restliche Arbeitseinkommen in Höhe von 150,00 € bleibt wegen Überschreitens der Beitragsbemessungsgrenze (2014 = 4.050,00 €) unberücksichtigt.

Wird die Beitragsbemessungsgrenze durch den Bezug von einer Rente und einer gesetzlichen Rente aus dem Ausland überschritten, findet eine verhältnismäßige Verminderung dieser ranggleichen Einnahmen (§ 228 Absatz 1 Satz 2 SGB V) in analoger Anwendung des § 22 Absatz 2 Satz 1 SGB IV statt. Da der Rentenversicherungsträger nur vom vollen Zahlbetrag der Rente die Beiträge berechnet und abführt, ist eine verhältnismäßige Verminderung der beitragspflichtigen Einnahmen nur im Wege der Erstattung von Beiträgen durch die Krankenkasse zu realisieren.

Ausführungen zur Erstattung von Beiträgen enthält der Abschnitt A X.

A VIII 3.2.1.2 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.

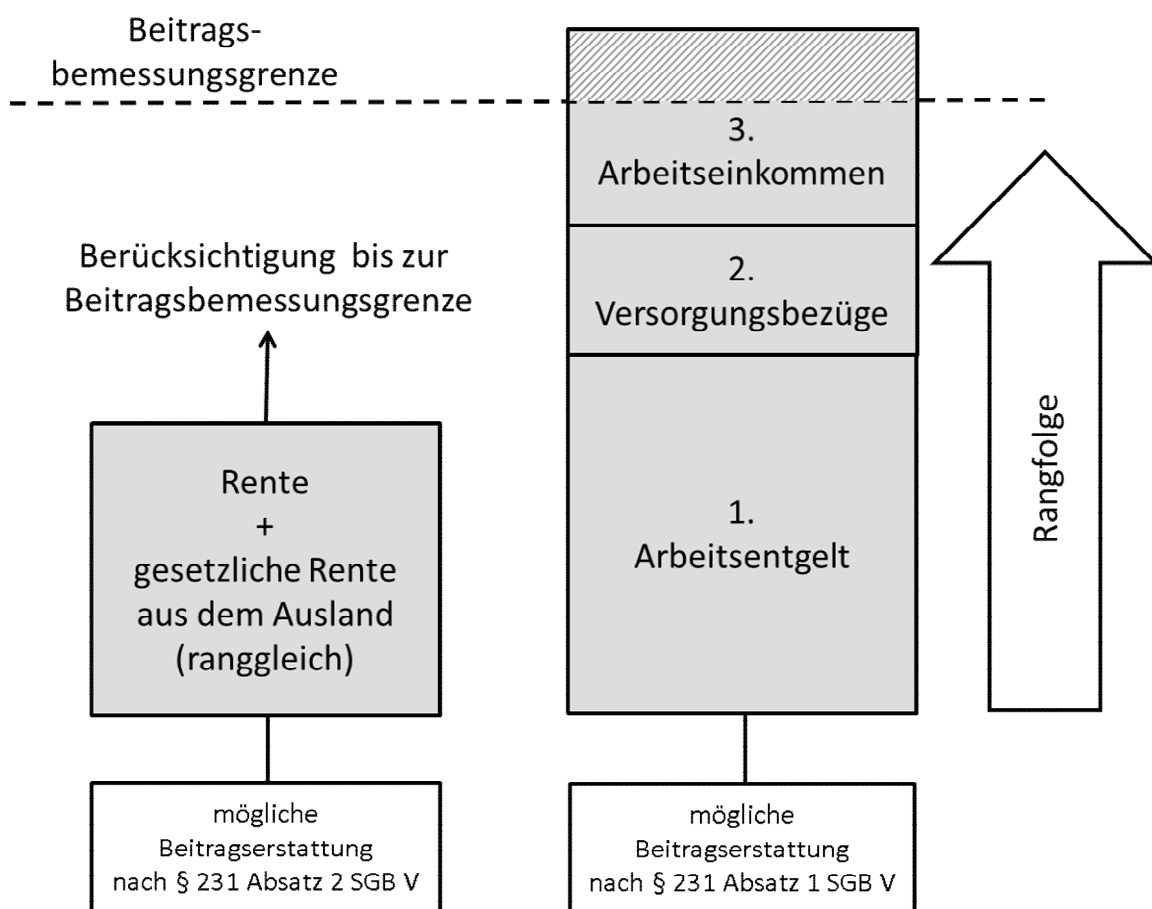
Für die Beitragspflicht der Rente ist es nicht erforderlich, dass der Rentner zu den in § 5 Absatz 1 Nr. 11, 11a oder 12 SGB V genannten Personen gehört, also die dort genannte Vorversicherungszeit erfüllt und damit ohne die Vorrang-

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

versicherung in der KVdR versichert wäre. Von § 226 Absatz 1 SGB V werden vielmehr auch solche Rentner erfasst, die die geforderte Vorversicherungszeit nicht nachweisen können.

§ 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 Zahlungsbetrag der Renten (sowohl der gesetzlichen Rentenversicherung als auch der gesetzlichen Renten aus dem Ausland) wird separat bis zur Beitragsbemessungsgrenze berücksichtigt. Die Ausführungen zur Ranggleichheit unter A VIII 3.2.1.1 gelten entsprechend.

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



Beispiel 1:

Ein Rentner hat im Jahre 2014 monatlich folgende Einkünfte:

Arbeitsentgelt	1.800,00 €
Rente	1.200,00 €

Für die Beitragsbemessung sind Arbeitsentgelt und Rente jeweils in voller Höhe heranzuziehen, weil beide für sich allein die Beitragsbemessungsgrenze (2014 = 4.050,00 €) nicht überschreiten.

Beispiel 2:

Ein Versicherungspflichtiger hat im Jahre 2014 monatlich folgende Einkünfte:

Arbeitsentgelt	3.300,00 €
Versorgungsbezüge	800,00 €
Arbeitseinkommen	100,00 €

Für die Beitragsberechnung sind heranzuziehen

Arbeitsentgelt	3.300,00 €
Versorgungsbezüge	750,00 €

Die restlichen Versorgungsbezüge in Höhe von 50,00 € sowie das Arbeitseinkommen bleiben wegen Überschreitens der Beitragsbemessungsgrenze (2014 = 4.050,00 €) unberücksichtigt.

Beispiel 3:

Ein Rentner hat im Jahre 2014 monatlich folgende Einkünfte:

Arbeitsentgelt	4.100,00 €
Versorgungsbezüge	500,00 €
Rente	800,00 €

Die Versorgungsbezüge bleiben für die Beitragsbemessung außer Ansatz, da bereits das Arbeitsentgelt die Beitragsbemessungsgrenze (2014 = 4.050,00 €) erreicht. Die Rente ist in voller Höhe heranzuziehen.

Beispiel 4:

Ein Rentner hat im Jahre 2014 monatlich folgende Einkünfte:

Arbeitsentgelt	1.700,00 €
Arbeitseinkommen	150,00 €
Rente	1.000,00 €

Für die Beitragsbemessung sind Arbeitsentgelt und Arbeitseinkommen in voller Höhe heranzuziehen, da die Beitragsbemessungsgrenze (2014 = 4.050,00 €) nicht überschritten wird. Daneben ist die Rente ebenfalls in voller Höhe zu berücksichtigen.

A VIII 3.2.1.3 Versicherungspflichtige nach anderen Vorschriften

A VIII 3.2.1.3.1 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),
- behinderte Menschen (§ 235 SGB V) und
- Studenten, Praktikanten ohne Arbeitsentgelt, zur Berufsausbildung Beschäftigte ohne Arbeitsentgelt, Auszubildende des Zweiten Bildungswegs (§ 236 SGB V, vgl. aber A VIII 3.2.1.3.4).

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 3.2.1.3.6 verwiesen.

Obwohl ein Antrag auf Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung und der alleinige Bezug einer solchen Rente keine Mitgliedschaft in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung begründen können (vgl. 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 3.2.1.1 gelten entsprechend.

A VIII 3.2.1.3.2 Bezieher von Arbeitslosengeld und Arbeitslosengeld II

Bei Beziehern von Arbeitslosengeld gelten als beitragspflichtige Einnahmen 80 % des der Leistung zugrunde liegenden 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 zwi-

schen 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 0,3450fache der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 SGB IV als beitragspflichtige Einnahme fest. In der Pflegeversicherung beträgt die Beitragsbemessungsgrundlage das 0,3620fache der monatlichen Bezugsgröße (§ 57 Absatz 1 Satz 2 SGB XI). Für Fälle, in denen diese Personen weitere beitragspflichtige Einnahmen haben, wird nach § 232a Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 zweiter Halbsatz SGB V der Zahlbetrag des Arbeitslosengeldes II für die Beitragsbemessung diesen beitragspflichtigen Einnahmen mit der Maßgabe hinzugerechnet, dass als beitragspflichtige Einnahmen insgesamt die vorgenannte fiktive beitragspflichtige Einnahme gilt. 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.

A VIII 3.2.1.3.3 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 oder ein Zehntel des Beitrags ermäßigt, der zuletzt vor der Einberufung zum Wehrdienst maßgebend war. Entsprechendes gilt nach § 57 Abs. 1 Satz 1 SGB XI für die Beiträge zur Pflegeversicherung.

In § 244 Absatz 1 Satz 2 SGB V aber wird 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 3.2.1.3.4 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 nach § 245 SGB V 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 sowie §§ 228 bis 231 SGB V für entsprechend anwendbar. 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 Arbeits-

einkommen) nur zu entrichten sind, soweit diese die nach § 236 Absatz 1 SGB V zu bemessenden Beiträge übersteigen. Die Beitragsuntergrenze (vgl. A VIII 3.1.5) ist bei diesen Personen ohne Bedeutung.

Renten der gesetzlichen Rentenversicherung sind neben dem Studentenbeitrag uneingeschränkt als beitragspflichtige Einnahmen in der Kranken- und Pflegeversicherung zu berücksichtigen. Nach Ansicht des BSG (Urteil vom 19. Dezember 1995 – 12 RK 74/94 –, USK 95153) handelt es sich jedoch 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. In der Folge sind dem Rentenversicherungsträger die von diesem insoweit getragenen Beitragsanteile in entsprechender Anwendung des § 231 Absatz 2 Satz 3 SGB V zu erstatten (vgl. A X 2). Entsprechendes gilt für Beiträge aus einer gesetzlichen Rente aus dem Ausland.

Bei der Anwendung des § 236 Absatz 2 Satz 2 SGB V (unter Einschluss der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung) sind die beitragspflichtigen Einnahmen in der Reihenfolge des § 226 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 bis 4 SGB V zu berücksichtigen.

A VIII 3.2.1.3.5 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 3.2.1.2 entsprechend.

A VIII 3.2.1.3.6 Auffang-Versicherungspflicht

Für die Beitragsbemessung der nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V Versicherungspflichtigen bestimmt § 227 SGB V, dass § 240 SGB V entsprechend gilt. Deshalb findet bei Versicherungspflichtigen nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V grundsätzlich der ermäßigte Beitragssatz nach § 243 SGB V Anwendung. Beziehen diese Personen jedoch eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung, Versorgungsbezüge im Sinne des § 229 Absatz 1 Satz 1 Nr. 1, 2, 3 und 5 SGB V oder erzielen (neben einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung oder Versorgungsbezügen) Arbeitseinkommen aus einer nicht hauptberuflich selbständigen Tätigkeit, ist nach § 240 Absatz 2 Satz 3 SGB V i. V. m. §§ 247 und 248 SGB V bei der Berechnung der Beiträge aus diesen Einnahmearten der allgemeine Beitragssatz nach § 241 SGB V zugrunde zu legen.

Bei den in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung nach § 2 Absatz 1 Nr. 7 KVLG 1989 Versicherungspflichtigen gilt Entsprechendes (§ 39 Absatz 3, § 45 Absatz 2 KVLG 1989).

Die nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V Versicherungspflichtigen haben im Allgemeinen ihre Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung allein zu tragen; ausgenommen hiervon sind die Beiträge aus Arbeitsentgelt und die Krankenversicherungsbeiträge aus Renten der gesetzlichen Rentenversicherung (§ 250 Absatz 3 SGB V, § 59 Absatz 1 SGB XI). § 249a SGB V, der die Beitragstragung zur Krankenversicherung bei Versicherungspflichtigen mit Rentenbezug regelt, unterscheidet nicht, nach welcher Vorschrift Versicherungspflicht für den Rentenbezieher vorliegt. Der Rentenversicherungsträger hat sich demnach auch für Versicherungspflichtige nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V an der Tragung des nach der Rente zu bemessenden Krankenversicherungsbeitrags zu beteiligen (vgl. A VIII 3.3.2); ein Anspruch auf Zahlung eines Beitragszuschusses durch den Rentenversicherungsträger besteht nicht.

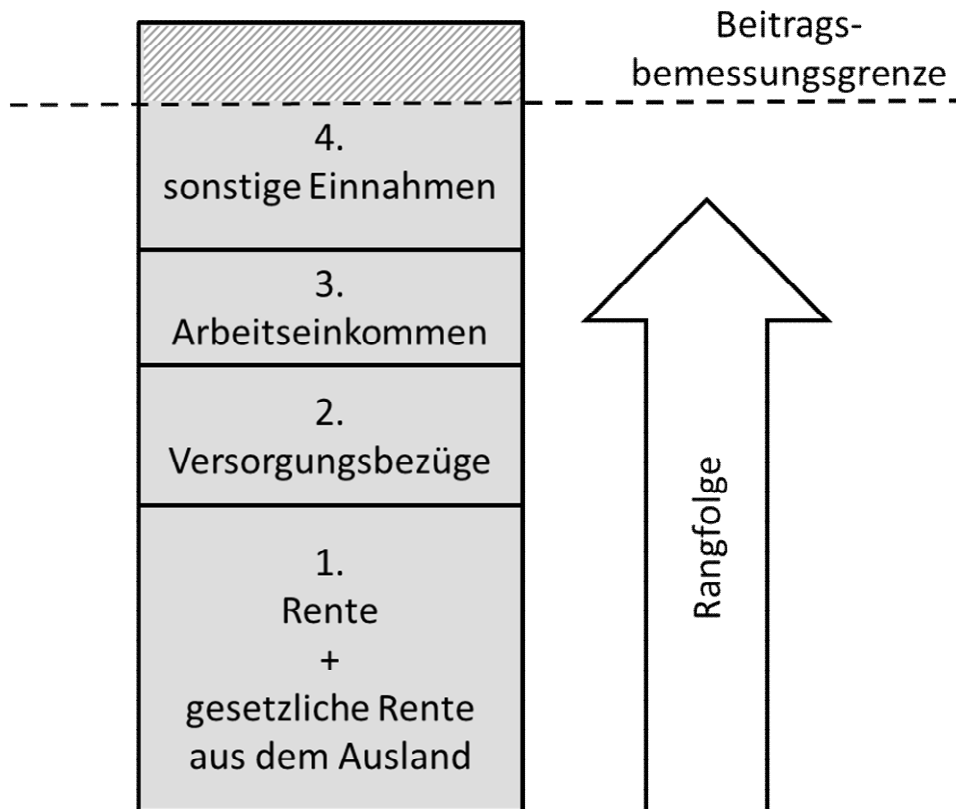
Auch bei Versicherungspflichtigen nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V sind die Rentenversicherungsträger nach § 255 Absatz 1 SGB V und § 60 Absatz 1 SGB XI verpflichtet, die Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge von den Renten und Rentennachzahlungen der Rentenbezieher einzubehalten (vgl. A IX 1). Eine Beitragserhebung wie bei freiwillig Versicherten aus Renten der gesetzlichen Rentenversicherung kommt deshalb nicht in Betracht.

Gleichwohl sind bei Versicherungspflichtigen nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V die Grundsätze der Beitragsbemessung für freiwillig versicherte Mitglieder zu beachten. Insbesondere sind Mindestbeitragsbemessungsgrundlagen zu berücksichtigen, wenn für den Versicherten nach § 240 Absatz 4 SGB V die Beitragsberechnung nach einer solchen Mindestbeitragsbemessungsgrundlage vorgesehen ist. Bezieht der Versicherungspflichtige nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung und 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.

Hinsichtlich der Rangfolge der für die Beitragsbemessung zu berücksichtigenden Einnahmen findet § 238a SGB V Anwendung. 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 (vgl. A VIII 3.2.1.4).

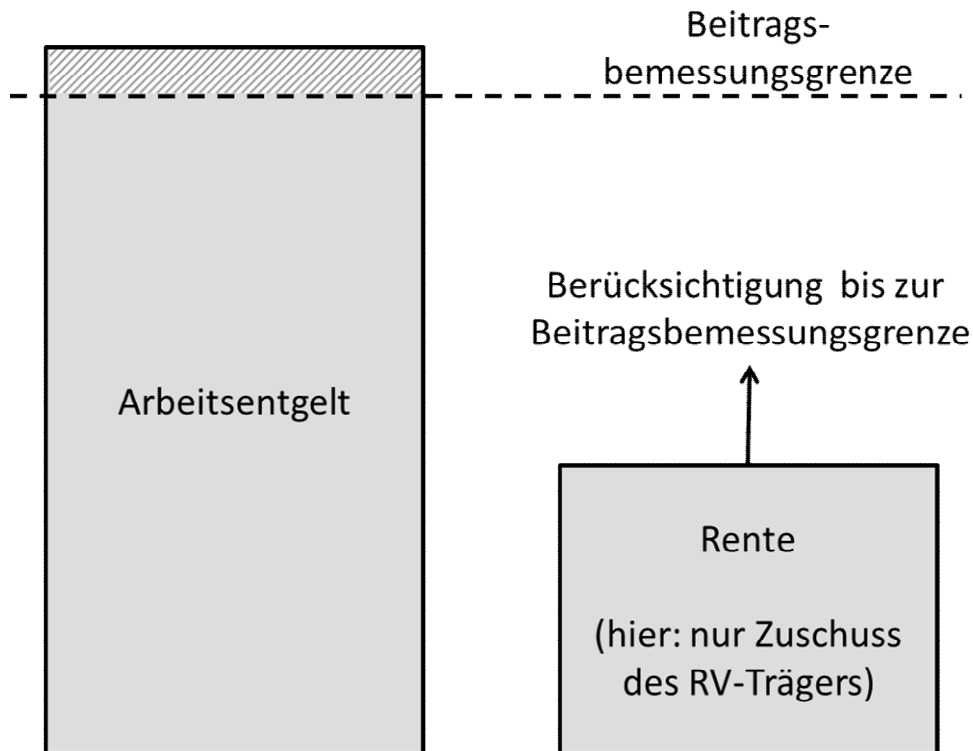
A VIII 3.2.1.4 Freiwillig versicherte Rentner

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 („allgemeine Mindestbeitragsbemessungsgrundlage“) zu berechnen, wenn die Einnahmen des freiwillig versicherten Rentners diesen Betrag unterschreiten. Dieses fiktive Mindesteinkommen ist unter Beachtung von § 240 Absatz 4 Satz 8 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 (vgl. A II) oder es sich um einen Optionsberechtigten nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nr. 6 SGB V handelt (vgl. 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 i. V. m. Absatz 6 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 (vgl. A VIII 3.3.3). 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 Sätze 2 bis 6 SGB V und den ergänzenden Regelungen der Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler des GKV-Spitzenverbandes in der jeweils geltenden Fassung.

A VIII 3.2.2 Beitragssätze

A VIII 3.2.2.1 Allgemeines

Seit 1. Januar 2011 wird sowohl der allgemeine Beitragssatz (§ 241 SGB V) als auch der ermäßigte Beitragssatz (§ 243 SGB V für Mitglieder ohne Anspruch auf Krankengeld) in der Krankenversicherung unmittelbar in den vorgenannten Rechtsvorschriften festgelegt. Der allgemeine Beitragssatz beträgt seitdem 15,5 % und der ermäßigte Beitragssatz 14,9 %.

Für Versicherungspflichtige der landwirtschaftlichen Krankenkasse gilt dieser Beitragssatz für die Berechnung der Beiträge aus Renten der gesetzlichen Rentenversicherung, aus Versorgungsbezügen und aus außerland- und außerforstwirtschaftlichen Arbeitseinkommen entsprechend.

Festlegungen zum Beitragssatz in der sozialen Pflegeversicherung enthält § 55 SGB XI.

A VIII 3.2.2.2 Beitragssatz in der Krankenversicherung aus Renten

Für die Beiträge Versicherungspflichtiger aus Renten ist der allgemeine Beitragssatz zugrunde zu legen (§ 247 Absatz 1 SGB V). Der allgemeine Beitragssatz ist nach § 247 SGB V zur Berechnung von Beiträgen aus Renten der ge-

gesetzlichen Rentenversicherung für alle Rentner maßgebend, unabhängig davon, ob sie in der KVdR oder nach anderen gesetzlichen Vorschriften pflichtversichert sind.

Für pflichtversicherte Mitglieder der landwirtschaftlichen Krankenkasse gilt für die Bemessung der Beiträge aus Renten der gesetzlichen Rentenversicherung Entsprechendes (§§ 39 Absatz 3, 42 Absatz 4, 45 Absatz 2 KVLG 1989).

A VIII 3.2.2.3 Beitragssatz in der Krankenversicherung aus gesetzlichen Renten aus dem Ausland

Für gesetzliche Renten aus dem Ausland ist seit 1. Juli 2011 in § 247 Satz 2 SGB V ein besonderer Beitragssatz in Höhe der Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes zuzüglich 0,45 Beitragssatzpunkte vorgesehen. Damit ergibt sich seit diesem Zeitpunkt ein Beitragssatz in Höhe von 8,2 %.

Für pflichtversicherte Mitglieder der landwirtschaftlichen Krankenkasse gilt Entsprechendes (§§ 39 Absatz 3, 42 Absatz 4, 45 Absatz 2 KVLG 1989).

A VIII 3.2.2.4 Beitragssatz in der Krankenversicherung aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen

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.

Bei Beziehern einer Rente nach dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte (AdL-Renten), die nach § 229 Absatz 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V als Versorgungsbezug gilt, ist die Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes zuzüglich 0,45 Beitragssatzpunkte, also zurzeit insgesamt 8,2 %, maßgebend (§ 248 Satz 2 SGB V).

Für pflichtversicherte Mitglieder der landwirtschaftlichen Krankenkasse gilt Entsprechendes (§ 39 Absatz 2, § 42 Absatz 4, § 45 Absatz 2 KVLG 1989).

A VIII 3.2.2.5 Beitragssatz in der Krankenversicherung für freiwillig versicherte Rentner

Bei freiwillig versicherten Rentnern sind die Beiträge aus den Einnahmearten Rente, Versorgungsbezug und Arbeitseinkommen unter Zugrundelegung des allgemeinen Beitragssatzes zu berechnen (vgl. Verweis in § 240 Absatz 2 Satz 5 SGB V). Die Aussagen zum Beitragssatz aus gesetzlichen Renten aus dem Ausland unter A VIII 3.2.2.3 gelten für freiwillig Versicherte entsprechend.

Für die Bemessung der Beiträge aus Renten und Landabgaberechten nach dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte (AdL-Renten) ist die Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes zuzüglich 0,45 Beitragssatzpunkte, im Ergebnis also zurzeit 8,2 %, anzuwenden.

Für die Bemessung der Beiträge in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung gilt Abweichendes.

A VIII 3.2.2.6 Beitragssatz in der sozialen Pflegeversicherung

Der Beitragssatz in der sozialen Pflegeversicherung beträgt nach § 55 Absatz 1 Satz 1 SGB XI seit 1. Januar 2013 2,05 % 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). Der Beitragssatz beträgt damit seit 1. Januar 2013 1,025 %. 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 1. Januar 2013 2,30 %

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 1. Januar 2013 bei Bestehen einer Beihilfeberechtigung 1,275 % 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.

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 Beitragszuschlag 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 Beitragszuschlag gezahlt.

Die ehemaligen Spitzenverbände der Pflegekassen haben am 13. Oktober 2004 Gemeinsame Empfehlungen darüber beschlossen, welche Unterlagen zum Nachweis der Elterneigenschaft geeignet sind und diese zuletzt am 12. Juni 2008 angepasst.

Die Auswirkungen des Gesetzes zur Berücksichtigung von Kindererziehung im Beitragsrecht der sozialen Pflegeversicherung (KiBG) sind im Gemeinsamen Rundschreiben der Spitzenverbände der Pflegekassen, des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger, der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte und der Bundesagentur für Arbeit vom 3. Dezember 2004 zusammengefasst worden.

A VIII 3.3 Tragung der Beiträge

A VIII 3.3.1 Rentenantragsteller

Beitragspflichtige Rentenantragsteller haben die Beiträge vom Tag der Rentenantragstellung bis zum Beginn der Rente nach § 250 Absatz 2 SGB V allein zu tragen. Der Rentenantragsteller bleibt auch dann Beitragsschuldner, wenn die Beiträge von Dritten (z. B. vom Sozialhilfeträger nach § 32 SGB XII) übernommen werden.

A VIII 3.3.2 Versicherungspflichtige Rentner

Bei Versicherungspflichtigen, die eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, trägt der Rentenversicherungsträger die Hälfte der nach der Rente zu bemessenden Beiträge nach dem um 0,9 Beitragssatzpunkte verminderten allgemeinen Beitragssatz. Der verbleibende Beitragsanteil aus der Rente ist vom Rentner zu tragen (§ 249a SGB V, § 48 Absatz 3 KVLG 1989). Dies gilt auch für die Tragung des nach der Rente zu bemessenden Krankenversicherungsbeitrags bei den nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V Versicherungspflichtigen. Ein Anspruch auf Zahlung eines Beitragszuschusses durch den Rentenversicherungsträger besteht in diesen Fällen nicht.

Die Beiträge zur Krankenversicherung aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen 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 3.3.3 Freiwillig versicherte Rentner

Freiwillig versicherte Rentenbezieher haben nach § 250 Absatz 2 SGB V und § 59 Absatz 4 SGB XI die Beiträge zur Krankenversicherung sowie zur sozialen Pflegeversicherung in voller Höhe allein zu tragen. Sie erhalten zu ihrer Rente vom Rentenversicherungsträger einen Zuschuss zu den Aufwendungen für die Krankenversicherung (§ 106 Absatz 1 SGB VI), der sich nach der Hälfte des um 0,9 Beitragssatzpunkte verminderten allgemeinen Beitragssatzes bemisst. Dieser beträgt seit 1. Januar 2013 rechnerisch 7,3 %.

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.

Für eine Beitragsleistung nach § 240 Absatz 4a SGB V (Anwartschaftsversicherung) besteht kein Anspruch auf Beitragszuschuss. Weder die eventuelle Erhebung eines Zusatzbeitrags oder Auszahlung einer Prämie durch die Krankenkasse (vgl. A VIII 4) noch die Durchführung eines Sozialausgleichs (vgl. A VIII 5) wirken sich auf die Höhe des Beitragszuschusses aus. Da der Zuschuss eine Zusatzleistung der gesetzlichen Rentenversicherung ist, wird er nur auf Antrag des Rentenberechtigten gezahlt.

Als freiwillige Krankenversicherung im Sinne der Zuschussregelung gilt nicht nur die auf Antrag zustande gekommene freiwillige Versicherung nach § 9 SGB V, sondern auch die zum 1. August 2013 eingeführte obligatorische Anschlussversicherung nach § 188 Absatz 4 SGB V.

A VIII 3.4 Berechnung des Beitrags aus der Rente

Für die Berechnung des Beitrags aus der Rente ist der Zahlbetrag der Rente (vgl. A VIII 3.1.2) 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 um 0,9 Beitragssatzpunkte verminderten allgemeinen Beitragssatzes errechneten Beitrages den Anteil des Rentenversicherungsträgers am Krankenversicherungsbeitrag aus der Rente. Dieser Anteil ist ebenfalls auf zwei Dezimalstellen auszurechnen und ebenso wie der Beitrag selbst zu runden.

Die Differenz zwischen dem Beitrag aus der Rente und dem Anteil des Rentenversicherungsträgers ergibt den Anteil des Rentners.

Beispiel:

Rente ab 1.1.2014	824,59 €
Krankenversicherungsbeitrag nach § 247 SGB V	
15,5 % von 824,59 € =	127,81 € (gerundet)
Anteil des Rentenversicherungsträgers	
$(15,5 - 0,9) \% / 2 = 7,3 \%$ von 824,59 € =	60,20 € (gerundet)
Anteil des Rentenberechtigten	
127,81 € - 60,20 € =	67,61 €
Pflegeversicherungsbeitrag nach § 55 Absatz 1 Satz 1 SGB XI	
(ohne Beitragszuschlag für Kinderlose)	
2,05 % von 824,59 € =	16,90 € (gerundet)

Im Fall der Berücksichtigung eines Sozialausgleichs (vgl. A VIII 5) ist je nach Berechnungsverfahren entweder der Überforderungsbetrag vom Beitragsanteil des Rentners abzuziehen (§ 242b Absatz 2 und Absatz 3 Satz 3 SGB V) oder ein um die Belastungsgrenze erhöhter Beitragsanteil des Rentners einzubehalten und abzuführen.

A VIII 3.5 Beitragsfreiheit in der sozialen Pflegeversicherung

Rentner sind nach § 56 Absatz 4 SGB XI auf Antrag beitragsfrei in der sozialen 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 (vgl. A VII 2.2.6).

A VIII 4 Kassenindividueller Zusatzbeitrag und Prämienauszahlung

Zur Deckung ihrer Ausgaben erhalten die Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds Zuweisungen für ihre Versicherten. Krankenkassen, die mit den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds ihren Finanzbedarf nicht decken können, müssen entsprechende Fehlbeträge ausgleichen. Können sie die Fehlbeträge nicht ausgleichen, sind sie seit 1. Januar 2009 verpflichtet, vom Mitglied einen Zusatzbeitrag zu erheben (§ 242 Absatz 1 SGB V). Erwirtschaften Krankenkassen hingegen Überschüsse, können sie diese – sofern sie über ausreichende Finanzreserven verfügen – in Form von Prämienzahlungen an die Versicherten ausschütten (§ 242 Absatz 2 SGB V). Gestaltung und Erhebung des Zusatzbeitrags sowie die Auszahlung von Prämien sind, von den gesetzlichen Rahmenvorgaben abgesehen, weitgehend der Satzungsautonomie der Krankenkasse überlassen.

Seit 1. Januar 2011 sind Zusatzbeiträge ausschließlich einkommensunabhängig in festen Eurobeträgen zu erheben. Eine eventuelle finanzielle Überforderung des Mitglieds wird im Rahmen eines Sozialausgleichs berücksichtigt (vgl. A VIII 5). Der Zusatzbeitrag ist in der Regel vom Mitglied allein aufzubringen und von diesem direkt an die Krankenkasse zu zahlen. Dies gilt auch für Rentenantragsteller und Rentner. Bei versicherungspflichtigen Rentnern wird der Zusatzbeitrag nicht, wie dies beim allgemeinen Beitrag zur Krankenversicherung der Fall ist, von der Rente einbehalten. Die Mitglieder, die von der Erhebung des Zusatzbeitrags ausgenommen sind, werden in § 242 Absatz 5 SGB V aufgeführt. Obwohl darin nicht explizit genannt, zählen dazu auch die Rentenantragsteller, die nach § 225 Satz 1 SGB V beitragsfrei sind.

Da die landwirtschaftliche Krankenversicherung in das Beitragsverfahren über den Gesundheitsfonds nicht eingebunden und auch am Risikostrukturausgleich nicht beteiligt ist, gilt für diesen Bereich das bisherige Finanzierungssystem – ohne Zusatzbeitrag oder Prämienzahlung und ohne Sozialausgleich – weiter.

Das Nähere zum Zusatzbeitrag sowie zur Prämienauszahlung wird in den „Grundsätzlichen Hinweisen zu den mitgliedschafts- und beitragsrechtlichen Regelungen zum Zusatzbeitrag“ des GKV-Spitzenverbandes in der jeweils geltenden Fassung beschrieben.

A VIII 5 Sozialausgleich

Im Zusammenhang mit der Einführung eines einkommensunabhängigen Zusatzbeitrags (vgl. A VIII 4) wurde zum 1. Januar 2011 in der gesetzlichen Krankenversicherung ein Sozialausgleich eingeführt (§ 242b SGB V), der eine eventuelle finanzielle Überforderung des Mitglieds verhindern soll.

Nach § 242b Absatz 1 Satz 1 SGB V hat das Mitglied der Krankenkasse dann Anspruch auf Sozialausgleich, wenn der durchschnittliche Zusatzbeitrag (vgl. 242a SGB V) die Belastungsgrenze von zwei Prozent der individuellen beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds übersteigt. Ob und in welcher Höhe das Mitglied einen individuellen Zusatzbeitrag an die Krankenkasse zu zahlen hat, findet in diesem Zusammenhang keine Berücksichtigung. Der Sozialausgleich wird grundsätzlich in einem automatisierten Verfahren, das heißt ohne einen Antrag des Mitglieds, durchgeführt, indem der einkommensabhängige Krankenversicherungsbeitrag (z. B. aus der Rente) entsprechend um den „Überforderungsbeitrag“ herabgesetzt wird. Ein für das Mitglied durchzuführender Sozialausgleich wirkt sich grundsätzlich nicht auf die Höhe des Beitragsanteils der beitragsabführenden Stelle aus. Die Durchführung des Sozialausgleichs obliegt grundsätzlich den den Krankenversicherungsbeitrag abführenden Stellen, bei Rentnern also den Rentenversicherungsträgern. Zahlen Mitglieder ihre Beiträge selbst, wie z. B. Rentenantragsteller oder freiwillig versicherte Rentner, wird der Sozialausgleich von der Krankenkasse durchgeführt.

Mitglieder, von denen nach § 242 Absatz 5 SGB V kein Zusatzbeitrag erhoben wird, haben keinen Anspruch auf einen Sozialausgleich, soweit und solange sie keine weiteren beitragspflichtigen Einnahmen beziehen (§ 242b Absatz 6 SGB V). Das Sozialausgleichsverfahren für Mitglieder, die zeitgleich mehrere beitragspflichtige Einnahmen haben, ist in § 242b Absatz 3 SGB V festgelegt.

In den Jahren, in denen der durchschnittliche Zusatzbeitrag 0,00 EUR beträgt, kommt ein Sozialausgleich nicht in Frage, und zwar unabhängig davon, ob die jeweilige Krankenkasse des Mitglieds einen kassenindividuellen Zusatzbeitrag erhebt.

Näheres zum Sozialausgleich geht aus dem Gemeinsamen Rundschreiben „Beitrags- und melderechtliche Auswirkungen des Sozialausgleichs nach § 242b SGB V“ des GKV-Spitzenverbandes, der Deutschen Rentenversicherung Bund und der Bundesagentur für Arbeit in der jeweils geltenden Fassung hervor.

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. ...

(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 arbeitstäglich 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 mit Ausnahme des Zusatzbeitrags nach § 242 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 nach Satz 1 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.

§ 60 SGB XI

Beitragszahlung

(1) Soweit gesetzlich nichts Abweichendes bestimmt ist, sind die Beiträge von demjenigen zu zahlen, der sie zu tragen hat. Die § 252 Satz 2, die §§ 253 bis 256 des Fünften Buches und § 50 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 entfallen-

den Pflegeversicherungsbeiträge am fünften Arbeitstag des laufenden Monats an den Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung weiter.

(5) – (7) ...

§ 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 bis 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt.

A IX 1 Beitragszahlung aus laufenden Rentenzahlungen

Die Rentenversicherungsträger sind nach § 255 Absatz 1 SGB V verpflichtet, die nach dem allgemeinen Beitragssatz bemessenen Krankenversicherungsbeiträge von den Renten und Rentennachzahlungen der versicherungspflichtigen Rentner einzubehalten und an den Gesundheitsfonds abzuführen, unabhängig davon, nach welcher Vorschrift Versicherungspflicht besteht. Für die Fälligkeit der Beiträge gilt § 255 Absatz 3 SGB V. Die Rentenversicherungsträger haben daher die Beitragspflicht des Versicherten zu prüfen. 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.

Der vom Rentenversicherungsträger zu tragende Beitragsanteil (§ 247 Absatz 1 i. V. m. § 249a erster Halbsatz SGB V) ist für die Krankenversicherung an den Gesundheitsfonds zu zahlen (§§ 252, 255 Absatz 3 SGB V). Dieser hat den Anspruch auf den Beitragsanteil. Der Rentner kann insoweit nicht zu Lasten der Krankenversicherung auf den Beitragsanteil des Rentenversicherungsträgers verzichten (Urteil des BSG vom 17. Dezember 1996 - 12 RK 23/96 -, USK 9641).

Die landwirtschaftliche Krankenversicherung nimmt wegen ihrer besonderen Finanzierungsbedingungen nicht am Gesundheitsfonds teil. Infolgedessen sind die Beiträge zur Krankenversicherung von den Rentenversicherungsträgern bei der Zahlung der Rente einzubehalten und 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 Einbehalt

§ 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 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). 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.

§ 57 SGB XI

Beitragspflichtige Einnahmen

(1) Bei Mitgliedern der Pflegekasse, die in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind, gelten für die Beitragsbemessung die §§ 226 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 der dreißigste Teil des 0,3620fachen der monatlichen Bezugsgröße zugrunde zu legen.

(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 auf Antrag zu erstatten sind, soweit sie von einem die anteilige Jahresarbeitsentgeltgrenze übersteigenden Betrag berechnet worden sind.

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 gezahlt worden sind, scheidet eine Beitragserstattung nach § 231 Absatz 1 SGB V aus.

Beispiel:

Ein Versicherungspflichtiger hat im Jahre 2014 monatlich folgende Einkünfte:

Arbeitsentgelt	3.000,00 €
Urlaubsgeld im Juni	1.000,00 €
Versorgungsbezüge	1.000,00 €
 Laufendes Arbeitsentgelt bis Juni (3.000 € x 6)	 18.000,00 €
Urlaubsgeld	1.000,00 €
Versorgungsbezüge bis Juni (1.000 € x 6)	+ 6.000,00 €
	25.000,00 €

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

abzüglich anteilige Jahresarbeitsentgeltgrenze bis Juni (mtl. 4.050,00 €)	- <u>24.300,00 €</u>
	700,00 €

Dem Mitglied können Beiträge aus Versorgungsbezügen aus einem Betrag von 700,00 € 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 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 (vgl. A VIII 3.2.1.2).

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 Beitragserstattung 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 zueinander stattzufinden hat.

Aussagen zur Beitragserstattung für nach § 5 Absatz 1 Nr. 9 oder 10 SGB V Versicherte enthält Abschnitt A VIII 3.2.1.3.4).

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.

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.

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

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 (vgl. 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 nicht in Betracht.

Beispiel:

Eine Rentnerin hat im Jahre 2014 monatlich folgende Einkünfte:

Arbeitsentgelt	2.800,00 €
Einmalig gezahltes Arbeitsentgelt im November	2.200,00 €
Witwenrente	1.400,00 €

Monatliche "Überzahlung"

Arbeitsentgelt	2.800,00 €
Witwenrente	<u>+ 1.400,00 €</u>
insgesamt	4.200,00 €
abzüglich monatliche Beitragsbemessungsgrenze	<u>- 4.050,00 €</u>
Differenz	150,00 €

Die auf 150,00 € 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.

Variante 1: Gesamt-"Überzahlung" aufgrund des einmalig gezahlten Arbeitsentgelts

Laufendes Arbeitsentgelt bis November (2.800,00 € x 11)	30.800,00 €
Einmalig gezahltes Arbeitsentgelt	<u>+ 2.200,00 €</u>
	33.000,00 €
Witwenrente bis November (1.400,00 € x 11)	<u>+ 15.400,00 €</u>
insgesamt	48.400,00 €
abzüglich anteilige Jahresarbeitsentgeltgrenze bis November (mtl. 4.050,00 €)	<u>- 44.550,00 €</u>
Differenz	3.850,00 €

Bis einschließlich November können die auf 3.850,00 € 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

Arbeitsentgelt im November	2.800,00 €
Einmalig gezahltes Arbeitsentgelt im November	+ 2.200,00 €
Witwerrente im November	+ <u>1.400,00 €</u>
insgesamt	6.400,00 €
abzüglich monatliche Beitragsbemessungsgrenze	- <u>4.050,00 €</u>
Differenz	2.350,00 €

Im Monat November können die auf 2.350,00 € entfallenden (vom Mitglied getragenen) Beiträge aus der Rente erstattet werden. Sofern der Versicherte einen Erstattungsantrag stellt, ist der auf 2.350,00 € entfallende Beitragsanteil des Rentenversicherungsträgers zur Krankenversicherung diesem dann ebenfalls zu erstatten.

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. Als dann 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 2014 monatlich folgende Einkünfte:

Arbeitsentgelt	3.700,00 €
Einmalig gezahltes Arbeitsentgelt im November	2.800,00 €
Witwenrente ab 1.7.2014 monatlich	600,00 €

a) monatliche "Überzahlung"

Arbeitsentgelt	3.700,00 €
Witwenrente	+ <u>600,00 €</u>
insgesamt	4.300,00 €
monatliche Beitragsbemessungsgrenze	- <u>4.050,00 €</u>
Differenz	250,00 €

Die auf 250,00 € 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 250,00 € getragenen Beitragsanteile zur Krankenversicherung zu erfolgen.

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner

b) "Überzahlung" aufgrund des einmalig gezahlten Arbeitsentgelts

Laufendes Arbeitsentgelt bis November (3.700,00 € x 11)	40.700,00 €
Einmalig gezahltes beitragspflichtiges Arbeitsentgelt	<u>+ 2.800,00 €</u>
insgesamt	43.500,00 €
"Beitragspflichtiger" Teil der Rente Juli bis November (350,00 € x 5)	<u>+ 1.750,00 €</u>
insgesamt	45.250,00 €
Anteilige Jahresbeitragsbemessungsgrenze bis November (4.050,00 € x 11)	<u>- 44.550,00 €</u>
Differenz	700,00 €

Neben der aufgrund des laufenden Arbeitsentgelts aus der Rente vorzunehmenden Erstattung (Juli bis November 5 x 250,00 € = 1.250,00 €) können aufgrund des einmalig gezahlten beitragspflichtigen Arbeitsentgelts die aus 700,00 € vom Mitglied aus der Rente getragenen Beiträge (insgesamt also aus 1.950,00 €) 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 2014 monatlich folgende Einkünfte:

Lfd. Arbeitsentgelt 1.1. - 31.1.2014 (30 SV-Tage)	3.100,00 €
Lfd. Arbeitsentgelt 1.2. - 28.2.2014 (30 SV-Tage)	3.200,00 €
Lfd. Arbeitsentgelt 1.3. - 5.3.2014 (5 SV-Tage)	500,00 €
Beitragsfreiheit 6.3. - 7.4.2014	
Lfd. Arbeitsentgelt 8.4. - 30.4.2014 (23 SV-Tage)	2.500,00 €
Lfd. Arbeitsentgelt 1.5. - 31.5.2014 (30 SV-Tage)	3.100,00 €
Einmalig gezahltes Arbeitsentgelt im Mai 2014	<u>900,00 €</u>
Insgesamt (118 SV-Tage)	13.300,00 €

Monatliche Rente 1.050,00 €

a) Monatliche "Überzahlung"

	Januar	Februar	März (5 SV-Tage)	April (23 SV-Tage)	Mai
Arbeitsentgelt	3.100,00 €	3.200,00 €	500,00 €	2.500,00 €	3.100,00 €
Rente	1.050,00 €	1.050,00 €	175,00 €	805,00 €	1.050,00 €
insgesamt	4.150,00 €	4.250,00 €	675,00 €	3.305,00 €	4.150,00 €
BBG	4.050,00 €	4.050,00 €	675,00 €	3.105,00 €	4.050,00 €
Differenz	100,00 €	200,00 €	0,00 €	200,00 €	100,00 €
insgesamt:	<u>600,00 €</u>				
danach noch "beitragspflichtiger" Teil der Rente	950,00 €	850,00 €	175,00 €	605,00 €	950,00 €
insgesamt:	<u>3.530,00 €</u>				

Die auf 600,00 € entfallenden vom Mitglied getragenen Beiträge aus der Rente für die Monate Januar bis Mai 2014 können erstattet werden. Daneben ist der Beitragsanteil des Rentenversicherungsträgers für die Monate Januar bis Mai 2014 an diesen zu erstatten.

b) "Überzahlung" aufgrund des einmalig gezahlten Arbeitsentgelts

Laufendes Arbeitsentgelt bis Mai	12.400,00 €
Einmalig gezahltes Arbeitsentgelt	<u>+ 900,00 €</u>
insgesamt	13.300,00 €
"Beitragspflichtiger" Teil der Rente 1.1. - 5.3. und 8.4. - 31.5.	<u>+ 3.530,00 €</u>
insgesamt	16.830,00 €
Anteilige Jahresbeitragsbemessungsgrenze (118 SV-Tage)	<u>- 15.930,00 €</u>
Differenz	900,00 €

Neben der aufgrund des laufenden Arbeitsentgelts aus der Rente vorzunehmenden Erstattung (Januar bis Mai = aus 600,00 €) können aufgrund des einmalig gezahlten Arbeitsentgelts die aus 900,00 € vom Mitglied aus der Rente getragenen Beiträge (insgesamt aus 1.500,00 €) 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 Beitragserstattung 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 Beitragserstattung 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 (vgl. A VIII 3.2.1.3.3).

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**
 - 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 landwirt-**

schaftliche 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.

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 Wanderschäfferei, 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 Verschwägte 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.

(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.

(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, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften 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 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

Sonderrecht für das Beitrittsgebiet

Die vorstehenden Rechtsvorschriften gelten nach Anlage I Kapitel VIII Sachgebiet G Abschnitt III Nr. 1 des Einigungsvertrages im Beitrittsgebiet mit folgenden Maßgaben:

- a) ...
- b) In § 2 Absatz 1 Nr. 2 Buchstabe b) wird jede Vorruhestandsgeldzahlung berücksichtigt.
- c) In § 2 Absatz 1 Nr. 5 tritt an Stelle der Frist von sechzig Monaten eine Frist von zwölf Monaten.
- d) ...

§ 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 aus der Alterssicherung der Landwirte (AdL)

B I 1.1 Grundsatz

Zum Personenkreis der Versicherungspflichtigen nach § 2 Absatz 1 Nr. 4 KVLG 1989 gehören - vorbehaltlich § 2 Absatz 4a KVLG 1989 (Ziffer 1.2) und § 3a KVLG 1989 (Ziffer 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 Landabgaberente (§ 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.

Eine Weiterbewirtschaftung von Grundstücksflächen im Rahmen der geltenden Vorschriften (§ 21 Absatz 7 ALG) ist unschädlich.

Wegen der Mitgliedschaft von Antragstellern auf die vorbezeichneten Renten wird auf § 23 KVLG 1989 verwiesen (vgl. 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 erstmalig mit Datum vom 3. Dezember 2010 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,
- landwirtschaftlicher Kleinunternehmer nach § 2 Absatz 1 Nr. 2 KVLG 1989
- mitarbeitender Familienangehöriger nach § 2 Absatz 1 Nr. 3 KVLG 1989 oder als
- Bezieher von Arbeitslosengeld, Unterhaltsgeld oder Arbeitslosengeld II nach § 2 Absatz 1 Nr. 6 KVLG 1989.

Eine Vorrangversicherung nach § 2 Absatz 1 Nr. 1 KVLG 1989 ergibt sich insbesondere für Mitunternehmer, bei denen sich der Bezug der ALG-Rente auf eine Abgabe nach § 21 Absatz 8 Satz 2 ALG gründet. Diese Personen sind zwar aus der Unternehmensführung des Betriebes ausgeschieden und haben für das Unternehmen keine Vertretungsmacht mehr, erfüllen allerdings wegen des nicht vollständig realisierten Ausscheidens aus dem Unternehmen weiterhin die Unternehmereigenschaft, sodass weiterhin Versicherungspflicht als landwirtschaftlicher Unternehmer gegeben ist. Die Durchführung der Altenteilerversicherung scheidet in diesen Fällen aus.

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 GAL 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/KVLG 1989) oder als mitarbeitende Familienangehörige (§ 2 Absatz 1 Nr. 3 KVLG/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 Abweichung für das Beitrittsgebiet

Die Vorschrift des § 2 Absatz 1 Nr. 5 KVLG 1989 wurde für das Beitrittsgebiet modifiziert. Demzufolge erfüllen Personen, die das 65. Lebensjahr vollendet haben und während der letzten 15 Jahre vor Vollendung des 65. Lebensjahres mindestens 12 Monate als landwirtschaftliche Unternehmer nach § 2 Absatz 1 Nr. 1 oder 2 KVLG 1989 oder als mitarbeitende Familienangehörige nach § 2 Absatz 1 Nr. 3 KVLG 1989 versichert waren, die Voraussetzungen für die Versicherungspflicht als Altenteiler nach § 2 Absatz 1 Nr. 5 KVLG 1989.

Für den überlebenden Ehegatten oder Lebenspartner gilt I 2.1 letzter Absatz entsprechend.

B I 2.3 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 2.4 Ausschluss der Versicherungspflicht und Versicherungsfreiheit

Die Vorschriften über den Ausschluss der Versicherungspflicht (§ 2 Absatz 4a KVLG 1989, vgl. B I 1.2) und über die Versicherungsfreiheit (§ 3a KVLG 1989, vgl. 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 und 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,**
- 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.

Sonderrecht für das Beitrittsgebiet

Die vorstehenden Rechtsvorschriften gelten nach Anlage I Kapitel VIII Sachgebiet G Abschnitt III Nr. 1 des Einigungsvertrages im Beitrittsgebiet mit folgender Maßgabe:

Der Vorrang der Versicherungspflicht nach § 3 Absatz 2 Nr. 2 besteht auch für die nach § 2 Absatz 1 Nr. 5 versicherten Personen, wenn sie in den letzten fünf Jahren, frühestens berechnet vom 1. Januar 1991 an, zu neun Zehnteln in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung versichert waren.

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 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, vorbehaltlich § 3 Absatz 2 KVLG 1989
- § 9 Absatz 1 Satz 1 Nr. 6 SGB V i.V.m. § 3 Absatz 2 Nr. 2 Halbsatz 2 KVLG 1989
- § 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.

Abweichung für das Beitrittsgebiet

Soweit eine KVdR und eine Altenteilerversicherung nach § 2 Absatz 1 Nr. 5 KVLG 1989 zusammentreffen, sind für das Beitrittsgebiet - abweichend von der für das bisherige Bundesgebiet geltenden Rechtslage - die Ausführungen unter B II 2.3 zu beachten.

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 Rente aus der Alterssicherung der Landwirte 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 mitarbeitender 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 mitarbeitender 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 Zusammenreffen 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 oder 12 SGB V) als auch für die Altenteilerversicherung (§ 2 Absatz 1 Nr. 4 KVLG 1989) erfüllt, wird bei der Abgrenzung der Kassenzuständigkeit darauf abgestellt, bei welcher Krankenkasse in den letzten Jahren eine Versicherung bestand. Diese Regelung gilt entsprechend beim Zusammentreffen der Voraussetzungen für die Mitgliedschaft nach § 189 SGB V und § 23 KVLG 1989 (§ 23 Absatz 4 KVLG 1989).

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 oder 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 zugewillt, 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 Mitgliedschaften 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 § 3 Absatz 2 Nr. 2 Fallgruppe 2 KVLG 1989 zuständigen Krankenkasse durchgeführt. Werden beide Renten zugbilligt, 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 zugbilligt, 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 zugbilligt, 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. zugbilligt wird.

B II 2.2.4 Wirkung einer freiwilligen Versicherung nach § 9 Absatz 1 Nr. 6 SGB V

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 Nr. 6 SGB V freiwillig Versicherten.

Stellt eine nach § 9 Absatz 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.

B II 2.3 Zusammentreffen von KVdR und Altenteilerversicherung nach § 2 Absatz 1 Nr. 5 KVLG 1989 im Beitrittsgebiet

B II 2.3.1 Gesetzliche Abgrenzung der Kassenzuständigkeit

Personen, die zeitgleich die Voraussetzungen für die KVdR (§ 5 Absatz 1 Nr. 11, 11a oder 12 SGB V) und die Voraussetzungen der Altenteilerversicherung nach § 2 Absatz 1 Nr. 5 KVLG 1989 erfüllen, sind dann in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung versichert, wenn sie in den letzten fünf Jahren vor Vollendung des 65. Lebensjahres - beim überlebenden Ehegatten vor dem Todestag des Ehegatten - zu neun Zehnteln in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung versichert waren.

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.

Beginnt die Versicherungspflicht nach § 2 Absatz 1 Nr. 5 KVLG 1989 während einer Rentenantragsteller-Mitgliedschaft nach § 189 SGB V, wird die Krankenversicherung - unter Beachtung des § 22 Absatz 1 Nr. 2 KVLG 1989 - vom Beginn der Versicherungspflicht nach § 2 Absatz 1 Nr. 5 KVLG 1989 von der LKK durchgeführt, wenn die Vorversicherungszeit für den Vorrang der landwirtschaftlichen Krankenversicherung nach § 3 Absatz 2 Nr. 2 KVLG 1989 erfüllt ist; der Rentenantragsteller wird ab Erfüllung der Voraussetzungen für die Mitgliedschaft aufgrund der Versicherungspflicht nach § 2 Absatz 1 Nr. 5 KVLG 1989 beitragsrechtlich wie ein Altenteiler behandelt. Andernfalls führt die andere Krankenkasse die Mitgliedschaft weiterhin durch. Wird die Rente zugebilligt, ändert sich die Kassenzuständigkeit nicht. Sofern der Rentenantrag zurückgenommen oder der Rentenanspruch abgelehnt wird, führt die andere Krankenkasse die Rentenantragsteller-Mitgliedschaft bis zu dem Tag durch, an dem der Antrag zurückgenommen oder die Ablehnung des Rentenanspruchs unanfechtbar wird.

B II 2.3.3 Hinzutritt einer weiteren KVdR-Rente

Die einmal nach § 3 Absatz 2 Nr. 2 KVLG 1989 getroffene Entscheidung über die Kassenzuständigkeit bleibt auch dann maßgebend, wenn später eine weitere KVdR-Rente beantragt oder zugebilligt wird.

B II 2.3.4 Wirkung einer freiwilligen Versicherung nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nr. 6 SGB V

Die Ausführungen unter Ziffer B 2.2.4 gelten entsprechend.

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 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 Landabgaberente erfüllen und diese Rente beantragt haben, werden nach § 2 Absatz 1 Nr. 4 KVLG 1989
- eine der vorbezeichneten Renten aus der Alterssicherung der Landwirte 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 Rente aus der Alterssicherung der Landwirte und endet mit dem Tode oder mit dem Tag, an dem der Antrag zurückgenommen oder die Ablehnung des Antrags unanfechtbar wird; die Abweichungen unter Ziffer 4 und 5 sind zu beachten.

B III 3 Ausschluss der Versicherung als Antragsteller auf eine Rente aus der Alterssicherung der Landwirte

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 Rente aus der Alterssicherung der Landwirte

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 Rente aus der Alterssicherung der Landwirte 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.

Beitragsuntergrenze

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.

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 Rentenantragstellermitgliedschaft.

Meldeverfahren KV-RV

Maschinell unterstütztes Meldeverfahren zwischen den Krankenkassen und den Rentenversicherungsträgern im Zusammenhang mit der KVdR, einschließlich der Rentenantragstellermitgliedschaft.

Lebenspartner

Person gleichen Geschlechts, mit der eine Lebenspartnerschaft nach dem Gesetz über die Eingetragene Lebenspartnerschaft (Lebenspartnerschaftsgesetz – LPartG) begründet worden ist.

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 – zum 31. März 2002 versicherungspflichtig in der KVdR geworden sind bzw. geworden wären, und nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nr. 6 SGB V 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, ohne Kinderzuschüsse nach § 270 SGB VI und vor Abzug der Beitragsanteile des Rentners zur Kranken- und Pflegeversicherung. Grundlage für die Beitragsbemessung. Entspricht der Bruttorente.