

Studientext Nr. 29
Stand 2026

Krankenversicherung der Rentner

Katrin Zepke

Deutsche Rentenversicherung
Bund

Einleitung

Allen Auszubildenden und Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Aus- und Fortbildung der Rentenversicherungsträger stehen begleitend zum theoretischen Unterricht sowie zur Vertiefung und Vorbereitung auf Prüfungen zurzeit insgesamt 39 Studientexte zur Verfügung, die das prüfungsrelevante Recht der gesetzlichen Rentenversicherung abdecken und von Fachkräften der gesetzlichen Rentenversicherung erstellt wurden.

Die Studientexte eignen sich nicht nur zum Nachlesen oder zur Nacharbeit, sondern auch zum Einsatz während des Unterrichts, auch als Grundlage für Arbeitsblätter.

Selbstverständlich können auch andere Adressatenkreise (wie zum Beispiel Studierende des Studienganges Sozialversicherung (LL.B.), Inspektorenanwärter*innen, Fortzubildende sowie Sachbearbeiter*innen oder auch Rentenberater*innen) die Studientexte nutzen.

Durch ihren logischen Aufbau und den Einsatz vieler Beispiele und Übungen sind die Studientexte ein wertvolles Informations- und Nachschlagewerk.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im folgenden Text weitestgehend auf die gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers (m/w/d) verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter, soweit es für die Aussage erforderlich ist.

Sollten Sie aus den Studientexten zitieren bitten wir um folgende Quellenangabe:

Studientext der Deutschen Rentenversicherung Nummer x, Titel, Autor, Ausgabe 20xx, Seite x

Eine Übersicht der verfügbaren Studientexte finden Sie am Ende dieses Studientextes

Inhaltsverzeichnis

1. KVdR, was ist das? 6
1.1 Begriff und Aufgabe 6
1.2 Historie 6
1.3 Beiträge 7
1.4 Finanzierung 9
1.5 Zuschuss des Rentenversicherungsträgers 10
2. Versicherungspflicht in der KVdR 13
2.1 Versicherungsschutz für Rentner 13
2.2 Voraussetzung "Rentenanspruch" 14
2.3 Persönliche Voraussetzungen für die Versicherungspflicht 15
2.3.1 Ermittlung der Rahmenfrist 15
2.3.2 Anzurechnende Zeiten 16
2.3.3 Besonderheiten bei Rentenanträgen vor dem 1.4.2002 18
2.4 Sonderregelungen für bestimmte Personengruppen 19
2.4.1 Selbständige Künstler und Publizisten 19
2.4.2 Waisenrentner 19
2.4.3 Anerkannte Vertriebene 19
2.5 Besitzschutz für Hinterbliebene 20
3. Ausschluss der Versicherungspflicht in der KVdR 23
3.1 Betroffene Personen 23
3.2 Ausschluss kraft Gesetzes 23
3.2.1 Anderweitige Krankenversicherungspflicht 24
3.2.2 Selbständige Erwerbstätigkeit 25
3.2.3 Krankenversicherungsfreiheit 26
3.3 Befreiung 28
3.3.1 Befreiungsrecht 28
3.3.2 Wirkung der Befreiung 30
4. Mitgliedschaft bei der zuständigen Krankenkasse 32
4.1 Durchführung der KVdR 32
4.2 Zuständige Krankenkasse 33
4.2.1 Allgemeines Krankenkassenwahlrecht 33
4.2.2 Ausübung des Wahlrechts 34
4.3 Mitgliedschaft in der KVdR 35
4.3.1 Beginn 35
4.3.2 Ende 36
4.4 Mitgliedschaft als Rentenantragsteller 37
4.4.1 Beginn 37
4.4.2 Ende 37
4.5 Freiwillige Mitgliedschaft 38
5. Beiträge für die KVdR 40
5.1 Pflicht zur Beitragszahlung 40

5.2 Beiträge aus der Rente 41
5.2.1 Beitragspflichtiger Personenkreis 41
5.2.2 Rente als beitragspflichtige Einnahme 41
5.2.3 Beitragsfreiheit von Waisenrenten 42
5.2.4 Beitragssätze für Zeiten ab 1.3.2015 43
5.2.5 Beitragssätze für Zeiten vor dem 1.3.2015 45
5.2.6 Beitragssätze für ausländische Renten 47
5.2.7 Beginn der Beitragspflicht 47
5.2.8 Ende der Beitragspflicht 48
5.3 Beiträge aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen 48
5.3.1 Versorgungsbezüge 49
5.3.2 Arbeitseinkommen 50
5.4 Beiträge der Rentenantragsteller 50
5.4.1 Beitragspflicht 50
5.4.2 Ausnahmen von der Beitragspflicht 51

6. Beitragserhebung 55

6.1 Verfahren der Beitragserhebung 55
6.2 Beitragsschuldner 55
6.2.1 Beiträge aus der Rente 56
6.2.2 Beiträge aus ausländischen Renten 57
6.2.3 Beiträge aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen 58
6.3 Beitragseinzug aus der Rente 59
6.3.1 Beitragsabzug 59
6.3.2 Erstattungsanspruch der Bundesagentur für Arbeit oder der Leistungsträger nach dem SGB II 61
6.3.3 Korrekturen 62
6.4 Beitragsbemessungsgrenze 63
6.4.1 Reihenfolge der Beitragsberechnung 63
6.4.2 Beitragserstattung 64

7. Meldeverfahren 68

7.1 Bedeutung der Meldungen 68
7.2 Meldeverfahren bei Rentenantragstellung 69
7.2.1 Abgabe der Meldung bei Rentenantragstellung 70
7.2.2 Bestätigung der den Antrag aufnehmenden Stelle 71
7.2.3 Bestätigung der Krankenkasse 71
7.3 Folgemeldungen 71
7.3.1 Meldepflichten des Rentenversicherungsträgers 72
7.3.2 Meldepflichten der Krankenkasse 73
7.3.3 Meldepflichten der Rentner 74
7.4 Auswertung der Meldungen 74

8. Anspruch auf Zuschuss zur Krankenversicherung 79

8.1 Prinzip der Gleichbehandlung 79
8.2 Anspruchsvoraussetzungen 79
8.2.1 Rentenbezug 80
8.2.2 Freiwillige oder private Krankenversicherung 80
8.3 Antrag beim Rentenversicherungsträger 81

8.4 Beginn und Ende 82
8.4.1 Beginn des Zuschusses 82
8.4.2 Ende des Zuschusses 83
8.5 Ausschlussgrund "Krankenversicherungspflicht" 84

9. Höhe des Zuschusses zur Krankenversicherung 87
9.1 Bemessungsgrundsätze 87
9.2 Zuschussbetrag 89
9.2.1 Zahlbetrag der Rente 90
9.2.2 Maßgebender Prozentsatz 91
9.3 Höhe der Aufwendungen für die private Krankenversicherung 93
9.4 Berechnung des Zuschusses 94
9.4.1 Monatsbetrag 94
9.4.2 Teilmonatsbetrag 95

LÖSUNGEN DER AUFGABEN ZUR SELBSTÜBERPRÜFUNG 98

Verzeichnis der Abbildungen 102

Verfügbare Titel der Studientext-Reihe 103

Impressum 105

Anhang (Meldung zur KVdR) 106

1. KVdR, was ist das?

1.1 Begriff und Aufgabe

Die Krankenversicherung der Rentner – abgekürzt "KVdR" – ist Bestandteil der sozialen Sicherung der in der gesetzlichen Rentenversicherung versicherten Personen und ihrer Hinterbliebenen. Sie dient dem Zweck, dem Rentner während des Rentenbezuges Schutz gegen mögliche Krankheitskosten zu bieten, die naturgemäß gerade bei ihm häufig anfallen können. Im Rahmen des Versicherungsschutzes in der KVdR erhält der Rentner von der Krankenkasse – mit Ausnahme von Krankengeld – grundsätzlich die Leistungen, die diese auch den übrigen Mitgliedern, wie zum Beispiel den pflichtversicherten Beschäftigten, gewährt. Krankengeld erhält der Rentner deshalb nicht, weil er während einer Erkrankung durch den Rentenbezug finanziell abgesichert bleibt. Für Familienangehörige des in der KVdR versicherten Rentners besteht gegebenenfalls Krankenversicherungsschutz im Rahmen der Familienversicherung.

Die Gewährleistung der KVdR ist eine Aufgabe, die sich den Trägern der Krankenversicherung und der Rentenversicherung gemeinsam stellt: Die Träger der Krankenversicherung übernehmen für die in der KVdR pflichtversicherten Rentner den Krankenversicherungsschutz und gewähren bei Bedarf die Leistungen. Die Rentenversicherungsträger tragen einen Teil der Beiträge aus der Rente und ziehen diese für die Krankenversicherung ein.

1.2 Historie

Gesetzlich geregelt ist die KVdR nach geltendem Recht im SGB V. Eingeführt wurde sie im Jahre 1941[1]. Durch das Gesetz über die KVdR aus dem Jahre 1956[2] wurden die Regelungen zur KVdR neugestaltet und in das Zweite Buch der RVO aufgenommen. Vom 1.1.1989 an ist das Zweite Buch der RVO durch das Gesundheits-Reformgesetz[3] in seinen wesentlichen Teilen in das SGB – als Fünftes Buch – eingegliedert worden. Seit dem 1.1.1991 gelten die Vorschriften über die KVdR auch in den neuen Bundesländern. Lediglich die Beitragspflicht für die KVdR war im Kalenderjahr 1991 noch so geregelt, dass die KVdR für den Rentner kostenlos blieb.

Der Krankenversicherungsschutz im Rahmen der KVdR wird allerdings nicht jedem Bezieher einer Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung zuteil. Seit dem Jahre 1977[4] sind die gesetzlichen Vorschriften vielmehr so angelegt, dass nur derjenige in der KVdR zu versichern ist, der während seines Erwerbslebens in ausreichendem Maße der Solidargemeinschaft der gesetzlichen Krankenversicherung angehört hat und deshalb ausreichende Vorversicherungszeiten bei einer gesetzlichen Krankenkasse nachweisen kann. Dabei waren zunächst bis zum Jahre 1992 auch freiwillige Mitgliedschaften und Familienversicherungen auf Grund einer freiwilligen Mitgliedschaft des Stammversicherten anrechnungsfähig.

---

[1] § 4 des Gesetzes über die Verbesserung der Leistungen in der Rentenversicherung vom 24.7.1941 (RGBl. I, Seite 443) in Verbindung mit der Verordnung über die KVdR vom 4.11.1941 (RGBl. I, Seite 689)

[2] Gesetz über KVdR vom 12.6.1956 (BGBl. I, Seite 500)

[3] Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen (Gesundheits-Reformgesetz – GRG –) vom 20.12.1988 (BGBl. I, Seite 2477)

[4] Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz vom 27.6.1977 (BGBl. I, Seite 1069)

Vom 1.1.1993 an wurde dann der Zugang zur KVdR insofern erschwert[5], als nur noch Zeiten berücksichtigt wurden, in denen eine Pflichtversicherung vorlag oder eine Familienversicherung bestand, die auf einer Pflichtversicherung beruhte. Diese Regelung ist jedoch vom Bundesverfassungsgericht in seinem Beschluss vom 15.3.2000[6] für mit dem Grundgesetz unvereinbar erklärt worden. Seit dem 1.4.2002 bestimmen sich die Zugangsvoraussetzungen deshalb wieder nach den Regeln, wie sie bereits vor dem 1.1.1993 bestanden hatten (und damit unter Berücksichtigung der freiwilligen Mitgliedschaften).

Mit Wirkung ab 1.7.2001 wurde darüber hinaus für Künstler, die ihre selbständige künstlerische oder publizistische Tätigkeit bereits vor dem 1.1.1983 aufgenommen hatten, eine besondere Möglichkeit des Zugangs zur KVdR geschaffen[7].

Für Bezieher einer Waisenrente der gesetzlichen Rentenversicherung ist vom 1.1.2017 an ein eigener Versicherungspflichttatbestand in der gesetzlichen Krankenversicherung geschaffen worden, für dessen Eintritt grundsätzlich keine Vorversicherungszeit mehr erforderlich ist[8].

Mit Wirkung ab 1.8.2017 sind zudem die Zugangsvoraussetzungen zur KVdR für Eltern erleichtert worden. Von diesem Zeitpunkt an werden für jedes leibliche, Adoptiv-, Stief- oder Pflegekind eines Rentenantragstellers pauschal drei Jahre auf die erforderliche Vorversicherungszeit angerechnet[9].

1.3 Beiträge

Die Beiträge für die KVdR wurden nach Einführung der KVdR zunächst weitgehend vom Rentenversicherungsträger allein (teils nach pauschalen, teils nach individuellen Verfahren) aufgebracht. Seit dem Jahre 1983[10] sind die Rentner jedoch schrittweise an der Beitragstragung beteiligt worden. Seither richtet sich die Höhe der Beiträge nach der Rentenhöhe und den jeweils geltenden Beitragssätzen.

[5] Gesundheitsstrukturgesetz vom 21.12.1992 (BGBl. I, Seite 2266)

[6] Az.: 1 BvL 16/96

[7] Zweites Gesetz zur Änderung des Künstlersozialversicherungsgesetzes und anderer Gesetze vom 13.6.2001 (BGBl. I, Seite 1027)

[8] Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen sowie zur Änderung weiterer Gesetze vom 21.12.2015 (BGBl. I, Seite 2408)

[9] Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung – HHVG vom 4.4.2017 (BGBl. I, Seite 778)

[10] Rentenanpassungsgesetz 1982 vom 1.12.1981 (BGBl. I, Seite 1205)

Der Beitragssatz war zunächst für alle Rentner gleich, unabhängig davon bei welcher Krankenkasse die Mitgliedschaft bestand. Weil Beitragssatzveränderungen zusammen mit der in der Rentenversicherung zum 1. Juli eines jeden Jahres stattfindenden Rentenanpassung berücksichtigt werden sollten, war der maßgebende Beitragssatz anfangs auf einen Stichtag (den 1. Januar eines jeden Jahres) bezogen. Vom 1.7.1997 an galt auch für Rentner der Beitragssatz der Krankenkasse, bei der sie krankenversichert waren[11].

Seit dem 1.1.2001 gelten in den neuen Bundesländern keine Besonderheiten für die Beitragsbemessungsgrenze, die Bezugsgröße und die Beitragssätze mehr [12]. Damit wurde dem Ziel Rechnung getragen, die Einheit des Krankenversicherungsrechts zwischen alten und neuen Bundesländern zu verwirklichen.

Mit Wirkung ab 1.4.2004 war die oben erwähnte „Stichtagsbezogenheit“ des Beitragssatzes abgeschafft[13] worden, um Beitragssatzveränderungen der Krankenkasse des Rentners noch zeitnaher zu berücksichtigen.

Zum 1.7.2005 war in der gesetzlichen Krankenversicherung ein zusätzlicher Beitragssatz[14] eingeführt worden. Er betrug 0,9 % der beitragspflichtigen Einnahmen – also auch der Rente – und floss den Krankenkassen unabhängig von der Finanzierung einzelner Leistungen zu. Dieser Beitrag wurde vom Rentner allein getragen.

Seit dem 1.1.2009 gilt für alle gesetzlichen Krankenkassen ein einheitlicher allgemeiner Beitragssatz[15]. Der zum 1.7.2005 eingeführte zusätzliche Beitragssatz von 0,9 % ist von diesem Zeitpunkt an wieder entfallen. An der Verteilung der Beitragslast zwischen Rentner und Rentenversicherungsträger änderte sich zunächst jedoch nichts, da zeitgleich die Regelung zur Beitragstragung aus Renten angepasst worden war.

In der Zeit vom 1.1.2011 bis 31.12.2014 war der allgemeine Beitragssatz gesetzlich auf 15,5 % festgeschrieben[16]. Ein höherer Finanzbedarf der gesetzlichen Krankenkassen sollte fortan nicht mehr zu einer Erhöhung des allgemeinen Beitragssatzes führen, sondern von den einzelnen Krankenkassen über die Erhebung eines kassenindividuellen, einkommensunabhängigen Zusatzbeitrages ausgeglichen werden.

---

[11] Drittes Gesetz zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (3. SGB V-Änderungsgesetz - 3. SGB V-ÄndG) vom 10.5.1995 (BGB1. I, Seite 678)

[12] Gesetz zur Rechtsangleichung in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 22.12.1999 (BGBl. I, Seite 2657)

[13] Zweites Gesetz zur Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze vom 27.12.2003 (BGBl. I, Seite 3013)

[14] Gesetz zur Anpassung der Finanzierung von Zahnersatz vom 15.12.2004 (BGBl. I, Seite 3445) in Verbindung mit dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz - GMG) vom 14.11.2003 (BGBl. 1, Seite 2190)

[15] Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) vom 26.3.2007 (BGBl. I, Seite 378)

[16] Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz) vom 22.12.2010 (BGBl. l., Seite 2309)

Seit dem 1.7.2011 unterliegen bei versicherungspflichtigen Rentnern nicht mehr nur die Renten der deutschen gesetzlichen Rentenversicherung, sondern auch vergleichbare ausländische Renten der Beitragspflicht[17]. Allerdings gelten für die Tragung und Zahlung der Beiträge aus ausländischen Renten andere Regelungen als bei den inländischen Renten.

Mit Wirkung ab 1.1.2015 ist der allgemeine Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung um 0,9 Beitragssatzpunkte gesenkt und auf 14,6 % festgeschrieben worden. Künftige über die Einnahmeentwicklung hinausgehende Ausgabensteigerungen sollen die Krankenkassen ausschließlich durch die kassenindividuellen Zusatzbeiträge finanzieren, die sie von ihren Mitgliedern nunmehr einkommensabhängig (also als Prozentsatz aus allen beitragspflichtigen Einnahmen) zu erheben haben[18]. Während der nach dem allgemeinen Beitragssatz bemessene Beitrag aus der Rente seit diesem Zeitpunkt je zur Hälfte vom Rentner und vom Rentenversicherungsträger getragen wird, war der Zusatzbeitrag vom Rentner in der Zeit vom 1.1.2015 bis 31.12.2018 zunächst allein aufzubringen.

Seit dem 1.1.2017 ist die Waisenrente der gesetzlichen Rentenversicherung für Waisen, die allein aufgrund des Bezugs dieser Rente versicherungspflichtig sind, beitragsfrei, solange sie die Altersgrenzen für eine Familienversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung noch nicht erreicht haben[19].

Seit dem 1.1.2019 trägt der Rentenversicherungsträger auch die Hälfte des aus der Rente zu zahlenden Zusatzbeitrages, sodass die Krankenversicherungsbeiträge aus der Rente nunmehr wieder vom Rentner und vom Rentenversicherungsträger paritätisch finanziert werden.[20]

1.4 Finanzierung

Die eingezogenen Beiträge werden der Krankenversicherung zugeführt. Bis zum 31.12.2008 geschah dies auf direktem Weg mit den einzelnen Krankenkassen. Seit dem 1.1.2009 fließen alle Beiträge in den Gesundheitsfonds, über den sie an die Krankenkassen weitergeleitet werden. Dabei spielt der Risikostrukturausgleich[21], der seit dem 1.1.1995 auch für die KVdR gilt, eine wichtige Rolle. Mit diesem Ausgleich sollen die unterschiedlichen Strukturen der Krankenkassen hinsichtlich ihrer Versicherten und der Beitragseinnahmen ausgeglichen werden: Krankenkassen mit höheren Risikostrukturen erhalten mehr Beiträge als Krankenkassen mit niedrigeren Risikostrukturen. Abrechnungstechnisch wird der Ausgleich beim Bundesamt für Soziale Sicherung durchgeführt, das den Gesundheitsfond verwaltet.[22]

---

[17] Gesetz zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit in Europa und zur Änderung anderer Gesetze vom 22.6.2011 (BGBl. I, Seite 1202)

[18] Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz – GKV-FQWG) vom 21.07.2014 (BGBl. 1, Seite 1133)

[19] Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen sowie zur Änderung weiterer Gesetze vom 21.12.2015 (BGBl. 1, Seite 2408)

[20] Gesetz zur Beitragsentlastung der Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versichertenentlastungsgesetz – GKV-VEG) vom 11.12.2018 (BGBl. 1, Seite 2387)

[21] vergleiche § 266 SGB V in Verbindung mit der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung - RSAV

[22] vergleiche § 271 SGB V

1.5 Zuschuss des Rentenversicherungsträgers

Neben der KVdR im eigentlichen Sinne rechnen für die Rentenversicherungsträger zu den Leistungen im Rahmen der KVdR auch die Zuschüsse, die diese an freiwillig oder privat krankenversicherte Rentner zu zahlen haben. Unter welchen Voraussetzungen freiwillig oder privat krankenversicherte Rentner vom Rentenversicherungsträger den Zuschuss zur Krankenversicherung beanspruchen können, ist seit dem 1.1.1992 im SGB VI geregelt. Von diesem Zeitpunkt an besteht der Anspruch auf Zuschuss auch für Rentner in den neuen Bundesländern.

Die Höhe des Zuschusses orientiert sich dem Grunde nach an der Höhe des Betrages, den der Rentenversicherungsträger aufzuwenden hätte, wenn der Rentner krankenversicherungspflichtig wäre. Der Zuschuss wird auf die Hälfte der Aufwendungen für die Krankenversicherung begrenzt. Für freiwillig bei einer gesetzlichen Krankenkasse versicherte Rentner galt diese Begrenzungsregelung allerdings nur bis zum 31.3.2004[23].

Wann bei der Durchführung der KVdR insbesondere der Rentenversicherungsträger gefordert ist, soll Ihnen in den nachfolgenden Kapiteln erläutert werden. Dabei werden Sie sehen, dass die Vorschriften über die KVdR für die Mitarbeitenden des Rentenversicherungsträgers von unterschiedlichem Gewicht sind. Während teilweise allgemeine Kenntnisse genügen, ist an anderer Stelle genaues Wissen gefragt, insbesondere wenn es um die Rechtsanwendung bei der Erfüllung der Aufgaben des Rentenversicherungsträgers geht.

[23] Gesetz zur Sicherung der nachhaltigen Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Rentenversicherung (RV-Nachhaltigkeitsgesetz) vom 21.7.2004 (BGBl. I, Seite 1791)

Anmerkungen zur Pflegeversicherung

Neben der Krankenversicherung hat für den Rentner auch die am 1.1.1995 eingeführte soziale Pflegeversicherung[24] Bedeutung erlangt. Sie ist als eigenständiger Zweig der Sozialversicherung zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit geschaffen worden und hat die Aufgabe, Pflegebedürftigen, die wegen der Schwere der Pflegebedürftigkeit auf solidarische Unterstützung angewiesen sind, Hilfe zu leisten. Träger der sozialen Pflegeversicherung sind die Pflegekassen. Nach dem Grundsatz "Die Pflegeversicherung folgt der Krankenversicherung" werden von der Pflegeversicherung alle Personen erfasst, die auch in die gesetzliche Krankenversicherung eingebunden sind: Privat Krankenversicherte sind zum Abschluss eines privaten Pflegeversicherungsvertrages verpflichtet. So kann auch der Rentner in den Schutz der sozialen oder privaten Pflegeversicherung gelangen. Dies hat zur Folge, dass vom Rentenversicherungsträger bei der Rentenzahlung nicht nur sein Kranken-, sondern auch sein Pflegeversicherungsverhältnis zu beachten ist.

In der Zeit vom 1.1.1995 bis zum 31.3.2004 wurden die aus der Rente zu zahlenden Pflegeversicherungsbeiträge je zur Hälfte vom Rentner und vom Rentenversicherungsträger getragen. Seit dem 1.4.2004 muss der Rentner für diese Beiträge allein aufkommen. Auch der bis dahin zur Rente gezahlte Zuschuss zur Pflegeversicherung ist seit dem 1.4.2004 entfallen.[25]

Seit dem 1.1.2005 ist für die Beitragsbemessung „kinderloser“ Mitglieder der sozialen Pflegeversicherung ein erhöhter Beitragssatz maßgebend (Beitragszuschlag für Kinderlose).[26] Dies geht zurück auf ein Urteil des Bundesverfassungsgerichts[27], das feststellte, es sei nicht mit dem Grundgesetz vereinbar, wenn Mitglieder der sozialen Pflegeversicherung, die Kinder erzogen oder betreut haben, ebenso hohe Beiträge zahlen, wie Mitglieder, die kinderlos sind.

[24] Gesetz zur sozialen Absicherung der Pflegebedürftigkeit (Pflege-Versicherungsgesetz - PflegeVG) - vom 26.5.1994 (BGB1. I, Seite 1014)

[25] Zweites Gesetz zur Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze vom 27.12.2003 (BGBl. I, Seite 3013)

[26] Gesetz zur Berücksichtigung von Kindererziehung im Beitragsrecht der sozialen Pflegeversicherung (Kinder-Berücksichtigungsgesetz - KiBG) – vom 15.12.2004 (BGBl. I, Seite 3448)

[27] Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 3.4.2001 – Az.: 1 BvR 1629/94

Zum 1.7.2008[28], zum 1.1.2013[29], zum 1.1.2015[30] sowie zum 1.1.2017[3132] traten in der sozialen Pflegeversicherung jeweils zahlreiche Änderungen ein, die in erster Linie verbesserte Leistungen für die Versicherten zur Folge hatten. Nicht zuletzt zur Finanzierung dieser Leistungsverbesserungen wurde der einheitlich geltende Beitragssatz der sozialen Pflegeversicherung jeweils von diesen Zeitpunkten an sowie mit Wirkung ab dem 1.1.2019[33] erhöht.

Um die erhöhten Ausgaben in der sozialen Pflegeversicherung auszugleichen, ist mit Wirkung vom 1.1.2022 an erstmals auch der Beitragszuschlag für Kinderlose angehoben worden[34].

Um die Finanzsituation der sozialen Pflegeversicherung zu stabilisieren, sind mit Wirkung vom 1.7.2023 an sowohl der Beitragssatz der sozialen Pflegeversicherung als auch der Beitragszuschlag für Kinderlose ein weiteres Mal angehoben worden.[35]. Darüber hinaus wurde von diesem Zeitpunkt an für Eltern mit mehr als 2 Kindern unter 25 Jahren ein nach der Anzahl der berücksichtigungsfähigen Kinder gestaffelter Beitragsabschlag eingeführt. Dies geht zurück auf eine erneute Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts[36], mit der dieses die bisherigen beitragsrechtlichen Regelungen für verfassungswidrig erklärt hatte, soweit hierdurch Eltern unabhängig von der Zahl ihrer Kinder mit gleich hohen Beiträgen belastet wurden.

Mit Wirkung vom 1.1.2025 wurde der Beitragssatz der sozialen Pflegeversicherung erneut angehoben, um die Finanzierung bereits vorgesehener Leistungen der sozialen Pflegeversicherung ab 2025 sicherzustellen.[37]

---

[28] Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz) vom 28.5.2008 (BGBl. I, Seite 874)

[29] Gesetz zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (Pflege–Neuausrichtungs–Gesetz - PNG) vom 23.10.2012 (BGBl. I, Seite 2246)

[30] Erstes Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Erstes Pflegestärkungsgesetz - PSG I) vom 17.12.2014 (BGBl. I, Seite 2222)

[31] Zweites Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz - PSG II) vom 21.12.2015 (BGBl. I, Seite 2424)

[32] Drittes Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III) vom 23.12.2016 (BGBl. I, Seite 3191)

[33] Fünftes Gesetz zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch–Beitragssatzanpassung vom 17.12.2018 (BGBl. I, Seite 2587)

[34] Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz - GVWG) vom 11.7.2021 (BGBl. I, Seite 2754)

[35] Gesetz zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege (Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz - PUEG) vom 19.6.2023 (BGBl. 2023 I, Nummer 155)

[36] Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 7.4.2022 - Az.:1 BvL 3/18 u. a.

[37] Verordnung zur Anpassung des Beitragssatzes in der sozialen Pflegeversicherung 2025 (Pflege-Beitragssatz-Anpassungsverordnung 2025 - PBAV 2025) vom 20.12.2024 (BGBl. 2024 I, Nummer 446)

2. Versicherungspflicht in der KVdR

LERNZIEL

- Sie können die Voraussetzungen für die Versicherungspflicht in der KVdR erläutern und den versicherungspflichtigen Personenkreis benennen.

2.1 Versicherungsschutz für Rentner

Die KVdR ist vom Gesetzgeber als Pflichtversicherung angelegt worden. Zum Schutz des Einzelnen wird sie kraft Gesetzes begründet. Dies folgt aus den Vorschriften über die Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung, in denen die Rentner neben den sonstigen Personenkreisen als eigene Personengruppe aufgeführt sind. Die Versicherungspflicht tritt allerdings nur ein, wenn bestimmte gesetzliche Anforderungen erfüllt sind. Hierzu gehört, dass

- Anspruch auf eine Versicherten- oder Hinterbliebenenrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung besteht und diese Rente beantragt ist,

- darüber hinaus bestimmte persönliche Voraussetzungen erfüllt sind, insbesondere hinsichtlich des bisherigen Krankenversicherungsschutzes.

Rentenanspruch + Persönliche Voraussetzungen **=** KVdR

Die Entscheidung darüber, ob und gegebenenfalls ab wann alle Anforderungen für die Versicherungspflicht in der KVdR erfüllt sind, trifft jeweils die zuständige gesetzliche Krankenkasse.

Dennoch ist es auch für Sie als Mitarbeitende des Rentenversicherungsträgers wichtig, die Rechtslage zu kennen und die Zusammenhänge zu verstehen. Nur dann lassen sich – ausgehend von der Entscheidung der Krankenkasse im jeweiligen Einzelfall – bei der Erledigung der Aufgaben des Rentenversicherungsträgers die richtigen Schlussfolgerungen im Hinblick auf die Beitragserhebung aus der Rente oder in Bezug auf den Zuschuss zur Krankenversicherung ziehen. Aber auch schon im Vorfeld – so bei der Entgegennahme des Rentenantrages und der Meldung bei Rentenantragstellung – kann eine Aufklärung des Rentenantragstellers über die Sach- und Rechtslage erforderlich werden.

Gesetzliche Grundlagen für die Versicherungspflicht in der KVdR sind:

§ 5 Absatz 1 Nummer 11, Absatz 2 SGB V	als Grundnorm ("Neunzehntelbelegung")
§ 5 Absatz 1 Nummer 11a SGB V	als Sondernorm für selbständige Künstler
§ 5 Absatz 1 Nummer 11b Buchstabe a SGB V	als Sondernorm für Waisenrentner
§ 5 Absatz 1 Nummer 12, Absatz 2 SGB V	als Sondernorm für anerkannte Spätaussiedler und ähnliche Personen

2.2 Voraussetzung "Rentenanspruch"

Grundvoraussetzung für die Pflichtmitgliedschaft in der KVdR ist das Bestehen eines Rentenanspruches (siehe auch Abbildung 1). Dieser Anspruch muss beim Rentenversicherungsträger durch einen Rentenantrag auch geltend gemacht sein. Die Entscheidung, ob der Rentenanspruch gegeben ist, trifft der Rentenversicherungsträger. Auf dieser Grundlage entscheidet die Krankenkasse über die Versicherungspflicht in der KVdR.

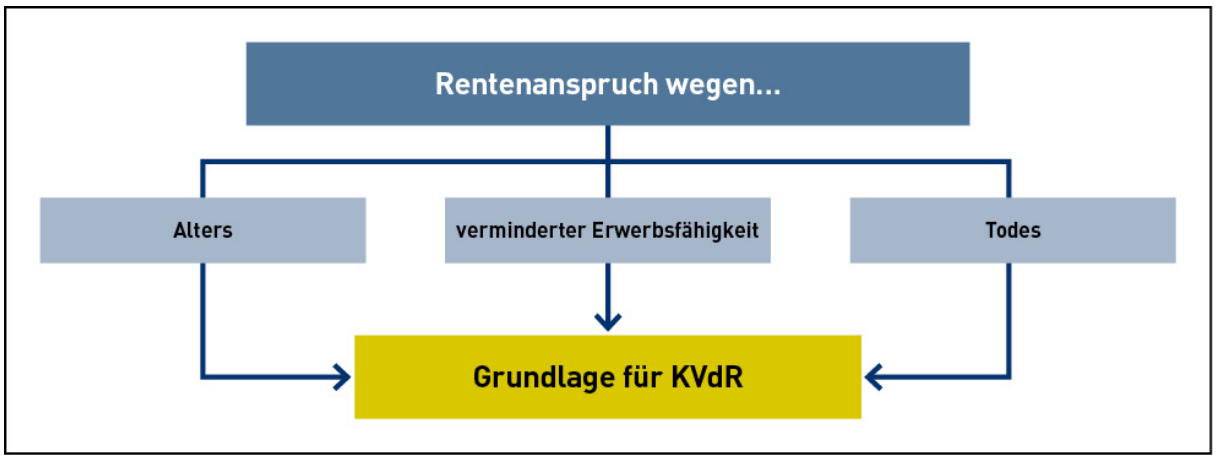
Der Versicherungspflicht in der KVdR kann jede Rente der gesetzlichen Rentenversicherung zu Grunde liegen, also

- Renten wegen Alters,
- Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit
  und
- Renten wegen Todes.

Dabei besteht kein Unterschied, ob es sich um eine Rente nach § 33 SGB VI oder eine in Artikel 2 RÜG aufgeführte Rente handelt. Das bedeutet somit in den neuen Bundesländern, dass auch umgewertete oder überführte Bestandsrenten (§§ 307 a und b SGB VI) oder überführte Sonderversorgungsrenten (§ 4 AAÜG) Renten im Sinne der KVdR sind.

Die Renten der gesetzlichen Rentenversicherung sind in den Studientexten Nummer 16, 17 und 18 beschrieben. Die einzelnen Rentenarten haben Sie dort bereits näher kennen gelernt.

Abbildung 1: Voraussetzung "Rentenanspruch"



Für die Prüfung, ob eine Rente im Sinne der KVdR vorliegt, genügt es, dass das Recht auf die Rente nur dem Grunde nach besteht. Die KVdR wird daher auch dann durchgeführt, wenn die Rente wegen des Zusammentreffens mit einer anderen Rente oder Einkommen (§§ 89 ff. SGB VI) oder wegen des Zusammentreffens mit einer Unfallrente aus der gesetzlichen Unfallversicherung (§§ 93, 311 SGB VI) nicht gezahlt wird.

Verzichtet ein Rentner im Rahmen des § 46 SGB I aber auf die ihm gewährte Rente in voller Höhe, wird die KVdR nicht durchgeführt.

Keine Versicherungspflicht in der KVdR begründen Leistungen aus den Sonderversorgungssystemen des Beitrittsgebiets, die ab 1.1.1992 nach § 9 AAÜG nicht in die gesetzliche Rentenversicherung überführt wurden. Ebenfalls keine Renten im Sinne der KVdR sind die Leistungen für Kindererziehung an Mütter der Geburtsjahrgänge vor 1921 beziehungsweise in den neuen Bundesländern an Mütter der Geburtsjahrgänge vor 1927 (§§ 294 ff. SGB VI).

2.3 Persönliche Voraussetzungen für die Versicherungspflicht

Den Versicherungsschutz der KVdR erhält grundsätzlich nur, wer während seines Erwerbslebens ausreichend in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert war. Die zuständige Krankenkasse prüft dabei anhand der Mitgliedsunterlagen in jedem Einzelfall, ob die persönlichen Voraussetzungen vorliegen.

Die persönlichen Voraussetzungen sind gegeben, wenn der Rentenantragsteller die sogenannte „Neunzehntelbelegung“ erfüllt. Konkret bedeutet dies, dass er seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Rentenantragstellung (Rahmenfrist) mindestens neun Zehntel der zweiten Hälfte dieses Zeitraumes Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse oder familienversichert gewesen sein muss (Vorversicherungszeit nach § 5 Absatz 1 Nummer 11 SGB V).

Antragsteller für eine Witwen- oder Witwerrente können die geforderte Vorversicherungszeit entweder aus ihrer eigenen Versicherung oder aus der Versicherung des Verstorbenen erfüllen.

Bis zum 31.12.2016 galt die beschriebene Vorversicherungszeit auch für Antragsteller einer Waisenrente. Seit dem 1.1.2017 brauchen Waisenrentner regelmäßig keine Vorversicherungszeit mehr zu erfüllen, um den Versicherungsschutz der KVdR zu erhalten[38]. Näheres hierzu erfahren Sie im Abschnitt 2.4.2.

Sonderregelungen gelten außerdem für selbständige Künstler und Publizisten (siehe Abschnitt 2.4.1) sowie für anerkannte Spätaussiedler und ähnliche Personen (siehe Abschnitt 2.4.3).

2.3.1 Ermittlung der Rahmenfrist

Als Anfang der Rahmenfrist gilt die erstmalige Aufnahme einer Erwerbstätigkeit. Das ist jede auf Erwerb gerichtete oder zur Berufsausbildung ausgeübte Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit, gegebenenfalls auch im Ausland. Wurde eine Erwerbstätigkeit bis zur Rentenantragstellung nicht aufgenommen, gilt als Beginn der Rahmenfrist

- der Tag der Eheschließung beziehungsweise der Tag der Eintragung einer Lebenspartnerschaft oder
- wenn eine Ehe beziehungsweise eine eingetragene Lebenspartnerschaft nicht bestand, die Vollendung des 18. Lebensjahres beziehungsweise bei minderjährigen Waisenrentnern, die bislang privat krankenversichert waren (siehe Abschnitt 2.4.2), der Tag der Geburt.

Das Ende der Rahmenfrist bildet der Tag der Rentenantragstellung. Zwischen diesen beiden Zeitpunkten müssen nun entsprechende Vorversicherungszeiten liegen.

[38] Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen sowie zur Änderung weiterer Gesetze vom 21.12.2015 (BGBl. I, Seite 2408)

2.3.2 Anzurechnende Zeiten

Als Vorversicherungszeiten für die Neunzehntelbelegung rechnen sämtliche bei einer gesetzlichen Krankenkasse zurückgelegten Zeiten der

- Pflichtversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung,
- freiwilligen Versicherung,
- Familienversicherung

  sowie
- Ehegattenversicherung, wenn der Rentenantragsteller selbst in dieser Zeit nicht mehr als geringfügig beschäftigt oder selbständig erwerbstätig gewesen ist (nur Zeiten bis zum 31.12.1988).

Versicherungszeiten, die bis zum 31.12.1990 beim Träger der Sozialversicherung im Beitrittsgebiet zurückgelegt wurden, sind den Zeiten einer Pflichtversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung gleichgestellt (§ 400 Absatz 5 SGB V). Dies gilt auch für Zeiten in der Freiwilligen Krankheitskostenversicherung der ehemaligen Staatlichen Versicherung der DDR oder Zeiten in einem Sonderversorgungssystem.

Mit Wirkung ab 1.8.2017 sind - zusätzlich zu den tatsächlichen Versicherungszeiten - für jedes Kind des Rentenantragstellers pauschal drei Jahre auf die Vorversicherungszeit anzurechnen (§ 5 Absatz 2 Satz 3 SGB V)[39]. Zu den Kindern, für die eine solche Anrechnung der Erziehungszeit möglich ist, zählen neben den leiblichen und ihnen gleichgestellten Adoptivkindern auch Stiefkinder sowie Pflegekinder im Sinne des § 56 Absatz 2 Nummer 2 SGB I.

Die pauschale Anrechnung von drei Jahren je Kind ist grundsätzlich an keine weiteren Bedingungen geknüpft. Sie setzt lediglich voraus, dass das Kind spätestens am letzten Tag der Rahmenfrist, also am Tag der Rentenantragstellung, geboren wurde beziehungsweise spätestens an diesem Tag die Rechtsstellung eines Adoptiv-, Stief- oder Pflegekindes erlangt hat. Mit Wirkung ab 11.5.2019 ist eine Anrechnung allerdings nach § 5 Absatz 2 Satz 4 SGB V[40] ausgeschlossen worden für

- Adoptivkinder, die zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Adoption bereits die Altersgrenzen für eine Familienversicherung (§ 10 Absatz 2 SGB V) erreicht hatten

  und
- Stiefkinder, die zum Zeitpunkt der Eheschließung mit dem Elternteil des Kindes bereits die Altersgrenzen für eine Familienversicherung (§ 10 Absatz 2 SGB V) erreicht hatten oder vor Erreichen dieser Altersgrenzen nicht in den gemeinsamen Haushalt mit dem Mitglied aufgenommen worden sind.

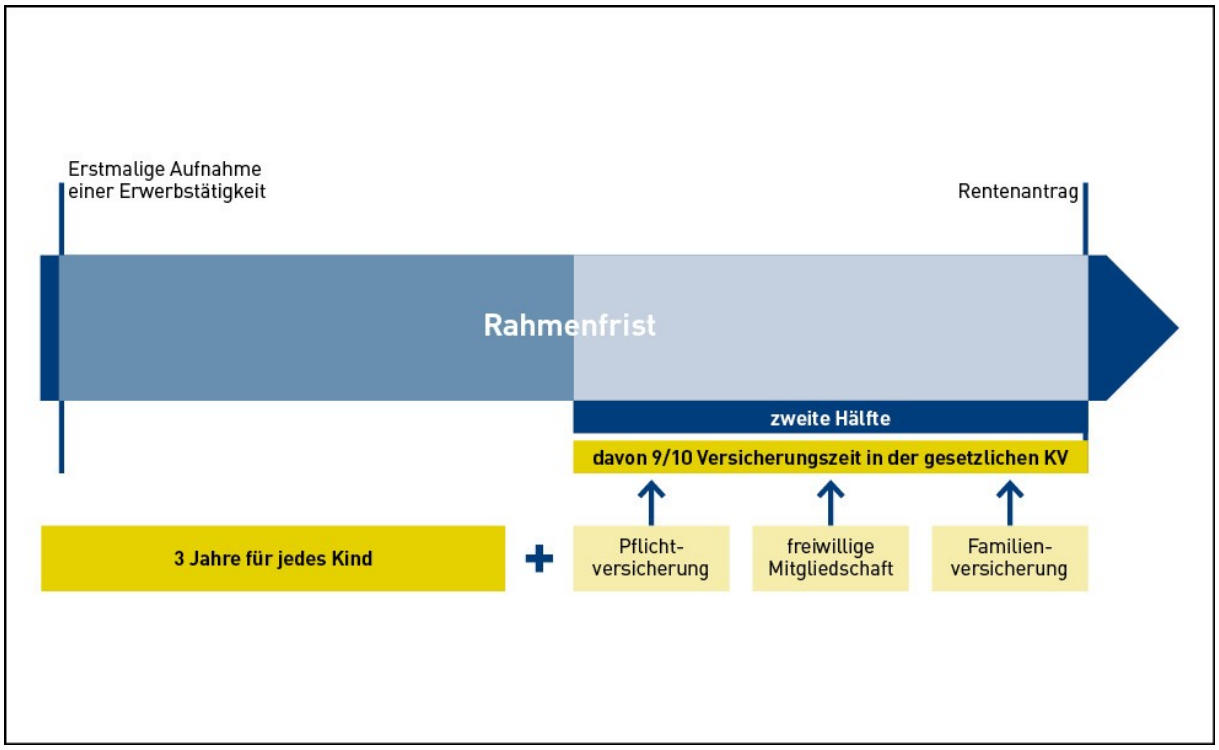
Auch eine Mehrfachberücksichtigung von Kindern ist möglich. Leibliche Kinder können bei beiden Elternteilen zur Anrechnung von jeweils drei Jahren führen. Adoptiv-, Stief- und Pflegekinder sind gegebenenfalls nicht nur bei den leiblichen Eltern, sondern auch bei ihren Adoptiv-, Stief- und Pflegeeltern zu berücksichtigen.

---

[39] Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung – HHVG vom 4.4.2017 (BGBl. I, Seite 778)

[40] Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz - TSVG) vom 6.5.2019 (BGBl. I, Seite 646)

Abbildung 2: Die Neunzehntelbelegung



Sie können aus der Abbildung 2 erkennen, dass es auf die zweite Hälfte des Erwerbslebens ankommt. Dieser Zeitraum ist zunächst zu ermitteln. Anschließend sind alle Zeiten zusammenzutragen, die als Vorversicherungszeiten gelten. Hat der Rentenantragsteller die "zweite Hälfte" durchgehend mit solchen Vorversicherungszeiten belegt, erübrigen sich weitere Berechnungen. Von Fall zu Fall ist es jedoch notwendig, dass genau gerechnet wird:

Beispiel:

Ein Versicherter, der am 1.7.1977 erstmalig eine Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, stellt am 12.2.2026 seinen Rentenantrag.

Wie viele Vorversicherungszeiten benötigt er?

Lösung

- Rahmenfrist 1.7.1977 bis 12.2.2026 = 48 Jahre 7 Monate 12 Tage
- Zweite Hälfte der Rahmenfrist = Hälfte von 48 Jahre 7 Monate 12 Tage
  = 24 Jahre 3 Monate 21 Tage
- 1.7.1977 zuzüglich 24 Jahre 3 Monate 21 Tage = 22.10.2001
- 22.10.2001 bis 12.2.2026 = 24 Jahre 3 Monate 21 Tage
- Neun Zehntel hiervon = 21 Jahre 10 Monate 19 Tage

Der Versicherte benötigt somit 21 Jahre, 10 Monate, 19 Tage Vorversicherungszeiten bei einer gesetzlichen Krankenkasse, die – mit Ausnahme der 3 Jahre für jedes Kind – in der Zeit vom 22.10.2001 bis 12.2.2026 zurückgelegt sein müssen.

2.3.3 Besonderheiten bei Rentenanträgen vor dem 1.4.2002

Im Zusammenhang mit der Vorversicherungszeit sollten Sie noch wissen, dass eine Mitgliedschaft in der KVdR nach § 5 Absatz 1 Nummer 11 SGB V in der vom 1.1.1993 bis 31.3.2002 geltenden Fassung des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) ausschließlich durch Zeiten einer Pflichtversicherung oder einer Familienversicherung, die auf einer Pflichtmitgliedschaft des Stammversicherten beruhte, begründet werden konnte. Das BVerfG hatte jedoch die Vorschrift in dieser Form mit Beschluss vom 15.3.2000 (Az.: 1 BvL 16/96 u. a.) für teilweise verfassungswidrig erklärt. Gleichzeitig hatte es aber bestimmt, dass die Vorschrift bis zu einer gesetzlichen Neuregelung, längstens bis 31.3.2002, weiter angewendet werden konnte.

Da es innerhalb der gesetzten Frist zu keiner gesetzlichen Neuregelung gekommen war, bestimmt sich der Zugang zur KVdR – wie vom BVerfG für diesen Fall vorgegeben – seit dem 1.4.2002 wieder nach § 5 Absatz 1 Nummer 11 SGB V in der vor 1993 geltenden Fassung (Gesundheitsreformgesetz – GRG). Von diesem Zeitpunkt an sind daher bei der Prüfung der Vorversicherungszeit auch wieder – wie vor dem Inkrafttreten des GSG am 1.1.1993 – Zeiten einer freiwilligen Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenkasse sowie Zeiten einer Familienversicherung, die auf einer freiwilligen Mitgliedschaft des Stammversicherten beruhen, zu berücksichtigen. Durch das GKV-WSG hat der Gesetzgeber mit Wirkung ab 1.4.2007 den Gesetzeswortlaut auch redaktionell der vom BVerfG festgestellten Rechtslage angepasst.

Die erleichterte Vorversicherungszeit nach § 5 Absatz 1 Nummer 11 SGB V in der Fassung des GRG galt jedoch nicht nur für Rentenanträge, die nach dem 31.3.2002 gestellt worden sind. Auch bei den Bestandsrentnern, für die unter den erschwerten Bedingungen des § 5 Absatz 1 Nummer 11 SGB V in der Fassung des GSG eine Mitgliedschaft in der KVdR nicht in Betracht gekommen war und die deshalb bis 31.3.2002 freiwillig oder familienversichert waren, ist für die Zeit ab 1.4.2002 eine erneute Prüfung der KVdR-Voraussetzungen vorzunehmen gewesen. Für diesen Personenkreis sind jedoch besondere – den BVerfG-Beschluss flankierende – gesetzliche Regelungen geschaffen worden, die diesem quasi einen Besitzschutz finanzieller Art gewährleisteten.

Da die Umsetzung dieser Bestimmungen im Wesentlichen bereits erfolgt ist, kann auf eine detaillierte Darstellung an dieser Stelle verzichtet werden. Für Sie genügt es zu wissen, dass es im Zusammenhang mit dem BVerfG-Beschluss Fälle gibt, in denen trotz Erfüllung der entsprechenden Voraussetzungen eine KVdR-Mitgliedschaft nicht durchzuführen ist. Hierbei handelt es sich im Wesentlichen um zwei Fallgestaltungen:

Zum einen wurde Rentnern, die bis zum 31.3.2002 wegen der Nichterfüllung der Vorversicherungszeit freiwillig versichert waren, die Möglichkeit der Fortführung dieser freiwilligen Versicherung eingeräumt (Optionsrecht). Danach kam die Versicherungspflicht in der KVdR zum 1.4.2002 nicht zum Tragen, wenn der Rentner innerhalb einer 6-monatigen Frist die Weiterführung seiner freiwilligen Mitgliedschaft gegenüber der Krankenkasse erklärt hatte (§ 9 Absatz 1 Nummer 6 SGB V in der Fassung bis 10.5.2019). In diesen Fällen gilt allerdings seine Entscheidung gegen die KVdR auch für seine möglicherweise vorhandenen familienversicherten Angehörigen, die eine eigene Rente beziehen und zum 1.4.2002 ebenfalls in die KVdR zu überführen gewesen wären (zu den weiteren Wirkungen der Ausübung des Optionsrechts siehe Ausführungen unter Abschnitt 3.2).

Zum anderen besteht bei Rentnern, die bis zum 31.3.2002 wegen der Nichterfüllung der Vorversicherungszeit familienversichert waren und bei denen sich die Familienversicherung nicht aus der Versicherung eines zur Ausübung des eben beschriebenen Optionsrechts berechtigten Stammversicherten ableitete, diese – für sie beitragsfreie und daher

günstigere – Familienversicherung kraft Gesetzes über den 31.3.2002 hinaus weiter (§ 5 Absatz 8 Satz 3 SGB V).

2.4 Sonderregelungen für bestimmte Personengruppen

Für bestimmte Personengruppen gelten hinsichtlich der Voraussetzungen für die KVdR Sonderregelungen.

2.4.1 Selbständige Künstler und Publizisten

Eine besondere Möglichkeit des Zugangs zur KVdR besteht seit dem 1.7.2001 für selbständige Künstler und Publizisten (§ 5 Absatz 1 Nummer 11a SGB V).

Voraussetzung ist, dass diese ihre selbständige künstlerische oder publizistische Tätigkeit bereits vor dem 1.1.1983 aufgenommen haben und zwischen dem 1.1.1985 (neue Bundesländer: 1.1.1992) und der Stellung des Rentenantrages mindestens neun Zehntel des Zeitraums nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren.

2.4.2 Waisenrentner

Seit dem 1.1.2017 sind Waisen, die die Voraussetzungen für eine Waisenrente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese beantragt haben, regelmäßig ohne weitere Voraussetzungen (also auch ohne Berücksichtigung einer Vorversicherungszeit) in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert (§ 5 Absatz 1 Nummer 11b Buchstabe a SGB V). Von dieser Regelung wurden auch Waisen erfasst, die bereits am 31.12.2016 eine Waisenrente bezogen oder diese vor dem 1.1.2017 beantragt hatten.

Nur Waisen, die zuletzt vor der Stellung des Rentenantrags privat krankenversichert waren, müssen für einen Versicherungsschutz in der KVdR noch bestimmte persönliche Voraussetzungen erfüllen. Für diese Waisenrentner tritt die KVdR tatsächlich nur ein, wenn sie entweder die Voraussetzungen für eine Familienversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 10 SGB V) erfüllen oder die in Abschnitt 2.3 beschriebene Neunzehntelbelegung (wahlweise aus eigener Versicherung oder der Versicherung des verstorbenen Elternteils) gegeben ist.

Die Besonderheit für Waisenrentner, die nach § 5 Absatz 1 Nummer 11b Buchstabe a SGB V versichert sind, besteht darin, dass sie selbst bis zum Erreichen der Altersgrenzen für eine Familienversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 10 Absatz 2 SGB V) aus dieser Rente keine Beiträge zahlen müssen. Die Einzelheiten hierzu werden Sie in Abschnitt 5.2.3 kennenlernen.

2.4.3 Anerkannte Spätaussiedler und ähnliche Personen

Für Rentner, die zum Personenkreis des § 1 FRG (anerkannte Spätaussiedler), des § 17a FRG (deutschsprachige Angehörige des Judentums) oder des § 20 WGSVG (vertriebene Verfolgte) gehören, ist die Neunzehntelbelegung nicht erforderlich, um den Schutz der KVdR zu erlangen (§ 5 Absatz 1 Nummer 12 SGB V). Heutzutage gehören zu diesem Personenkreis vor allem anerkannte Spätaussiedler.

Bei Witwen- oder Witwerrenten reicht es aus, dass entweder der Verstorbene oder der Hinterbliebene dieser Personengruppe angehört.

Die Sonderregelung greift jedoch nur bei Rentenantragstellern, die ihren Wohnsitz innerhalb der letzten zehn Jahre vor der Rentenantragstellung in die Bundesrepublik Deutschland verlegt haben. Liegt die Wohnsitzverlegung früher, entfällt die Behandlung nach der

Sonderregelung und es gelten die üblichen Vorversicherungszeitprüfungen (vergleiche Abschnitt 2.3).

Allerdings ist in diesem Fall die Vorversicherungszeit für die Zeiten bis zur Wohnsitzverlegung fiktiv als erfüllt anzusehen, so dass die Rahmenfrist bei einem solchen Rentenantragsteller erst mit dem Tag seines Zuzugs beginnt.

2.5 Besitzschutz für Hinterbliebene

Bei Empfängern einer Witwen- oder Witwerrente werden die Voraussetzungen für die KVdR grundsätzlich als erfüllt angesehen, wenn der Verstorbene bereits Rente bezog und in der KVdR versichert war. In diesen Fällen erübrigt sich regelmäßig die Prüfung der Vorversicherungszeit.

Durch diese Verfahrensweise ist sichergestellt, dass die Hinterbliebenen eines Rentners, welcher der gesetzlichen Krankenversicherung angehörte, auch selbst der KVdR angehören können, sofern für sie nicht besondere Ausschlussgründe (vergleiche Abschnitt 3) vorliegen.

ZUSAMMENFASSUNG

- Voraussetzungen für die KVdR sind einerseits das Bestehen und die Geltendmachung des Rentenanspruchs und andererseits die Erfüllung der Vorversicherungszeit.
- Grundregel für die Vorversicherungszeit ist die Neunzehntelbelegung in der 2. Hälfte der Rahmenfrist.
- Für bestimmte Personengruppen gelten Sonderregelungen, beispielsweise für Waisenrentner.
- Hinterbliebene eines Rentners, der selbst Mitglied der KVdR war, genießen Besitzschutz.

AUFGABEN ZUR SELBSTÜBERPRÜFUNG

1. Welche Anforderungen stellt der Gesetzgeber an die Versicherungspflicht in der KVdR?

2. Erläutern Sie den Begriff "Neunzehntelbelegung"!

3. Welche Besonderheiten gelten für Waisenrentner?

4. Wer entscheidet über die Versicherungspflicht in der KVdR?

5. Warum begründen "Leistungen für Kindererziehung" keine Versicherungspflicht in der KVdR?

Anmerkungen zur Pflegeversicherung:

- Die soziale Pflegeversicherung ist ebenfalls eine Pflichtversicherung, die kraft Gesetzes eintritt.
- Versicherungspflichtige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung unterliegen auch der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung.
- Anders als in der KVdR ist die Pflichtmitgliedschaft des Rentners in der sozialen Pflegeversicherung jedoch nicht von der Erfüllung bestimmter "persönlicher Voraussetzungen" abhängig.
- Freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherte sind ebenfalls versicherungspflichtig in der sozialen Pflegeversicherung, die beitragsrechtliche Behandlung erfolgt jedoch wie in der freiwilligen Krankenversicherung (vergleiche hierzu Abschnitte 5, 6 und 8).
- Auch anderweitig versorgte Personen mit Anspruch auf Heilfürsorge sowie Mitglieder anerkannter Solidargemeinschaften, unterliegen der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung; hier gelten jedoch Besonderheiten bezüglich der Beitragspflicht (vergleiche hierzu Abschnitte 5, 6 und 8).
- Privat Krankenversicherte sind nicht versicherungspflichtig in der sozialen Pflegeversicherung. Für diese Personen besteht jedoch die Verpflichtung zum Abschluss eines entsprechenden privaten Vertrages zur Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit.
- Personen, die aus der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung ausscheiden, können sich dort unter bestimmten Voraussetzungen freiwillig weiterversichern. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit des freiwilligen Beitritts zur sozialen oder privaten Pflegeversicherung nur für einen begrenzten Personenkreis (Zuwanderer und Auslandsrückkehrer).
- Unter bestimmten Voraussetzungen hatten allerdings Personen, die am 31.12.2001 nicht pflegeversichert waren (weil für sie weder Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung noch die Verpflichtung zum Abschluss eines privaten Pflegeversicherungsvertrages bestand) in der Zeit vom 1.1.2002 bis 30.6.2002 einmalig das Recht, der sozialen Pflegeversicherung freiwillig beizutreten.

Gesetzliche Grundlagen für die Versicherung in der sozialen Pflegeversicherung sind:	
§ 20 Absatz 1 Nummer 11 SGB XI	zur Versicherungspflicht bei einer Pflichtmitgliedschaft in der KVdR
§ 20 Absatz 1 Nummer 1 bis 10 und 12 SGB XI	zur Versicherungspflicht bei einer anderweitigen Pflichtmitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung, zum Beispiel als Beschäftigter
§ 20 Absatz 3 SGB XI	zur Versicherungspflicht bei einer freiwilligen Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung
§ 21 SGB XI	zur Versicherungspflicht von Personen mit Heilfürsorgeberechtigung
§ 21a SGB XI	zur Versicherungspflicht bei Mitgliedern anerkannter Solidargemeinschaften
§ 23 SGB XI	zur Versicherungspflicht von privat krankenversicherten Personen
§ 26 SGB XI	zur Weiterversicherung
§ 26a SGB XI	zum Beitrittsrecht

3. Ausschluss der Versicherungspflicht in der KVdR

LERNZIEL

- Sie können die Tatbestände benennen, die eine Versicherungspflicht in der KVdR ausschließen, und erläutern, was bei einer Befreiung von der Versicherungspflicht zu beachten ist.

3.1 Betroffene Personen

Die KVdR ist eine "nachrangige Versicherung". Versicherungspflicht in der KVdR tritt grundsätzlich nur ein, wenn der Rentner nicht bereits anderweitig pflichtversichert ist.

Darüber hinaus darf der Rentner nicht zu einem der Personenkreise gehören, die der Gesetzgeber als nicht schutzwürdig in der gesetzlichen Krankenversicherung erachtet hat. So sind beispielsweise hauptberuflich Selbständige, Beamte und Pensionäre von der KVdR ausgeschlossen.

Wer durch die Rentenantragstellung versicherungspflichtig in der KVdR wird, diese aber nicht wünscht, kann seinerseits die Versicherungspflicht durch einen fristgerechten Antrag auf Befreiung verhindern.

Die zuständige Krankenkasse entscheidet, ob die KVdR auf Grund eines Ausschlussgrundes nicht eintreten kann. Sie berücksichtigt dies bei ihrer Entscheidung über die Versicherungspflicht in der KVdR (vergleiche hierzu Abschnitt 2.1).

Beginnen oder enden Ausschlussgründe nach dem Zeitpunkt der erstmaligen Entscheidung der Krankenkasse, erfordert dies eine erneute Entscheidung. Diese Verfahrensweisen müssen Sie auch als Mitarbeitende des Rentenversicherungsträgers kennen und beachten.

Gesetzliche Grundlagen für den Ausschluss der Versicherungspflicht in der KVdR sind:

§ 5 Absatz 5 SGB V	bei selbständiger Erwerbstätigkeit
§ 5 Absatz 8 Satz 1 SGB V	bei anderweitiger Krankenversicherungs-pflicht
§ 5 Absatz 8 Satz 2 SGB V	bei Ausübung des Beitrittsrechts nach § 9 Absatz 1 Nummer 6 SGB V in der Fassung bis 10.5.2019
§ 6 Absatz 2 und 3, 3a SGB V	bei Krankenversicherungsfreiheit
§ 8 SGB V	hinsichtlich der Befreiung auf Antrag

3.2 Ausschluss kraft Gesetzes

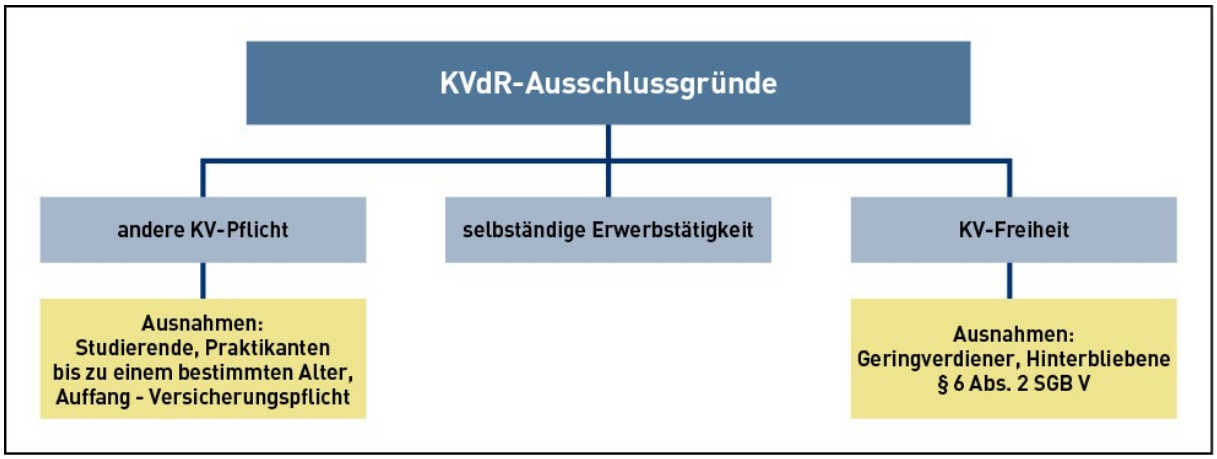
Im Kapitel 2 wurde Ihnen aufgezeigt, welche persönlichen Voraussetzungen erfüllt sein müssen, um der KVdR angehören zu können. Unter bestimmten Umständen kann es jedoch vorkommen, dass die persönlichen Voraussetzungen erfüllt sind und die KVdR trotzdem vorübergehend oder auch dauerhaft nicht zum Tragen kommt. Dies hat seinen Grund darin, dass für die Krankenversicherungspflicht als Rentner Rangfolgeregelungen gelten. Die KVdR ist in diesen Fällen kraft Gesetzes ausgeschlossen.

Das gilt insbesondere, wenn

- eine anderweitige Krankenversicherungspflicht besteht (§ 5 Absatz 8 Satz 1 SGB V),
- eine hauptberuflich selbständige Erwerbstätigkeit ausgeübt wird (§ 5 Absatz 5 SGB V) oder
- Versicherungsfreiheit für einen anderweitig gegen Krankheitskosten abgesicherten Personenkreis vorliegt (§ 6 SGB V).

Bei diesen Personen besteht zwar dem Grunde nach Versicherungspflicht in der KVdR, diese wird jedoch durch die nachfolgend dargestellten Rangfolgeregelungen ausgeschlossen.

Abbildung 3: KVdR-Ausschlussgründe



3.2.1 Anderweitige Krankenversicherungspflicht

Die KVdR wird kraft Gesetzes verdrängt (§ 5 Absatz 8 Satz 1 SGB V), wenn und solange anderweitig Krankenversicherungspflicht besteht, unter anderem als

- krankenversicherungspflichtig Beschäftigter oder Krankengeldbezieher (§ 5 Absatz 1 Nummer 1 SGB V, § 192 SGB V),
- Bezieher von Arbeitslosengeld (§ 5 Absatz 1 Nummer 2 SGB V) oder
- Bezieher von Grundsicherungsgeld (§ 5 Absatz 1 Nummer 2a SGB V).

Beispiel:

Der Rentner R. erfüllt die persönlichen Voraussetzungen für die KVdR und erhält ab dem 1.3.2026 Regelaltersrente nach § 35 SGB VI. Er gibt sein krankenversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis erst zum 31.5.2026 auf. Wann beginnt die KVdR?

Lösung

Durch die krankenversicherungspflichtige Beschäftigung wird die KVdR kraft Gesetzes zunächst verdrängt. Die KVdR beginnt somit erst am 1.6.2026.

Von dieser Regelung gibt es jedoch auch einige Ausnahmen:

Die Krankenversicherung der Studenten und Praktikanten nach § 5 Absatz 1 Nummer 9 und 10 SGB V ist ebenso eine Pflichtversicherung wie die seit dem 1.4.2007 bestehende Versicherungspflicht für Personen ohne anderweitige Absicherung im Krankheitsfall nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V (sogenannte „Auffang-Versicherungspflicht“). Gegenüber diesen beiden Arten der Krankenversicherungspflicht ist die KVdR jedoch kraft gesetzlicher Regelung ausnahmsweise vorrangig (§ 5 Absatz 7 und 8a SGB V).

Bei versicherungspflichtigen Studenten und Praktikanten gilt diese Vorrangregelung allerdings nur für die Zeit des Rentenbezuges, nicht dagegen für die Mitgliedschaft als Rentenantragsteller. Zudem endet der Vorrang der Versicherungspflicht als Waisenrentner (§ 5 Absatz 1 Nummer 11b Buchstabe a SGB V) gegenüber der Versicherungspflicht als Student oder Praktikant, wenn die Waise die Altersgrenzen für eine Familienversicherung (§ 10 Absatz 2 SGB V) erreicht, in der Regel also mit der Vollendung des 25. Lebensjahres. Von diesem Zeitpunkt an tritt somit die Versicherungspflicht als Student oder Praktikant ein. Welche beitragsrechtlichen Folgen dies für die Waise hat, erfahren sie in Abschnitt 5.2.3.

Keine Ausschlussversicherungen sind außerdem:

- die Familienversicherung (§ 10 SGB V)
  und
- die freiwillige Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 9 SGB V).

Diese Versicherungen enden, wenn die Voraussetzungen für die KVdR erfüllt sind und keine anderen Ausschlusstatbestände (wie zum Beispiel die Ausübung einer versicherungsfreien Beschäftigung, siehe Abschnitt 3.2.3) vorliegen.

Auch die Versicherung bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen stellt allein keinen Ausschlussgrund dar. Die KVdR tritt auch hier ungehindert ein, sofern keine sonstigen Ausschlussgründe gegeben sind (vergleiche hierzu die folgenden Ausführungen unter den Abschnitten 3.2.2 und 3.2.3). Wünscht der Rentner jedoch, sich weiterhin ausschließlich privat gegen seine Krankheitskosten zu versichern, besteht eine Befreiungsmöglichkeit (siehe hierzu Abschnitt 3.3).

3.2.2 Selbständige Erwerbstätigkeit

Die KVdR ist ausgeschlossen, wenn noch hauptberuflich eine selbständige Erwerbstätigkeit ausgeübt wird (§ 5 Absatz 5 SGB V). Sie kann erst mit Aufgabe dieser Erwerbstätigkeit eintreten.

Hauptberuflich ist eine selbständige Erwerbstätigkeit, wenn sie von der wirtschaftlichen Bedeutung und dem zeitlichen Aufwand her den Mittelpunkt der Erwerbstätigkeit darstellt. Die Krankenkasse beurteilt dies anhand der tatsächlichen Verhältnisse im jeweiligen Einzelfall.

Beispiel:

Die 50-jährige Witwe W. erhält aus der Versicherung des verstorbenen Ehemannes ab dem 15.1.2026 eine Witwenrente nach § 46 SGB VI. Die Voraussetzungen für die KVdR sind auf Grund früherer Mitgliedszeiten erfüllt. Sie ist als Inhaberin eines Einzelhandelsgeschäftes hauptberuflich selbständig erwerbstätig und war bislang freiwillig versichert.
Wann beginnt die KVdR?

Lösung

Die KVdR ist wegen der hauptberuflich selbständigen Tätigkeit ausgeschlossen. Sie kann erst nach deren Beendigung beginnen.

3.2.3 Krankenversicherungsfreiheit

Die KVdR tritt nicht ein, wenn der Rentner oder Rentenantragsteller aufgrund eines anderen Sachverhalts krankenversicherungsfrei ist.

Erst wenn die Krankenversicherungsfreiheit endet, kann die KVdR wirksam werden. Sie tritt damit so lange nicht ein, wie der Rentner eine Beschäftigung ausübt, in der er wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungsfrei ist (§ 6 Absatz 1 Nummer 1 SGB V).

Beispiel 1:

Rentner E. ist freiwilliges Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse. Er erfüllt auf Grund früherer Mitgliedszeiten die persönlichen Voraussetzungen für die KVdR und erhält ab dem 1.2.2026 Regelaltersrente nach § 35 SGB VI. Sein wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze krankenversicherungsfreies Beschäftigungsverhältnis gibt er erst am 31.7.2026 auf.
Wann beginnt die KVdR?

Lösung

Durch die krankenversicherungsfreie Beschäftigung wird die KVdR kraft Gesetzes verdrängt. Sie beginnt somit erst am 1.8.2026. Bis zum 31.7.2026 besteht die freiwillige Mitgliedschaft fort.

Wenn allerdings Krankenversicherungsfreiheit wegen der Ausübung einer geringfügigen Beschäftigung vorliegt (§ 7 SGB V in Verbindung mit §§ 8, 8a SGB IV), steht sie der KVdR nicht entgegen. Da aus der geringfügigen Beschäftigung kein Krankenversicherungsschutz abgeleitet werden kann, besteht hier besondere Veranlassung, diese Rentner unter den Schutz der KVdR zu stellen.

Personen, deren Krankenversicherungsfreiheit im Allgemeinen überhaupt nicht endet, weil sie anderweitig gegen Krankheitskosten abgesichert sind, werden gänzlich von der KVdR ausgeschlossen.

Das gilt zum Beispiel für

- Beamte, Richter, Berufssoldaten und sonstige Beschäftigte des öffentlichen Dienstes, wenn sie nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Fortzahlung der Bezüge und auf Beihilfe oder Heilfürsorge haben (§ 6 Absatz 1 Nummer 2 SGB V)

  sowie
- Ruhegeldempfänger der oben genannten Personenkreise und Empfänger von Hinterbliebenenversorgung (§ 6 Absatz 1 Nummer 6 SGB V).

Beispiel 2:

Der Rentner N. erfüllt aus der Versicherung seiner verstorbenen Ehefrau die persönlichen Voraussetzungen für die KVdR und erhält ab dem 1.3.2026 Witwerrente nach § 46 SGB VI sowie gleichzeitig Ruhegehalt als Polizeibeamter im Ruhestand.
Wann beginnt die KVdR?

Lösung

Als Ruhegehaltsempfänger ist für den Rentner die KVdR auf Dauer ausgeschlossen.

In diesem Zusammenhang sollten Sie wissen, dass die KVdR bei Empfängern einer Hinterbliebenenversorgung (zum Beispiel bei Witwen von Beamten) nur ausgeschlossen ist, wenn sie eine Hinterbliebenenrente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen (§ 6 Absatz 2 SGB V). Erhalten sie dagegen eine Rente aus eigener Versicherung, kann die KVdR eintreten.

Ebenfalls gänzlich von der KVdR ausgeschlossen sind Rentner, die bei Eintritt der Versicherungspflicht das 55. Lebensjahr bereits vollendet haben und für die in den letzten 5 Jahren vor Beginn der KVdR kein gesetzlicher Krankenversicherungsschutz aufgrund einer Pflicht-, Familien- oder freiwilligen Versicherung bestand. Die Versicherungsfreiheit tritt jedoch nur ein, wenn der betroffene Rentner innerhalb des maßgebenden Fünfjahreszeitraumes mindestens die Hälfte der Zeit (2 Jahre und 6 Monate) versicherungsfrei, von der Versicherungspflicht befreit oder als hauptberuflich selbständig Erwerbstätiger (§ 5 Absatz 5 SGB V) nicht versicherungspflichtig gewesen ist oder mit einer Person verheiratet war, die diese Voraussetzungen erfüllt. Bei Antragstellern, die zum Zeitpunkt der Beantragung einer Rente (dies betrifft vor allem Hinterbliebenenrenten) bereits aus dem Erwerbsleben ausgeschieden sind, wird die Prüfung dieser Voraussetzung nicht auf den Antragszeitpunkt, sondern auf den Zeitpunkt ihres Ausscheidens aus dem Erwerbsleben abgestellt (§ 6 Absatz 3a Satz 3 SGB V).

Bei Vorliegen der vorgenannten Voraussetzungen ist auch jede andere Art der Versicherungspflicht (zum Beispiel als Beschäftigter) ausgeschlossen. Lediglich für Personen, die von der sogenannten „Auffang-Versicherungspflicht“ nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V erfasst werden, findet die Vorschrift des § 6 Absatz 3a SGB V keine Anwendung.

Beispiel 3:

Die 58-jährige Witwe K. erfüllt aus der Versicherung des verstorbenen Ehemannes die persönlichen Voraussetzungen für die KVdR und erhält ab dem 15.3.2026 eine Witwenrente nach § 46 SGB VI. Sie ist seit 20 Jahren als Inhaberin eines Einzelhandelsgeschäftes hauptberuflich selbständig erwerbstätig und in dieser Zeit immer privat krankenversichert gewesen.
Wann beginnt die KVdR?

Lösung

Da die Rentenberechtigte bei Eintritt der Versicherungspflicht das 55. Lebensjahr bereits vollendet hat, innerhalb der letzten fünf Jahre vor Beginn der Versicherungspflicht (15.3.2021 bis 14.3.2026) nicht gesetzlich krankenversichert und wenigstens die Hälfte dieser Zeit als hauptberuflich selbständig Erwerbstätige nicht versicherungspflichtig war, ist die KVdR für sie auf Dauer ausgeschlossen.

Die KVdR ist ferner ausgeschlossen, wenn der Rentner bereits früher von der Krankenversicherungspflicht befreit wurde. Das ist beispielsweise der Fall, wenn der Rentner schon eine Rente bezieht (zum Beispiel eine Witwerrente) und bei dieser Rente eine Befreiung von der KVdR ausgesprochen worden ist. Der Rentner ist bei der hinzutretenden weiteren Rente (zum Beispiel einer Regelaltersrente) als krankenversicherungsfrei anzusehen (§ 6 Absatz 3 SGB V).

Schließlich ist die KVdR auch in den Fällen auf Dauer ausgeschlossen, in denen der Rentner im Rahmen der Umsetzung des BVerfG-Beschlusses vom 15.3.2000 (Az.: 1 BvL 16/96 u. a.) von seinem Beitrittsrecht nach § 9 Absatz 1 Nummer 6 SGB V in der Fassung bis 10.05.2019 (wie unter Abschnitt 2.3 beschrieben) Gebrauch gemacht hat (§ 5 Absatz 8 Satz 2 SGB V). Gleiches gilt für bislang familienversicherte Rentner, wenn der Stammversicherte dieses Optionsrecht ausgeübt hat.

3.3 Befreiung

Sind die Voraussetzungen für die KVdR erfüllt, tritt im Normalfall auch Versicherungspflicht in der KVdR ein. In Abschnitt 3.2 konnten Sie jedoch bereits erfahren, dass trotzdem – kraft Gesetzes – Ausschlussgründe bestehen können. Darüber hinaus kann es nun in Ausnahmefällen dazu kommen, dass die Voraussetzungen für die KVdR erfüllt sind, kein Ausschlussgrund vorliegt und trotzdem der Schutz der KVdR vom Beteiligten selbst nicht gewünscht wird. Das kann zum Beispiel der Fall sein, wenn der Rentner bereits bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert ist und dort auch versichert bleiben will. Möchte er also von sich aus (anders als in Abschnitt 3.2 erläutert) von der gesetzlichen Krankenversicherung Abstand nehmen, muss er von seinem Recht auf Befreiung Gebrauch machen.

3.3.1 Befreiungsrecht

Die Befreiung von der Versicherungspflicht in der KVdR wird auf Antrag von der Krankenkasse ausgesprochen. Der Antragsteller muss sich dabei an die Krankenkasse wenden, bei der zur Zeit der Rentenantragstellung eine Krankenversicherung besteht. Liegt im Zeitpunkt der Rentenantragstellung keine gesetzliche Krankenversicherung vor – weil zum Beispiel der verstorbene Ehegatte die Vorversicherungszeit erfüllt hat –, ist der Befreiungsantrag an die Krankenkasse zu richten, bei der zuletzt eine Versicherung durchgeführt worden ist. War der Rentenantragsteller bisher zu keinem Zeitpunkt Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse, hat er den Antrag an eine von ihm gewählte Krankenkasse (vergleiche hierzu Abschnitt 4.2) weiterzuleiten.

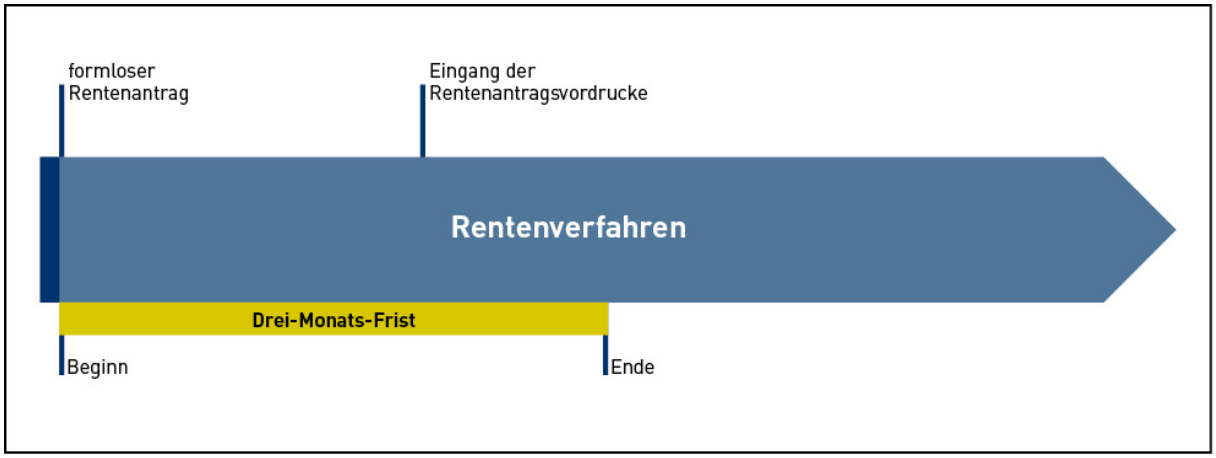
Der Antrag ist dort innerhalb von drei Monaten nach Beginn der Versicherungspflicht in der KVdR zu stellen. Wird die Frist nicht eingehalten, ist eine Befreiung nicht mehr zulässig (siehe auch Abbildung 4).

Wurde bereits vor Abgabe der ausgefüllten Rentenantragsformulare mündlich oder schriftlich bei einer amtlichen Stelle, die zur Antragsaufnahme berechtigt ist, eine Rente beantragt, so besteht schon von diesem Zeitpunkt an Versicherungspflicht in der KVdR. Die Dreimonatsfrist rechnet hier somit schon vom Zeitpunkt der ersten mündlichen oder schriftlichen Rentenantragstellung an. Das gilt ebenso für den von einer Witwe oder einem Witwer beim Renten Service der Deutschen Post AG gestellten Antrag auf einen Vorschuss für das so genannte Sterbevierteljahr.

Seit dem 1.8.2013 wird die Befreiung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung jedoch nur noch wirksam, wenn das Mitglied gegenüber der Krankenkasse eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall (zum Beispiel das Bestehen eines privaten Krankenversicherungsvertrages) nachweist. Wird dieser Nachweis nicht erbracht, bleibt der Versicherungsschutz in der gesetzlichen Krankenversicherung bestehen[41].

Dagegen ist das Recht auf Befreiung nicht davon abhängig, dass der Antragsteller erstmals versicherungspflichtig wird (§ 8 Absatz 1 Satz 2 SGB V[42]). Die Befreiung von der KVdR ist demnach auch dann möglich, wenn der Rentner oder Rentenantragsteller unmittelbar vor Eintritt der Versicherungspflicht in der KVdR bereits aus anderen Gründen (zum Beispiel aufgrund einer Beschäftigung) versicherungspflichtig war.

Abbildung 4: Befreiungsfrist



[41] Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung vom 15.7.2013 (BGBl. I, Seite 2423)

[42] Gesetz zur Beitragsentlastung der Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versichertenentlastungsgesetz – GKV-VEG) vom 11.12.2018 (BGBl. 1, Seite 2387)

3. Ausschluss der Versicherungspflicht in der KVdR

3.3.2 Wirkung der Befreiung

Hat die Krankenkasse eine Befreiung einmal ausgesprochen, kann diese später nicht widerrufen werden. Die Befreiung wirkt für die Dauer des gesamten Rentenbezuges. Solange die Rente ununterbrochen bezogen wird, ist die KVdR somit ausgeschlossen. Auch wenn zu der bereits gezahlten eine weitere Rente hinzutritt (zum Beispiel, wenn eine Witwenrentenbezieherin eine Altersrente beantragt), verbleibt es bei der Befreiung (§ 6 Absatz 3 SGB V).

Wird dagegen während des Rentenbezuges eine krankenversicherungspflichtige Beschäftigung aufgenommen, tritt die Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 1 SGB V trotz der Befreiung von der KVdR ein.

Für einen von der Versicherungspflicht befreiten Rentner sind sowohl die Familienversicherung (§ 10 SGB V) als auch die freiwillige Mitgliedschaft in einer gesetzlichen Krankenkasse (§ 9 SGB V) ausgeschlossen. Die Befreiung zugunsten einer sogenannten „Auffang-Versicherungspflicht“ nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V ist ebenfalls nicht möglich.

Die Befreiung endet erst mit dem Wegfall oder dem endgültigen Entzug der Rente. Sie gilt auch dann weiter, wenn beispielsweise im Anschluss an eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit eine Altersrente gezahlt wird.

ZUSAMMENFASSUNG

- Ausschlussgründe für die KVdR sind:
  - anderweitige Krankenversicherungspflicht, zum Beispiel als Beschäftigter,
  - selbständige Erwerbstätigkeit, wenn diese hauptberuflich ausgeübt wird,
  - Krankenversicherungsfreiheit, beispielsweise bei Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze in der Krankenversicherung oder bei Beamten.
- Kein Ausschluss der KVdR ist beispielsweise gegeben bei:
  - Versicherungspflicht als Student oder Praktikant (bis zum Erreichen bestimmter Altersgrenzen)
    oder
  - Familienversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung.
- Für die Befreiung gilt:
  - Es sind ein fristgerechter Antrag sowie der Nachweis einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall notwendig.
  - Die Befreiung setzt nicht voraus, dass der Rentenantragsteller erstmals versicherungspflichtig wird.
  - Ein Widerruf ist nicht möglich.
  - Sie wirkt auch auf weitere Renten, nicht jedoch auf eine versicherungspflichtige Beschäftigung.

AUFGABEN ZUR SELBSTÜBERPRÜFUNG

6. Erläutern Sie den Begriff "nachrangige Versicherung"!

7. Welche Bedeutung hat das Ausüben einer selbständigen Erwerbstätigkeit für die KVdR?

8. Nennen Sie eine Personengruppe, die zwar während des Erwerbslebens krankenversicherungsfrei ist, bei der aber nach Beschäftigungsaufgabe die KVdR nicht ausgeschlossen ist!

9. Wie lang ist die Frist für eine Befreiung von der Versicherungspflicht in der KVdR und wann beginnt sie?

10. Welche zusätzliche Voraussetzung muss seit dem 1.8.2013 erfüllt sein, damit die Befreiung wirksam wird?

11. Welche Wirkung hat eine Befreiung von der Versicherungspflicht in der KVdR auf einen weiteren Rentenantrag?

Anmerkungen zur Pflegeversicherung

- Ein grundsätzliches Recht zur Befreiung – wie zum Beispiel in der Krankenversicherung aus Anlass der Rentenantragstellung – besteht in der sozialen Pflegeversicherung nicht.
- Die Befreiung in der gesetzlichen Krankenversicherung gilt auch für die soziale Pflegeversicherung.
- Personen, deren Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung auf einer freiwilligen Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung beruht, haben jedoch das Recht, innerhalb von drei Monaten nach Eintritt dieser Versicherungspflicht bei der Pflegekasse die Befreiung hiervon zu beantragen.
- Voraussetzung ist der Nachweis eines gleichwertigen Versicherungsvertrages bei einem privaten Versicherungsunternehmen, der alle Familienangehörigen einschließt, die sonst nach § 25 SGB XI in der sozialen Pflegeversicherung familienversichert wären.
- Bei Inkrafttreten des PflegeVG am 1.1.1995 galten sowohl hinsichtlich des Befreiungsrechts an sich als auch in Bezug auf die Antragsfrist bestimmte Übergangsregelungen.

Gesetzliche Grundlagen für die Befreiung von der sozialen Pflegeversicherung sind:

§ 22 SGB XI	bei freiwilligen Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung
Artikel 41 Absatz1 PflegeVG	als Übergangsregelung zur Antragsfrist
Artikel 42 PflegeVG	als Übergangsregelung für Personen, die bereits vor dem 23.6.1993 privat pflegeversichert waren.

4. Mitgliedschaft bei der zuständigen Krankenkasse

LERNZIEL

- Sie können erklären, welche Krankenkassen im Rahmen des bestehenden Krankenkassenwahlrechts für die Durchführung der KVdR in Frage kommen, sowie erläutern, wann die Mitgliedschaft für Rentner und Rentenantragsteller beginnt und endet.

4.1 Durchführung der KVdR

In den Kapiteln 2 und 3 haben Sie erfahren, welche Voraussetzungen einerseits erfüllt sein müssen und welche Ausschlussgründe andererseits nicht vorliegen dürfen, damit der Rentner in der KVdR zu versichern ist. Bei der Vielzahl der Krankenkassen, die das gegliederte System der gesetzlichen Krankenversicherung kennt, stellt sich nunmehr die Frage, welche Krankenkasse die entsprechenden Prüfungen vornimmt und – sofern Versicherungspflicht in der KVdR besteht – für die Mitgliedschaft des Rentners zuständig ist.

Auch für den Rentner gilt das in der gesetzlichen Krankenversicherung bestehende allgemeine Krankenkassenwahlrecht. So hat er grundsätzlich die Möglichkeit, seine Krankenkasse frei zu bestimmen.

Besteht nach den gesetzlichen Vorschriften Versicherungspflicht in der KVdR und ist im Rahmen des Krankenkassenwahlrechts geklärt, welche Krankenkasse zuständig sein soll, führt diese Krankenkasse den Rentner als Mitglied. Besondere gesetzliche Regelungen bestimmen Beginn und Ende dieser Mitgliedschaft. Entsprechendes gilt für den Fall, dass es nicht zur Rentenbewilligung kommt, also nur eine Mitgliedschaft als Rentenantragsteller bestanden hat.

Gesetzliche Grundlagen zur Bestimmung der Krankenkassenzuständigkeit und der Mitgliedschaft sind:

§ 4 SGB V	für die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung
§§ 173, 174 SGB V	für die Krankenkassenwahlrechte
§ 175 SGB V	für die Ausübung des Wahlrechts
§ 186 Absatz 9, 10, § 190 Absatz 11, 11a SGB V	für den Beginn und das Ende der Mitgliedschaft in der KVdR
§ 189 SGB V	für die Mitgliedschaft von Rentenantragstellern

4.2 Zuständige Krankenkasse

Träger der gesetzlichen Krankenversicherung sind die Krankenkassen (§ 4 SGB V).
Von diesen gesetzlichen Krankenkassen wird die KVdR durchgeführt.

Daher kann eine Ortskrankenkasse (AOK), eine Betriebskrankenkasse (BKK), eine Innungskrankenkasse (IKK), die Knappschaft oder eine Ersatzkasse zuständig sein.

Ausgenommen von der Durchführung der KVdR ist jedoch die landwirtschaftliche Krankenkasse. Hierbei handelt es sich zwar auch um eine gesetzliche Krankenkasse, bei der Rentner versichert sein können. Die landwirtschaftliche Krankenkasse führt jedoch nur die Versicherung nach dem KVLG 1989 (Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte) durch. Für die KVdR ist sie nicht zuständig.

4.2.1 Allgemeines Krankenkassenwahlrecht

In der gesetzlichen Krankenversicherung gilt ein allgemeines Krankenkassenwahlrecht. Damit haben auch die in der KVdR versicherten Rentner und Rentenantragsteller grundsätzlich das Recht, ihre Krankenkasse frei zu wählen. Eine durch Gesetz vorgeschriebene Zuweisung einer Krankenkasse – und damit eine Zuständigkeit kraft Gesetzes – besteht grundsätzlich nicht. Das allgemeine Krankenkassenwahlrecht ist eine Folge der Wettbewerbsfreiheit, die der Gesetzgeber den Krankenkassen einräumt und die sich letztlich nur erreichen lässt, wenn den Mitgliedern die Möglichkeit eröffnet wird, zwischen verschiedenen Krankenkassen frei zu wählen.

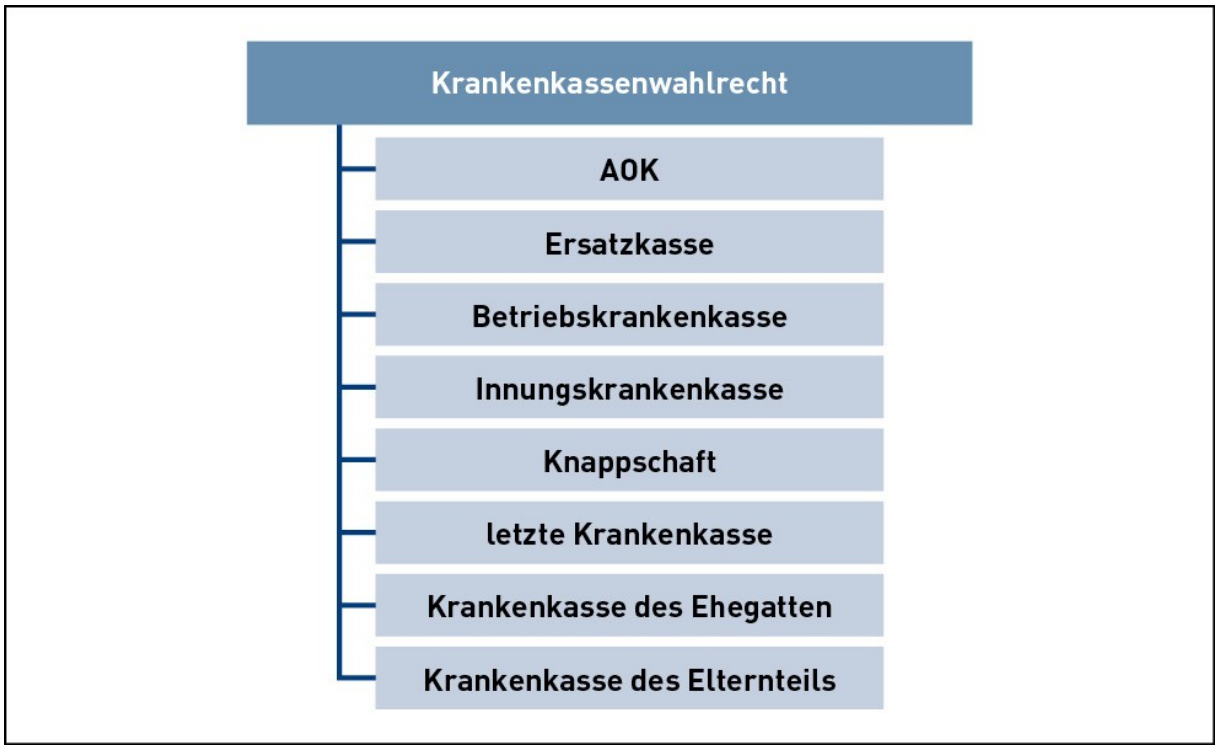
Folgende Krankenkassen kann ein Rentner wählen:

- die AOK des Beschäftigungs- oder Wohnortes,
- jede Ersatzkasse,
- eine Betriebs- oder Innungskrankenkasse, sofern deren Satzung dies vorsieht (sogenannte „Öffnungsregelung“),
- eine Betriebskrankenkasse, wenn er in einem Betrieb beschäftigt ist, für den diese Betriebskrankenkasse besteht,
- die Knappschaft,
- die Krankenkasse, bei der vor Beginn der KVdR zuletzt eine Pflichtversicherung, eine freiwillige Mitgliedschaft oder eine Familienversicherung bestanden hat.
- die Krankenkasse, bei der der Ehegatte oder Lebenspartner versichert ist,
- die Krankenkasse, bei der ein Elternteil versichert ist.

Die landwirtschaftliche Krankenkasse ist keine für Rentner frei wählbare Krankenkasse. Für die Mitgliedschaft bei dieser Krankenkasse gelten nach wie vor gesetzlich festgelegte Sonderzuständigkeiten.

Bis zum 31.3.2007 gab es auch für die Knappschaft besondere Zuständigkeitsregelungen und Wahlrechte. Seit dem 1.4.2007 steht diese Krankenkasse jedoch allen Versicherten (also auch Rentnern) offen.

Abbildung 5: Krankenkassenwahlrecht



4.2.2 Ausübung des Wahlrechts

Für die Ausübung des Krankenkassenwahlrechtes gelten bestimmte Regeln:

Seit dem 1.1.2021 besteht für Rentner anlässlich des Beginns einer Mitgliedschaft als Rentenantragsteller oder einer Mitgliedschaft in der KVdR ein sofortiges Krankenkassenwahlrecht. Das bedeutet, sie können ohne Kündigung und unabhängig von der Dauer der Mitgliedschaft bei der bisherigen Krankenkasse für die Durchführung der KVdR-Mitgliedschaft eine andere Krankenkasse wählen.[43]

Später sind sie bei der Wahl einer Krankenkasse an die allgemeine Bindungsfrist von 12 Monaten gebunden[44]. Außerdem bedarf es dann für den Wechsel der Krankenkasse einer Kündigung der bisherigen Mitgliedschaft. Die Kündigung der Mitgliedschaft wird zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats, gerechnet von dem Monat, in dem sie erklärt wird, wirksam. Das gilt sowohl für pflichtversicherte als auch für freiwillig versicherte Rentner.

> **Beispiel:**
>
> Ein in der KVdR pflichtversicherter Rentner ist seit dem 1.1.2018 Mitglied in der Krankenkasse „X“.
> Am 18.2.2026 kündigt er diese Mitgliedschaft und beschließt, der Krankenkasse „Y“ beizutreten.
> Wann beginnt die Mitgliedschaft in der neuen Krankenkasse?

[43] Gesetz für bessere und unabhängigere Prüfungen (MDK-Reformgesetz) vom 14.12.2019 (BGBl. I, Seite 2789)

[44] Bis zum 31.12.2020 betrug die allgemeine Bindungsfrist an eine gewählte Krankenkasse 18 Monate.

Lösung

Der Rentner hat die Möglichkeit, die Krankenkasse zu wechseln, da er bereits mehr als 12 Monate bei seiner „alten“ Krankenkasse versichert war. Die Mitgliedschaft in der Krankenkasse „Y“ beginnt am 1.5.2026.

Ein außerordentliches Kündigungsrecht ohne Einhaltung der zwölfmonatigen Bindungsfrist besteht, wenn die Krankenkasse ihren Zusatzbeitragssatz erhöht (vergleiche hierzu Abschnitt 5.2.4). Auf dieses Sonderkündigungsrecht muss die Krankenkasse ihre Mitglieder im Übrigen spätestens einen Monat vor Ablauf des Monats, für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird, in einem gesonderten Schreiben hinweisen.

Der Krankenversicherte bindet als Mitglied die mit ihm versicherten Familienangehörigen an die von ihm gewählte Krankenkasse. Die Familienangehörigen selbst haben also kein eigenes Wahlrecht.

Bei Versicherten, die sich für einen der Wahltarife ihrer Krankenkasse entschieden haben (§ 53 SGB V), gelten neben den oben beschriebenen Regelungen besondere Mindestbindungsfristen. Je nach Art des Wahltarifs ist der Versicherte ab Eintritt in den jeweiligen Tarif 1 oder 3 Jahre an seine Krankenkasse gebunden, und zwar auch dann, wenn die allgemeine Bindungsfrist von 12 Monaten zwischenzeitlich bereits abgelaufen ist.

4.3 Mitgliedschaft in der KVdR

Damit derjenige, der von der KVdR erfasst wird, auch eine Betreuung (insbesondere die Leistungserbringung) durch seine Krankenkasse erlangen kann, bedarf es der Mitgliedschaft.

4.3.1 Beginn

Krankenversicherungsschutz soll für den Rentenantragsteller vom frühestmöglichen Zeitpunkt an bestehen. Daher beginnt die Mitgliedschaft in der KVdR mit dem Tag der Stellung des Rentenantrags (§ 186 Absatz 9 SGB V). Somit liegt es in der Hand des Versicherten, durch eine rechtzeitige Rentenantragstellung eine Unterbrechung des Krankenversicherungsschutzes zu vermeiden.

Als Rentenantragsdatum ist jedoch nicht unbedingt der Tag maßgebend, an dem der Rentenantrag bei einem Rentenversicherungsträger eingeht. Bereits der Tag, an dem der Antrag bei einer nach § 16 SGB I zur Entgegennahme von Rentenanträgen befugten Stelle, zum Beispiel dem Versicherungsamt, gestellt wird, ist für den Beginn der Mitgliedschaft von Bedeutung. Der von einer Witwe oder einem Witwer bei der Deutschen Post AG, Renten Service gestellte Antrag auf Sterbequartalsvorschuss ist ebenso als Rentenantragstellung anzusehen (vergleiche § 115 Absatz 2 SGB VI).

Für die Rentenantragstellung gelten hier somit dieselben Regeln, die Sie bereits im Zusammenhang mit der Befreiung von der Versicherungspflicht in der KVdR kennen gelernt haben (vergleiche hierzu Abschnitt 3.3.1).

Beispiel:

Tod des Rentners:	17.3.2026
Antrag auf Sterbequartalsvorschuss beim Renten Service:	14.4.2026
Entgegennahme des Rentenantrags beim Versicherungsamt:	12.5.2026
Eingang des Rentenantrags beim Rentenversicherungsträger:	15.5.2026

Wann beginnt die Mitgliedschaft in der KVdR?

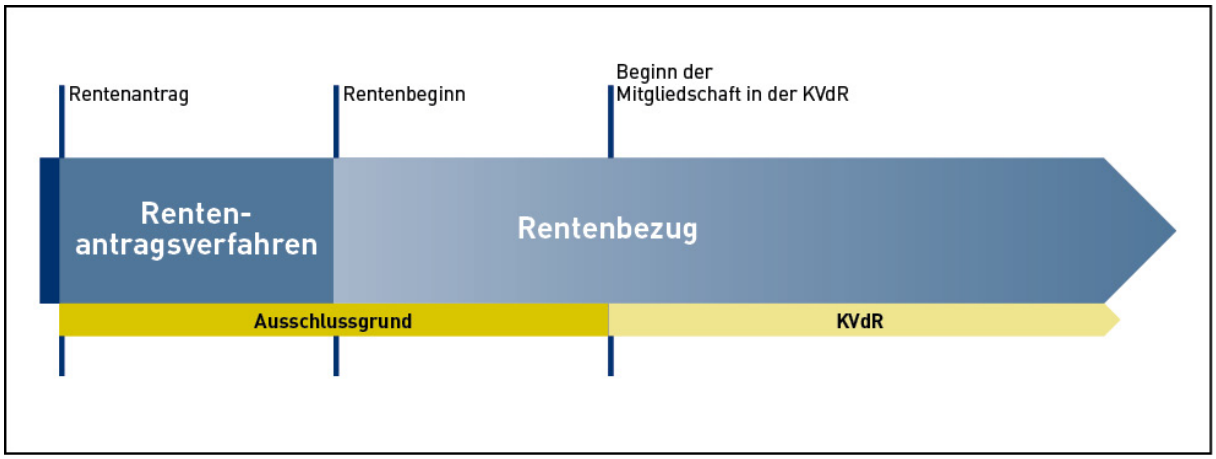
Lösung

Die Mitgliedschaft beginnt bereits am	14.4.2026

Werden Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben erfolglos erbracht oder ist ein Erfolg von vornherein nicht zu erwarten, gilt unter den Voraussetzungen des § 116 Absatz 2 SGB VI der Antrag auf diese Leistungen als Rentenantrag. Hier ist der Tag der Stellung des Antrages auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben für den Beginn der Mitgliedschaft in der KVdR maßgebend.

In Abschnitt 3.2 wurde Ihnen aufgezeigt, dass die KVdR auch ausgeschlossen sein kann. Im Falle eines Ausschlusses kann die Mitgliedschaft in der KVdR erst dann beginnen, wenn die Versicherungspflicht in der KVdR einsetzt. Liegt am Tag der Rentenantragstellung ein Ausschlussgrund vor – wird die KVdR also hinausgeschoben –, beginnt die Mitgliedschaft somit erst mit dem Tag nach Wegfall des Ausschlussgrundes (siehe Abbildung 6).

Abbildung 6: Beginn der Mitgliedschaft in der KVdR



Hinsichtlich des Krankenkassenwahlrechts (vergleiche Abschnitt 4.2.1) ist Folgendes zu beachten: Kündigt ein krankenversicherungspflichtiger Rentner seine Mitgliedschaft bei seiner bisherigen Krankenkasse, beginnt die Mitgliedschaft bei seiner neu gewählten Krankenkasse mit dem Tag nach Eintritt der Rechtswirksamkeit dieser Kündigung.

4.3.2 Ende

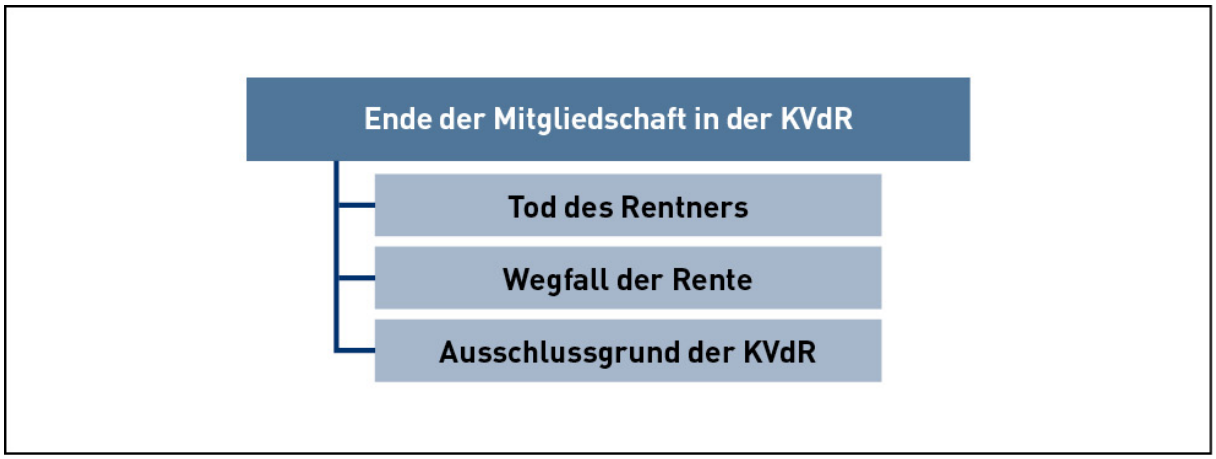
Die Mitgliedschaft in der KVdR endet mit dem Tod des Rentenberechtigten.

Bei Wegfall der Rente endet die Mitgliedschaft mit Ablauf des Monats, in dem der Bescheid des Rentenversicherungsträgers über den Wegfall des Rentenanspruches unanfechtbar wird. Frühestens endet sie jedoch mit Ablauf des Monats, für den das letzte Mal Rente zu zahlen ist (§ 190 Absatz 11 SGB V).

Tritt ein Ausschlusstatbestand (vergleiche Kapitel 3) ein, endet die KVdR ebenfalls (siehe Abbildung 7).

Wird eine Rente ausschließlich für die Vergangenheit bewilligt und entsteht keine laufende Zahlung, endet die KVdR-Mitgliedschaft mit Ablauf des Monats, in dem die Entscheidung über den Rentenanspruch unanfechtbar wird.

Abbildung 7: Ende der Mitgliedschaft in der KVdR



4.4 Mitgliedschaft als Rentenantragsteller

Damit der Rentenantragsteller sofort den Schutz der Krankenversicherung genießt, beginnt die Mitgliedschaft – sofern keine vorrangige Versicherung besteht – ab Rentenantragstellung.

Das hat für die Rentenantragsteller, deren Rentenantrag abgelehnt wird, besondere Bedeutung. Da diesem Personenkreis der Krankenversicherungsschutz rückwirkend nicht genommen werden soll, gilt die Zeit von der Rentenantragstellung bis zur Bindungswirkung der Entscheidung über die Rentenablehnung als Rentenantragstellermitgliedschaft (§ 189 SGB V).

Erkennt der Rentenversicherungsträger dagegen den Rentenanspruch an, wird vom Beginn der Rente an die Rentenantragstellermitgliedschaft durch die „echte“ KVdR-Mitgliedschaft abgelöst. Für Zeiten vor dem Rentenbeginn verbleibt es allerdings auch hier bei der Mitgliedschaft als Rentenantragsteller.

4.4.1 Beginn

Für den Beginn der Rentenantragstellermitgliedschaft finden dieselben Regeln Anwendung, die Sie bereits in Abschnitt 4.3.1 kennen gelernt haben. Es gilt also der Tag der Rentenantragstellung, vorausgesetzt, es liegen keine Ausschlussgründe vor.

4.4.2 Ende

Die Rentenantragstellermitgliedschaft endet mit dem Tod des Rentenantragstellers, dem Tag der Rücknahme des Rentenantrags oder dem Tag, an dem die Rentenablehnung unanfechtbar wird.

Erhebt der Rentenantragsteller gegen den Rentenablehnungsbescheid Widerspruch oder Klage, besteht die Mitgliedschaft als Rentenantragsteller auch für die Dauer des Streitverfahrens fort.

4.5 Freiwillige Mitgliedschaft

Nicht jeder Rentenantragsteller, der zuletzt Pflichtmitglied bei einer gesetzlichen Krankenkasse war, erfüllt die persönlichen Voraussetzungen für die Versicherungspflicht in der KVdR. Kann ein Rentenantragsteller zum Beispiel die notwendige Vorversicherungszeit nicht vorweisen (siehe auch Kapitel 2), wird die Versicherung automatisch als freiwillige Mitgliedschaft fortgesetzt (sogenannte obligatorische Anschlussversicherung nach § 188 Absatz 4 SGB V). Etwas anderes gilt nur dann, wenn der Rentenantragsteller innerhalb von zwei Wochen nachdem ihn die Krankenkasse darauf hingewiesen hat, seinen Austritt erklärt und das Bestehen eines anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall (zum Beispiel eine private Krankenversicherung) nachweist.

Gleiches gilt – bei nicht erfüllten persönlichen Voraussetzungen für eine KVdR-Mitgliedschaft –, wenn die Familienversicherung eines Rentners endet (zum Beispiel wegen Überschreitens des zulässigen Gesamteinkommens).

Eine bereits bestehende freiwillige Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung kann als Rentner bei Nichterfüllung der Voraussetzungen für die KVdR ebenfalls fortgesetzt werden.

Beispiel:

Die Versicherte V. beantragt Regelaltersrente (§ 35 SGB VI) für die Zeit ab 1.7.2026. Ihr krankenversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis endet am 30.6.2026. Die persönlichen Voraussetzungen für die Versicherungspflicht in der KVdR sind nicht erfüllt. Eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall liegt nicht vor.
Welcher Krankenversicherungsschutz besteht ab Rentenbeginn?

Lösung

Die Mitgliedschaft der Rentenantragstellerin wird nach § 188 Absatz 4 SGB V von ihrer Krankenkasse im Wege der sogenannte obligatorischen Anschlussversicherung über den Rentenbeginn (1.7.2026) hinaus als freiwillige Mitgliedschaft fortgesetzt.

ZUSAMMENFASSUNG

- Die KVdR wird von den gesetzlichen Krankenkassen durchgeführt.
- Zuständig ist grundsätzlich die gewählte Krankenkasse.
- Anlässlich des Beginns einer Mitgliedschaft als Rentenantragsteller oder einer KVdR-Mitgliedschaft besteht ein sofortiges Krankenkassenwahlrecht. Später sind Rentenantragsteller und Rentner grundsätzlich 12 Monate an die Wahl der Krankenkasse gebunden.
- Die Mitgliedschaft beginnt bei Rentenantragstellung und endet bei Tod, Eintritt eines Ausschlussgrundes oder Wegfall der Rente.
- Wird der Rentenantrag abgelehnt, verbleibt es so lange bei der Mitgliedschaft als Rentenantragsteller, bis der Ablehnungsbescheid unanfechtbar wird.

AUFGABEN ZUR SELBSTÜBERPRÜFUNG

12. Welche Krankenkassen führen die KVdR durch?

13. Nennen Sie die Krankenkassen, die der Rentner wählen kann!

14. Welcher Zeitpunkt bestimmt den Beginn der Mitgliedschaft in der KVdR?

15. Welche Bedeutung hat ein fristgerechter Widerspruch gegen eine Rentenablehnung auf die Mitgliedschaft des Rentenantragstellers bei der Krankenkasse?

Anmerkungen zur Pflegeversicherung:

- Träger der sozialen Pflegeversicherung sind die Pflegekassen. Bei jeder Krankenkasse ist eine solche Pflegekasse errichtet.
- Zuständig ist die Pflegekasse, die bei der gewählten Krankenkasse errichtet ist. Wählt der Rentner eine andere Krankenkasse, ändert sich damit auch die Pflegekasse.
- Beginn und Ende der Mitgliedschaft orientieren sich an der Mitgliedschaft in der Krankenversicherung.

Gesetzliche Grundlagen zur Bestimmung der Zuständigkeit einer Pflegekasse und der Mitgliedschaft sind:

§ 1 Absatz 3 SGB XI	für die Träger der sozialen Pflegeversicherung
§ 46 SGB XI	für die Pflegekassen
§ 47 SGB XI	hinsichtlich der Satzung
§ 48 SGB XI	für die Zuständigkeit
§ 49 SGB XI	hinsichtlich der Mitgliedschaft

5. Beiträge für die KVdR

LERNZIELE

- Sie können erläutern, wann Rentner Beiträge zur Krankenversicherung zu zahlen haben, wie sich die Beiträge aus der Rente bemessen und welche Regeln für Beiträge aus Versorgungsbezügen gelten.
- Sie können erklären, wann Rentenantragsteller für ihre Mitgliedschaft bis zur Rentenbescheiderteilung selbst beitragspflichtig sind und welche Ausnahmen hiervon bestehen.

5.1 Pflicht zur Beitragszahlung

Die Frage der Beitragszahlung zur Krankenversicherung ist sowohl für die Rentner als auch für die Rentenversicherungsträger von besonderer Bedeutung, denn sie müssen gemeinsam für die Beiträge aufkommen. Es ist daher unerlässlich, dass Sie als Mitarbeitende des Rentenversicherungsträgers hierzu nähere Kenntnisse haben.

Grundsätzlich haben alle Rentner, die in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind, einen an ihren Einkünften orientierten Krankenversicherungsbeitrag zu leisten. Neben der Rente unterliegen auch mit der Rente vergleichbare Einnahmen (sogenannte Versorgungsbezüge) sowie Arbeitseinkommen aus einer selbständigen Tätigkeit der Beitragspflicht. Das gilt aus Gründen einer solidarischen Finanzierung der Leistungsaufwendungen für die KVdR bei jeder Art von Krankenversicherungspflicht, und zwar selbst dann, wenn für den Rentner eine Versicherung in der KVdR zu keiner Zeit in Betracht kommt, weil er die Voraussetzungen nicht erfüllt.

Besonderheiten gelten seit dem 1.1.2017 allerdings für Waisenrentner. Für diese Rentner ist die Waisenrente unter bestimmten Voraussetzungen tatsächlich beitragsfrei. Näheres hierzu erfahren Sie in Abschnitt 5.2.2.

Nachfolgend werden die Beitragspflicht und die Beitragsbemessung insbesondere aus der Rente sowie die Beitragspflicht der Rentenantragsteller erläutert. Die Regelungen zur Beitragserhebung sind in Kapitel 6 beschrieben.

Gesetzliche Grundlagen der Beiträge für die KVdR sind:

§§ 223, 226 ff., 247 SGB V	zu den Beiträgen aus der Rente
§§ 223, 226 ff., 248 SGB V	zu den Beiträgen aus Versorgungsbezügen
§§ 223, 239 SGB V	für die Beiträge der Rentenantragsteller
§ 237 Satz 1 SGB V	zu den Beitragseinnahmen versicherungspflichtiger Rentner
§§ 226 Abs. 6, 237 Satz 2 SGB V	zur Beitragsfreiheit von Waisenrenten
§ 241 SGB V	für den allgemeinen Beitragssatz
§ 242 SGB V	für den kassenindividuellen Zusatzbeitrag

§ 242a SGB V	für den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz
§ 225 SGB V	zur Beitragsfreiheit bestimmter Rentenantragsteller
§ 39 Absatz 3 KVLG 1989	für den Beitragssatz versicherungspflichtiger Mitglieder der landwirtschaftlichen Krankenkasse

5.2 Beiträge aus der Rente

Krankenversicherungspflichtige Rentner haben aus ihrer Rente Beiträge zu zahlen. Eine solche Beitragspflicht ergibt sich grundsätzlich bei jeder Art von Krankenversicherungspflicht, also zunächst einmal ohne Unterschied, ob der jeweilige Rentner krankenversicherungspflichtig in der KVdR ist oder zum Beispiel Versicherungspflicht aufgrund einer Beschäftigung vorliegt.

Die Bemessung der Beiträge aus der Rente erfolgt individuell. Das heißt, der Beitrag ist abhängig von der Höhe der Rente und den jeweiligen Beitragssätzen. Dementsprechend zahlen Rentner aus einer niedrigen Rente auch geringere Krankenversicherungsbeiträge als bei Bezug einer höheren Rente.

Abweichend von diesem Grundsatz sind Waisenrenten allerdings in bestimmten Fällen für die rentenberechtigten Waisen selbst beitragsfrei. Die konkreten Voraussetzungen, unter denen Waisen von der Beitragszahlung aus ihrer Waisenrente befreit sind, werden Sie im Abschnitt 5.2.3 kennenlernen.

5.2.1 Beitragspflichtiger Personenkreis

Wie Sie nunmehr bereits wissen, gelten die Regeln zur Beitragspflicht grundsätzlich für alle in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversicherten Rentenbezieher. Der Grund dafür ist, dass sich - abgesehen von bestimmten Waisenrentnern, die der Gesetzgeber als sozial besonders schutzbedürftig angesehen hat - jeder Rentner, der krankenversicherungspflichtig ist, auch an den Kosten für die KVdR beteiligen soll. Dabei kommt es nicht darauf an, ob die KVdR bereits von Anfang an, erst zu einem späteren Zeitpunkt oder überhaupt nicht zum Tragen kommt. Ein krankenversicherungspflichtig beschäftigter Rentner hat somit nicht nur Beiträge aus seinem Arbeitsentgelt, sondern auch aus seiner Rente zu zahlen.

5.2.2 Rente als beitragspflichtige Einnahme

Beitragspflichtige Einnahme ist die Rente der gesetzlichen Rentenversicherung (§ 228 Absatz 1 Satz 1 SGB V). Die Höhe der Beiträge bestimmt sich nach der Höhe der monatlichen Rente. Maßgebend ist hier der Betrag der Rente, der nach Anwendung aller Versagungs- oder Nichtleistungsvorschriften zur Auszahlung kommt. Es gilt somit der Rentenbetrag, der sich zum Beispiel nach Anwendung der Regelungen über das Zusammentreffen von Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und Leistungen aus der Unfallversicherung (§ 93 SGB VI) oder über die Einkommensanrechnung auf Renten wegen Todes (§ 97 SGB VI) ergibt.

Leistungsanteile aus der Höherversicherung (§ 269 SGB VI) gehören ebenso zum Rentenzahlbetrag wie Auffüllbeträge nach § 315a SGB VI, Rentenzuschläge nach § 319a SGB VI und Übergangszuschläge nach § 319b SGB VI.

Wird die Auszahlung der Rente an den Rentner durch Pfändungen oder Abtretungen beeinflusst, ist dies unerheblich. Die Beitragsbemessung erfolgt aus dem Zahlbetrag der monatlichen Rente vor Pfändung oder Abtretung.

Ohne Bedeutung für die Beitragsbemessung sind außerdem die als Zuschlag zur Rente an Mütter der Geburtsjahrgänge vor 1921 (in den neuen Bundesländern vor 1927) gezahlten Leistungen für Kindererziehung nach §§ 294 ff. SGB VI sowie Witwen- und Witwerrentenabfindungen nach § 107 SGB VI.

Erhält ein Rentner mehrere Renten der gesetzlichen Rentenversicherung, unterliegt jede Rente für sich der Beitragspflicht. Bei Waisenrenten gelten in bestimmten Fällen allerdings Besonderheiten, die Ihnen im nachfolgenden Abschnitt noch genauer erläutert werden.

Beispiel:

Eine krankenversicherungspflichtige Altersrentnerin erhält nach dem Tod ihres Ehemannes Witwenrente. Aus der Altersrente werden bereits Beiträge für die Krankenversicherung einbehalten.
Welche Leistungen unterliegen der Beitragspflicht?

Lösung

Beide Renten werden von der Beitragspflicht erfasst.

Seit dem 1.7.2011 werden auch vergleichbare Renten, die der Rentner von einem ausländischen (gesetzlichen) Rentenversicherungsträger erhält, von der Beitragspflicht erfasst[45] und zwar unabhängig davon, ob die Rente aus einem Mitgliedsstaat der Europäischen Union oder einem Drittstaat bezogen wird (§ 228 Absatz 1 Satz 2 SGB V). Anders als bei inländischen Renten ist der ausländische Rentenversicherungsträger an der Beitragszahlung jedoch nicht beteiligt (vergleiche Abschnitt 6.2.1).

5.2.3 Beitragsfreiheit von Waisenrenten

Waisen, die nach § 5 Absatz 1 Nummer 11b SGB V wegen des Bezugs einer Waisenrente krankenversicherungspflichtig sind (siehe Abschnitt 2.4.2), zahlen seit dem 1.1.2017 aus ihrer Waisenrente keine Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung mehr, solange sie die für eine Familienversicherung maßgebenden Altersgrenzen des § 10 Absatz 2 SGB V noch nicht vollendet haben (§ 237 Satz 2 SGB V[46]). In der Regel ist dies das 25. Lebensjahr (bei bestimmten Tatbeständen verlängert um höchstens 12 Monate).

Die Beitragsfreiheit bezieht sich allerdings nur auf die Waisenrente, nicht jedoch auf andere Renten der gesetzlichen Rentenversicherung, die die Waise darüber hinaus eventuell noch bezieht (zum Beispiel eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit). Zudem erfasst die Beitragsfreiheit nur die Beitragsanteile, die die rentenberechtigte Waise selbst zu tragen hätte. Der Rentenversicherungsträger hingegen ist auch bei diesen Waisenrenten zur Zahlung eines Krankenversicherungsbeitrages in Höhe der Beitragsanteile verpflichtet, die er ohne die Beitragsfreiheit zu tragen hätte (siehe Abschnitt 6.2).

[45] Gesetz zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit in Europa und zur Änderung anderer Gesetze vom 22.6.2011 (BGBl. I, Seite 1202)

[46] Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen sowie zur Änderung weiterer Gesetze vom 21.12.2015 (BGBl. I, Seite 2408)

Von der Regelung über die Beitragsfreiheit nicht erfasst werden Waisenrentner, für die eine Versicherungspflicht aufgrund eines anderen – vorrangigen – Tatbestandes besteht (zum Beispiel aufgrund einer Beschäftigung im Rahmen der Berufsausbildung oder aufgrund des Bezuges von Grundsicherungsgeld). Diese Waisen haben auch aus ihrer Waisenrente Krankenversicherungsbeiträge zu entrichten. Eine Ausnahme gilt für Waisenrentner, bei denen die Vorrangversicherung nach § 5 Absatz 1 Nummer 1 SGB V auf der Ableistung eines anerkannten Freiwilligendienstes (zum Beispiel nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz) beruht. Für Zeiten ab dem 1.1.2026 ist die Waisenrente auch bei diesem Personenkreis bis zum Erreichen der in § 10 Absatz 2 Nummer 3 SGB V genannten Altersgrenzen beitragsfrei.

Die Entscheidung, ob eine Waisenrente beitragsfrei ist oder nicht, wird im jeweiligen Einzelfall allein von der zuständigen Krankenkasse getroffen und dem Rentenversicherungsträger übermittelt (siehe Abschnitt 7.4).

Für Waisen, die nach § 5 Absatz 1 Nummer 11b SGB V wegen des Bezugs einer Waisenrente aus der (deutschen) gesetzlichen Rentenversicherung krankenversicherungspflichtig sind (siehe Abschnitt 2.4.2), und die daneben eine vergleichbare Waisenrente von einem ausländischen (gesetzlichen) Rentenversicherungsträger erhalten, ist auch die ausländische Rente beitragsfrei.

5.2.4 Beitragssätze für Zeiten ab 1.3.2015

Neben der Rentenhöhe beeinflussen die jeweils geltenden Beitragssätze die Höhe der Beiträge, die aus einer Rente zu zahlen sind.

Für die Berechnung des Beitrags, den versicherungspflichtige Rentner aus ihrer Rente zu zahlen haben, gilt seit dem **1.1.2009** einheitlich der allgemeine Beitragssatz (§ 241 SGB V), unabhängig davon, bei welcher Krankenkasse sie versichert sind (§ 247 Satz 1 SGB V).

Der allgemeine Beitragssatz ist mit Wirkung vom 1.1.2015 an gesetzlich auf 14,6 % festgeschrieben worden. Bei der Berechnung der Beiträge aus der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung findet er allerdings erst seit dem 1.3.2015 Anwendung. Für die Zeit vom 1.1.2015 bis 28.2.2015 galt für Renten der gesetzlichen Rentenversicherung noch eine Übergangsregelung (§ 322 SGB V). Näheres hierzu erfahren Sie am Ende des Abschnitts 5.2.5.

Ebenfalls seit dem 1.3.2015 ist aus der Rente ein Zusatzbeitrag zu zahlen (§ 242 SGB V), der sich nach dem Zusatzbeitragssatz bemisst, den die jeweilige Krankenkasse des Rentners in ihrer Satzung festgelegt hat (zur Beitragstragung vergleiche Abschnitt 6.2.1).

> **Beispiel 1:**
>
> Rentner R. bezieht ab dem 1.4.2026 eine Rente in Höhe von monatlich 900,00 EUR. Er ist bei der Krankenkasse A versichert, die einen Zusatzbeitragssatz in Höhe von 2,7 % festgesetzt hat.
>
> Wie hoch ist der Beitrag für die Krankenversicherung aus der Rente?

Lösung

Der Beitragshöhe ist abhängig von

- dem Zahlbetrag der Rente,
- dem allgemeinen Beitragssatz in Höhe von 14,6 % und
- dem kassenindividuellen Zusatzbeitragssatz in Höhe von 2,7 %.

Aufgrund der Rente ist demnach ein Krankenversicherungsbeitrag in Höhe von insgesamt 155,70 EUR zu entrichten (zur Beitragstragung vergleiche das Beispiel 1 im Abschnitt 6.2.1):

900,00 EUR x 14,6 % = **131,40 EUR**
900,00 EUR x 2,7 % = **24,30 EUR**
Insgesamt **155,70 EUR**

Ändert die Krankenkasse des Rentners ihren Zusatzbeitragssatz, wird dieser bei der Beitragsbemessung aus Renten allerdings erst vom ersten Tag des zweiten auf die Veränderung folgenden Monats an berücksichtigt (sogenannte „Zweimonatsregelung“ des § 247 Satz 3 1. Halbsatz SGB V).

Beispiel 2:

Der Zusatzbeitragssatz der Krankenkasse „A“ beträgt 2,7 %. Zum 1.7.2026 erhöht die Krankenkasse den Zusatzbeitragssatz auf 2,9 %.

Von welchem Zeitpunkt an ist der neue Zusatzbeitragssatz für die Beitragsbemessung aus Renten maßgebend?

Lösung

Der neue Zusatzbeitragssatz von 2,9 % gilt für die Beitragsbemessung aus der jeweiligen Rente vom 1.9.2026 an.

Wechselt der Rentner seine Krankenkasse, gilt der Zusatzbeitragssatz der „neuen“ Krankenkasse vom Beginn der Mitgliedschaft an, allerdings ist auch hier die oben beschriebene „Zwei-Monats-Regelung“ zu beachten.

Beispiel 3:

Der Rentner wechselt zum 1.8.2026 von der Krankenkasse „A“ zur Krankenkasse „B“. Der Zusatzbeitragssatz der Krankenkasse „B“ beträgt bis 30.06.2026 3,2 % und ab 1.7.2026 3,5 %.

Welcher Beitragssatz ist vom Zeitpunkt des Krankenkassenwechsels an für die Beitragsbemessung aus seiner Rente maßgebend?

Lösung

Für den Monat August 2026 ist der Beitragsbemessung zunächst noch der „alte“ Zusatzbeitragssatz der gewählten Krankenkasse „B“ von 3,2 % zu Grunde zu legen. Der neue Zusatzbeitragssatz von 3,5 % gilt für die Beitragsbemessung aus der Rente erst vom 1.9.2026 an.

Bei einer Vereinigung mehrerer Krankenkassen „behält“ das Mitglied den Beitragssatz seiner alten Krankenkasse ebenfalls noch für die Dauer von zwei Kalendermonaten; das gilt auch für das Mitglied einer sich vereinigenden Krankenkasse, wenn der Rentenbeginn erst nach dem Zeitpunkt der Vereinigung liegt.

Eine Besonderheit besteht bei versicherungspflichtigen Rentnern, die Mitglied der landwirtschaftlichen Krankenkasse sind. Die landwirtschaftliche Krankenkasse erhebt keinen kassenindividuellen Zusatzbeitrag. Deshalb gilt für die Bemessung der aus der Rente zu zahlenden Beiträge für diese Personen ein besonderer Beitragssatz (§ 39 Absatz 3 Satz 1 KVLG 1989), der sich aus dem allgemeinen Beitragssatz in Höhe von 14,6 % und dem durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz nach § 242a SGB V zusammensetzt. Letzterer wird vom Bundesministerium für Gesundheit jährlich bis zum 1. November mit Wirkung für das jeweils folgende Kalenderjahr festgelegt[47].

Bei versicherungspflichtigen Mitgliedern der landwirtschaftlichen Krankenkasse beträgt der für die Berechnung der Beiträge aus der Rente maßgebende Beitragssatz daher für Zeiten

- vom 1.1.2015 bis 31.12.2015 15,5 %
- vom 1.1.2016 bis 31.12.2017 15,7 %
- vom 1.1.2018 bis 31.12.2018 15,6 %
- vom 1.1.2019 bis 31.12.2019 15,5 %
- vom 1.1.2020 bis 31.12.2020 15,7 %
- vom 1.1.2021 bis 31.12.2022 15,9 %
- vom 1.1.2023 bis 31.12.2023 16,2 %
- vom 1.1.2024 bis 31.12.2024 16,3 %
- vom 1.1.2025 bis 31.12.2025 17,1 %

  sowie
- vom 1.1.2026 an 17,5 %.

5.2.5 Beitragssätze für Zeiten vor dem 1.3.2015

Von Zeit zu Zeit kann es auch heute noch erforderlich werden, die Höhe der aus der Rente zu zahlenden Krankenversicherungsbeiträge für zurückliegende Zeiten zu bestimmen (zum Beispiel bei einer rückwirkenden Rentenbewilligung). Der folgende Überblick über die unterschiedlichen Regelungen der Vergangenheit hinsichtlich des maßgebenden Beitragssatzes soll Ihnen dabei behilflich sein:

Bis 30.6.1997 war der Beitragsbemessung ein gesetzlich festgesetzter Beitragssatz zu Grunde zu legen. Maßgebend war der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz, der in der gesetzlichen Krankenversicherung jährlich zum 1. Januar ermittelt wurde. Dieser Beitragssatz galt jeweils vom 1. Juli des Jahres bis zum 30. Juni des Folgejahres.

Vom 1.7.1997 bis 31.3.2004 galt für Beiträge aus der Rente – ebenso wie für Beiträge aus anderen Einkommensarten, wie zum Beispiel Arbeitsentgelt – der allgemeine Beitragssatz der Krankenkasse, bei der der Rentner versichert war. Dabei war zunächst der Beitragssatz maßgebend, der für die jeweilige Krankenkasse am 1. Januar gegolten hat; dieser

[47] Das BMG hat den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz für das Jahr 2015 auf 0,9%, für die Jahre 2016 und 2017 jeweils auf 1,1 %, für das Jahr 2018 auf 1,0 %, für das Jahr 2019 auf 0,9 %, für das Jahr 2020 auf 1,1 %, für die Jahre 2021 und 2022 jeweils auf 1,3 %, für das Jahr 2023 auf 1,6 %, für das Jahr 2024 auf 1,7 %, für das Jahr 2025 auf 2,5 % und für das Jahr 2026 auf 2,9 % festgelegt.

Beitragssatz galt - unabhängig von etwaigen zwischenzeitlichen Beitragssatzänderungen der Krankenkasse - für Beiträge aus der Rente vom 1. Juli des laufenden Kalenderjahres bis zum 30. Juni des folgenden Kalenderjahres.

Vom 1.4.2004 bis 31.12.2008 galt zwar weiterhin der allgemeine Beitragssatz der Krankenkasse, bei der der Rentner versichert war. Allerdings bezog sich dieser Beitragssatz nicht mehr auf den Stichtag „1. Januar“. Änderte die Krankenkasse des Rentners den Beitragssatz, wurde eine solche Beitragssatzänderung nunmehr bereits vom ersten Tag des dritten auf die Veränderung folgenden Monats an berücksichtigt. Wechselte der Rentner seine Krankenkasse, galt der Beitragssatz der „neuen“ Krankenkasse vom Beginn der Mitgliedschaft an, bei gleichzeitiger Beitragssatzänderung der Krankenkasse allerdings unter Berücksichtigung dieser „Dreimonatsregelung“.

Vom 1.7.2005 bis 31.12.2008 galt für alle Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung – also auch für Rentner – ein zusätzlicher Beitragssatz in Höhe von 0,9 % (§ 241a SGB V in der Fassung bis 31.12.2008). Der Beitrag aufgrund dieses Beitragssatzes war zusätzlich zum Krankenversicherungsbeitrag – auch aus der Rente – zu zahlen. Damit die finanzielle Belastung der Mitglieder zum Teil ausgeglichen werden konnte, wurden bei der Einführung des zusätzlichen Beitragssatzes die übrigen Beitragssätze um 0,9 Beitragssatzpunkte abgesenkt.

Bereits seit dem 1.1.2009 gilt – wie eingangs bereits beschrieben – für alle Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung, also auch für Rentner, ein einheitlicher allgemeiner Beitragssatz.

Dieser ist anfänglich von der Bundesregierung jeweils durch Rechtsverordnung festgelegt worden und betrug in der Zeit vom 1.1.2009 bis 30.6.2009 15,5 %[48] und in der Zeit vom 1.7.2009 bis 31.12.2010 14,9 %.[49] Für die Zeit vom 1.1.2011 bis 31.12.1014 war der allgemeine Beitragssatz gesetzlich auf 15,5 % festgeschrieben[50].

Vom 1.1.2009 bis 31.12.2014 konnten Krankenkassen, deren finanzieller Bedarf durch die Beträge, die ihnen als Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zuflossen, nicht gedeckt war (Näheres hierzu im Abschnitt 6), außerdem von ihren Mitgliedern einen kassenindividuellen Zusatzbeitrag erheben. Anders als heute war die Höhe dieses Zusatzbeitrages jedoch einkommensunabhängig. Außerdem hatte der Rentner den Zusatzbeitrag selbst an seine Krankenkasse zu zahlen. Überstiegen die Einnahmen aus den Beiträgen den Finanzbedarf einer Krankenkasse, konnten die Krankenkassen an ihre Mitglieder auch Prämien auszahlen.

Mit Wirkung vom 1.1.2015 an war der allgemeine Beitragssatz gesetzlich um 0,9 Beitragssatzpunkte gesenkt worden. Seitdem beträgt er 14,6 %[51]. Außerdem können Krankenkassen, deren finanzieller Bedarf durch Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nicht gedeckt ist, seit diesem Zeitpunkt einen kassenindividuellen, einkommensabhängigen

---

[48] Verordnung zur Festlegung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-BSV) vom 29.10.2008 (BGBl. I, Seite 2109)

[49] Gesetz zur Sicherung von Beschäftigung und Stabilität in Deutschland vom 2.3.2009 (BGBl. I, Seite 416)

[50] Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz) vom 22.12.2010 (BGBl. I, Seite 2309)

[51] Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz – GKV-FQWG) vom 21.07.2014 (BGBl. I, Seite 1133)

Zusatzbeitrag (als Prozentsatz der beitragspflichtigen Einnahmen jedes Mitglieds) erheben. Die Höhe dieses Zusatzbeitragssatzes legen die Krankenkassen in ihren jeweiligen Satzungen fest (§ 242 SGB V).

Für die Zeit vom 1.1.2015 bis 28.2.2015 sind die aus der Rente zu zahlenden Krankenversicherungsbeiträge wegen der Übergangsregelung des § 322 SGB V allerdings noch weiter auf der Grundlage des bis 31.12.2014 geltenden Beitragssatzes von 15,5 % zu berechnen gewesen. Hiervon galten 0,9 Prozentpunkte als Zusatzbeitrag, und zwar unabhängig davon, ob und in welcher Höhe die Krankenkasse des Rentners ab Januar 2015 tatsächlich einen Zusatzbeitragssatz festgelegt hatte. Wie in der Zeit bis 31.12.2014 betrug der Beitragsanteil des Rentners demnach 8,2 %.

5.2.6 Beitragssätze für ausländische Renten

Wie Sie in Abschnitt 5.2.2 erfahren haben, unterliegen seit dem 1.7.2011 auch vergleichbare ausländische Renten der Beitragspflicht. Da sich der ausländische Rentenversicherungsträger nicht an der Tragung dieser Beiträge beteiligt, der Rentner dennoch nicht stärker als bei einer inländischen Rente belastet werden soll, gelten für diese Beiträge abweichende Beitragssätze (§ 247 Satz 2 SGB V).

Vom 1.1.2019 an ist der Berechnung der Beiträge aus vergleichbaren ausländischen Renten zum einen die Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes (also 7,3%) und zum anderen die Hälfte des Zusatzbeitragssatzes der Krankenkasse zugrunde zu legen, bei der der Rentner versichert ist.

Die für inländische Renten geltende „Zweimonatsregelung“ (vergleiche Abschnitt 5.2.4) gilt für die aus ausländischen Renten zu zahlenden Zusatzbeiträge allerdings nicht (§ 247 Satz 3 2. Halbsatz SGB V).

In der Zeit **vom 1.1. 2015 bis 31.12.2018** war neben der Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes der - volle - Zusatzbeitragssatz der jeweiligen Krankenkasse maßgebend.

Und in der Zeit **vom 1.7.2011 bis 31.12.2014** wurden die Beiträge aus ausländischen Renten auf der Grundlage eines verminderten allgemeinen Beitragssatzes von 8,2 % berechnet.

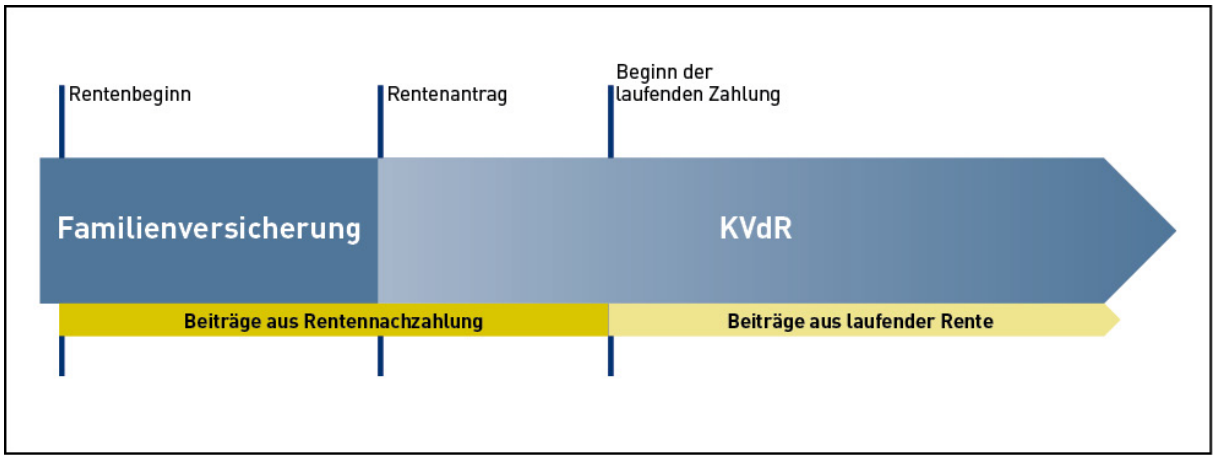
5.2.7 Beginn der Beitragspflicht

Grundsätzlich beginnt die Beitragspflicht aus der Rente von dem Zeitpunkt an, zu dem Rentenbezug und Krankenversicherungspflicht zusammentreffen. Bei Waisenrenten, die nach § 237 Satz 2 SGB V beitragsfrei sind, beginnt die Beitragspflicht erst mit dem Tag nach Vollendung der Altersgrenzen für die Familienversicherung oder mit dem Eintritt einer Vorrangversicherung (zum Beispiel, weil die rentenberechtigte Waise eine Berufsausbildung beginnt, siehe Abschnitt 5.2.3).

Rentennachzahlungen sind bei der Beitragsbemessung ebenfalls zu berücksichtigen (§ 228 Absatz 2 SGB V). Sie sind immer dann beitragspflichtig, wenn sie auf einen Zeitraum entfallen, in dem – auch ohne Beitragsleistung – Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung bestand. Das bedeutet, dass eine Beitragspflicht nicht nur für Zeiträume besteht, in denen der Rentner krankenversicherungspflichtig war, sondern auch für solche Zeiträume, in denen eine Familienversicherung (§ 10 SGB V) vorlag oder ein nachgehender Anspruch auf Leistungen (§ 19 SGB V) gegeben war. Das gilt allerdings nur dann, wenn auch der laufende Rentenbezug Krankenversicherungspflicht begründet.

Die Abbildung 8 soll Ihnen diese etwas komplizierte Regelung verdeutlichen.

Abbildung 8: Beginn der Beitragspflicht



Bei Waisenrenten wird die beitragsrechtliche Beurteilung der Rentennachzahlung für Zeiten ab dem 1.1.2017 allerdings nicht mehr darauf abgestellt, ob auch der laufende Rentenbezug eine Beitragspflicht auslöst. Stattdessen sind für die Zeiträume der Rentennachzahlung, in denen die Waise einen nachgehenden Leistungsanspruch hatte oder familienversichert war, stets die besonderen beitragsrechtlichen Regelungen des § 237 Satz 2 SGB V anzuwenden, die Sie in Abschnitt 5.2.3 kennengelernt haben. Im Ergebnis bleibt die Rente für die Waise in diesen Zeiträumen damit beitragsfrei, während der Rentenversicherungsträger den auf ihn entfallenden Beitragsanteil zu zahlen hat (siehe hierzu auch Abschnitt 6.2.1).

5.2.8 Ende der Beitragspflicht

Die Beitragspflicht aus der Rente endet mit dem Tag der Beendigung der Krankenversicherungspflicht.

Stirbt ein Rentenempfänger, endet die Beitragspflicht aus der Rente mit dem Todestag. Wurden die Beiträge aus der Rente für den Sterbemonat bereits einbehalten, wird der zu viel gezahlte Betrag erstattet. Gegebenenfalls geschieht das zusammen mit der Auszahlung des Witwen- oder Witwerrentenvorschusses (Sterbequartalsvorschuss) durch den Renten Service der Deutschen Post AG.

Bei Waisenrenten endet die Beitragspflicht darüber hinaus mit dem Tag der Beendigung einer Vorrangversicherung (zum Beispiel bei Beendigung einer Berufsausbildung), sofern die Waise anschließend aufgrund des Waisenrentenbezuges nach § 5 Absatz 1 Nummer 11b SGB V versicherungspflichtig ist und sie die Altersgrenzen für eine Familienversicherung noch nicht überschritten hat (siehe Abschnitt 5.2.3).

5.3 Beiträge aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen

Erhält ein krankenversicherungspflichtiger Rentner neben der Rente Versorgungsbezüge (zum Beispiel eine Betriebsrente), unterliegen diese ebenfalls der Beitragspflicht. Entsprechendes gilt für Arbeitseinkommen aus selbständiger Erwerbstätigkeit, vorausgesetzt deren Ausübung führt nicht zum Ausschluss der KVdR (vergleiche Abschnitt 3.2.2).

Beispiel:

Der Arbeitnehmer A. scheidet am 30.6.2026 aus seinem Arbeitsverhältnis aus und erhält ab dem 1.7.2026

– vom Rentenversicherungsträger = Regelaltersrente
sowie
– vom ehemaligen Arbeitgeber = Betriebsrente.

Die Voraussetzungen für die Versicherungspflicht in der KVdR sind erfüllt.
Welche Leistungen unterliegen der Beitragspflicht?

Lösung

Sowohl die Regelaltersrente der gesetzlichen Rentenversicherung als auch die Betriebsrente werden von der Beitragspflicht erfasst.

5.3.1 Versorgungsbezüge

Zu den beitragspflichtigen Versorgungsbezügen zählen:

- Renten der betrieblichen Altersversorgung einschließlich der Zusatzversorgung im öffentlichen Dienst (Betriebsrenten),
- Renten der Versicherungs- und Versorgungseinrichtungen für bestimmte Berufsgruppen,
- Versorgungsbezüge aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis (beispielsweise Beamten-, Richter- und Soldatenversorgung)

  und
- Renten und Landabgaberenten nach dem Gesetz über die Altershilfe für Landwirte.

Nicht zu den beitragspflichtigen Betriebsrenten zählen Leistungen, die der Versicherte nach dem Ende des Arbeitsverhältnisses als alleiniger Versicherungsnehmer aus nicht durch den Arbeitgeber finanzierten Beiträgen erworben hat und - seit dem 1.1.2018 - betriebliche Riester-Renten.

Bei Waisen, die nach § 5 Absatz 1 Nummer 11b SGB V versicherungspflichtig sind, besteht seit dem 1.1.2017 auch Beitragsfreiheit für Waisenrenten, die von berufsständischen Versorgungseinrichtungen gezahlt werden und für Waisenrenten nach § 15 des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte. Seit dem 11.5.2019 sind zudem die Hinterbliebenenleistungen aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis des verstorbenen Elternteils beitragsfrei.

Darüber hinaus gilt für die Beitragspflicht aus Versorgungsbezügen eine Geringfügigkeitsregelung. Beitragspflicht besteht nur dann, wenn die monatlichen Versorgungsbezüge (gegebenenfalls zusammen mit dem Arbeitseinkommen, siehe Abschnitt 5.3.2) ein Zwanzigstel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV überschreiten (§ 237 in Verbindung mit § 226 Absatz 2 SGB V). Das sind im Kalenderjahr 2026 monatlich 197,75 EUR.

Für Betriebsrenten gilt zudem seit dem 1.1.2020 ein monatlicher Freibetrag. Von diesem Zeitpunkt an sind nur aus dem Teil der Betriebsrente Krankenversicherungsbeiträge zu entrichten, der diesen Freibetrag (2026: 197,75 EUR monatlich) übersteigt. Bei Bezug mehrerer Betriebsrenten gilt der Freibetrag nur für die Summe dieser Renten.

Wie die Beiträge aus der Rente werden auch die Beiträge aus Versorgungsbezügen in Höhe des allgemeinen Beitragssatzes erhoben (§ 248 SGB V), der seit dem 1.1.2015 14,6 % beträgt[52]. Hinzu kommt auch hier für Zeiten vom 1.1.2015 an der von der zuständigen Krankenkasse festgelegte Zusatzbeitragssatz (vergleiche Abschnitt 5.2.3). Erfolgt die Beitragszahlung im sogenannten Zahlstellenverfahren (vergleiche Abschnitt 6.2.2), wirken sich Änderungen des Zusatzbeitragssatzes allerdings – wie bei den Renten – erst mit einer Verzögerung von zwei Kalendermonaten aus (§ 248 Satz 3 SGB V). In diesen Fällen galt in der Zeit vom 1.1.2015 bis 28.2.2015 auch die in Abschnitt 5.2.4 beschriebene Übergangsregelung des § 322 SGB V.

5.3.2 Arbeitseinkommen

Der krankenversicherungspflichtige Rentner, der noch Arbeitseinkommen aus einem Gewerbebetrieb oder aus einer selbständigen oder freiberuflichen Tätigkeit erzielt, hat auch aus diesem Einkommen Krankenversicherungsbeiträge in Höhe des allgemeinen Beitragssatzes von 14,6 %[53] zu entrichten. Hinzu kommt für Zeiten ab 1.1.2015 der von der zuständigen Krankenkasse festgelegte Zusatzbeitragssatz (vergleiche Abschnitt 5.2.3).

Die in Abschnitt 5.3.1 beschriebene Geringfügigkeitsregelung gilt auch für Arbeitseinkommen. Das bedeutet, dass Beiträge auch aus einem Arbeitseinkommen nur zu entrichten sind, wenn dieses (gegebenenfalls zusammen mit den Versorgungsbezügen) die monatliche Geringfügigkeitsgrenze von 197,75 EUR im Kalenderjahr 2026 übersteigt. Anders als bei den Betriebsrenten gibt es jedoch beim Arbeitseinkommen keinen Freibetrag.

5.4 Beiträge der Rentenantragsteller

Für den Rentenantragsteller steht bei Antragstellung im Allgemeinen eine endgültige Entscheidung über seinen Krankenversicherungsschutz noch aus. Aus diesem Grund tritt zunächst die Mitgliedschaft als Rentenantragsteller ein (siehe Abschnitt 4.4). Für die Zeit von der Rentenantragstellung bis zu einer endgültigen Entscheidung über den Rentenanspruch ist es jedoch für die Krankenkasse nicht hinnehmbar, ohne Beitragseinnahmen zu bleiben. Es werden daher auch vom Rentenantragsteller Beiträge erhoben. Im Falle der Bewilligung der Rente wird diese Beitragserhebung später korrigiert.

Wie auch schon beim Beginn der Versicherungspflicht und der Mitgliedschaft in der KVdR gilt dies alles nur, wenn wiederum kein Ausschlussgrund vorliegt. Wer also bei Rentenantragstellung noch weiterhin krankenversicherungspflichtig beschäftigt ist, zahlt weiter aus seinem monatlichen Arbeitsentgelt Beiträge zur Krankenversicherung, für ihn ändert sich bis zur Aufgabe seiner Beschäftigung nichts.

5.4.1 Beitragspflicht

Besteht Beitragspflicht als Rentenantragsteller, bemessen sich die Beiträge gegebenenfalls nach einer beitragspflichtigen Einnahme von kalendertäglich mindestens einem Neunzigstel der monatlichen Bezugsgröße (§ 240 Absatz 4 SGB V). Im Kalenderjahr 2026 beträgt dieses Mindesteinkommen 1.318,33 EUR monatlich.

Diese Beiträge hat der Rentenantragsteller zunächst selbst zu zahlen. Nach Bewilligung der Rente durch den Rentenversicherungsträger erhält er von der Krankenkasse die Beiträge

[52] Für Zeiten vom 1.7.2009 bis 30.12.2010 betrug der allgemeine Beitragssatz 14,9 % und für Zeiten vom 1.1.2011 bis 31.12.2014 15,5 %.

[53] Für Zeiten vom 1.7.2009 bis 30.12.2010 betrug der allgemeine Beitragssatz 14,9 % und für Zeiten vom 1.1.2011 bis 31.12.2014 15,5 %.

zurück, die er ab Rentenantragstellung verauslagt hat; Beiträge für Zeiten vor dem Rentenbeginn werden jedoch nicht zurückgezahlt.

Eine Beitragsrückzahlung durch die Krankenkasse kommt nicht in Betracht, wenn der Rentenversicherungsträger den Rentenanspruch abgelehnt oder der Rentenantragsteller den Rentenantrag zurückgenommen hat.

5.4.2 Ausnahmen von der Beitragspflicht

Für bestimmte Rentenantragsteller bestehen jedoch Ausnahmen von der Beitragspflicht. Das trifft auf die Antragsteller zu, bei denen die Krankenkasse keine finanziellen Nachteile durch eine Rentenantragstellung zu erwarten hat. Ist das der Fall, braucht der Rentenantragsteller zunächst keine Beiträge zu zahlen (§ 225 SGB V).

Beitragsfreiheit als Rentenantragsteller liegt vor, wenn

- der hinterbliebene Ehegatte oder Lebenspartner eines bereits selbst in der KVdR versicherten Rentners Witwen- oder Witwerrente beantragt,
- eine noch nicht achtzehn Jahre alte Waise, die die Voraussetzungen des § 5 Absatz 1 Nummer 11b Buchstabe a SGB V erfüllt, Waisenrente beantragt

  oder
- für den Familienangehörigen ohne die Rentenantragstellermitgliedschaft eine Familienversicherung bestehen würde.

Bezieht der Rentenantragsteller Arbeitseinkommen oder Versorgungsbezüge, ist die Beitragsfreiheit bezogen auf diese Einnahmen ausgeschlossen (§ 225 Satz 2 SGB V). Aus diesen Einnahmen sind demnach Beiträge zu zahlen, auch wenn eine der vorgenannten Voraussetzungen erfüllt ist.

ZUSAMMENFASSUNG

- Jede Krankenversicherungspflicht löst die Beitragspflicht der Rente aus.
- Bei Bezug mehrerer Renten ist jede einzelne Rente beitragspflichtig. Waisenrenten sind in bestimmten Fällen für die Waise selbst beitragsfrei.
- Für die Beitragsbemessung aus der Rente ist einheitlich der allgemeine Beitragssatz maßgebend.
- Darüber hinaus bemessen sich die Beiträge aus der Rente nach dem kassenindividuellen Zusatzbeitragssatz. Änderungen des Zusatzbeitragssatzes wirken sich bei der Rente jedoch erst mit einem zweimonatigen Versatz aus.
- Beitragspflicht beginnt, wenn Krankenversicherungspflicht und Rentenbezug zusammentreffen: Sie entfällt mit Ende der Krankenversicherungspflicht.
- Auch vergleichbare ausländische Renten sind beitragspflichtig.
- Beitragspflicht besteht auch für Versorgungsbezüge und Arbeitseinkommen aus selbstständiger Erwerbstätigkeit, wenn diese (gegebenenfalls zusammen) eine bestimmte Mindestgrenze übersteigen. Für Betriebsrenten gilt zudem ein Freibetrag.
- Rentenantragsteller haben Beiträge zunächst selbst zu zahlen, dabei gibt es Ausnahmen.

AUFGABEN ZUR SELBSTÜBERPRÜFUNG

16. Beschreiben Sie, wann und für welchen Zeitraum Beitragspflicht aus der Rente besteht!

17. Erläutern Sie die Voraussetzungen, die gegeben sein müssen, damit eine Waise aus ihrer Waisenrente keine Beiträge zu zahlen braucht!

18. Welche Besonderheit gilt für die Beitragspflicht im Rentennachzahlungszeitraum?

19. Welche Faktoren bestimmen die Höhe des Beitrages aus der Rente?

20. Welche Beitragssätze gelten für Beiträge aus Versorgungsbezügen?

21. Wann und in welchem zeitlichen Rahmen erhält ein Rentenantragsteller während des Rentenverfahrens gezahlte Krankenversicherungsbeiträge zurück?

Anmerkungen zur Pflegeversicherung:

- Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung löst ebenfalls Beitragspflicht aus der Rente aus.
- Bei Waisenrenten, die in der gesetzlichen Krankenversicherung beitragsfrei sind, umfasst die Beitragsfreiheit auch die Pflegeversicherungsbeiträge.
- Für in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversicherte Rentner finden hinsichtlich der Beitragsbemessung die in der Krankenversicherung geltenden Vorschriften auch in der Pflegeversicherung Anwendung.
- Anders als in der gesetzlichen Krankenversicherung gilt bei der Bemessung der Pflegeversicherungsbeiträge für Betriebsrenten kein Freibetrag.
- Die Bemessung der Beiträge freiwillig krankenversicherter Rentner zur sozialen Pflegeversicherung richtet sich ebenso wie in der Krankenversicherung nach der gesamten wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit des Rentners. Gleiches gilt für Rentner, die nach § 21a SGB XI als Mitglied einer anerkannten Solidargemeinschaft in der sozialen Pflegeversicherung versicherungspflichtig sind.
- Rentner, die als anderweitig Versorgte der Versicherungspflicht nach § 21 SGB XI unterliegen, haben aus ihrer Rente keine Pflegeversicherungsbeiträge zu zahlen.
- Der Beitragssatz in der sozialen Pflegeversicherung beträgt für Zeiten ab dem 1.1.2025 bundeseinheitlich 3,6 %. In der Zeit vom 1.1.1995 bis 30.06.1996 betrug der Beitragssatz 1 %, vom 1.7.1996 bis 30.6.2008 1,7 %, vom 1.7.2008 bis 31.12.2012 1,95 %, vom 1.1.2013 bis 31.12.2014 2,05 %, vom 1.1.2015 bis 31.12.2016 2,35 %, vom 1.1.2017 bis 31.12.2018 2,55 %, vom 1.1.2019 bis 30.6.2023 3,05 % und vom 1.7.2023 bis 31.12.2024 3,4 %. Bei Renten von versicherungspflichtigen Rentnern wurde für die Zeit vom 1.1.2025 bis 30.6.2025 ein Beitragssatz von 3,4 % zugrunde gelegt und die Erhöhung des Beitragssatzes zum 1.1.2025 kumulativ abgegolten. Hierzu war einmalig ein Beitragssatz von 4,8 % auf die im Juli 2025 beitragspflichtige Rente anzuwenden.[54]
- Für versicherungspflichtige Rentner mit einem eigenen, nicht abgeleiteten Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge im Krankheits- oder Pflegefall ist jeweils der halbe Beitragssatz maßgebend.
- Der Beitragssatz erhöht sich für Mitglieder der sozialen Pflegeversicherung, die das 23. Lebensjahr vollendet haben und nach dem 31.12.1939 geboren sind, um einen Beitragszuschlag von 0,6 Beitragssatzpunkten. In der Zeit vom 1.1.2005 bis 31.12.2021 betrug der Beitragszuschlag 0,25 Beitragssatzpunkte und vom 1.1.2022 bis 30.6.2023 0,35 Beitragssatzpunkte.
- Von der Zahlung des Beitragszuschlags befreit sind Personen, die nachweisen, dass sie die „Elterneigenschaft“ besitzen. Eltern im Sinne des Gesetzes sind dabei leibliche, Adoptiv-, Stief- und Pflegeeltern. Eine Befreiung kommt allerdings nicht in Betracht, wenn ein Stiefkind zum Zeitpunkt der Eheschließung und Haushaltsaufnahme

[54] Verordnung zur Anpassung des Beitragssatzes in der sozialen Pflegeversicherung 2025 (Pflege-Beitragssatz-Anpassungsverordnung 2025 - PBAV 2025) vom 20.12.2024 (BGBl. 2024 I, Nummer 446)

beziehungsweise ein Adoptivkind zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Adoption die in § 25 Absatz 2 SGB XI genannten Altersgrenzen bereits erreicht hatte.

- Für Zeiten ab dem 1.7.2023 mindert sich der Beitrag zur sozialen Pflegeversicherung bei Eltern mit mindestens 2 Kindern unter 25 Jahren um einen Beitragsabschlag. Dieser beträgt ab dem zweiten bis zum fünften Kind unter 25 Jahren jeweils 0,25 Beitragssatzpunkte.

- Hinsichtlich der Beitragszahlung aus der Rente ist der Nachweis der Elterneigenschaft und der beim Beitragsabschlag berücksichtigungsfähigen Kinder grundsätzlich vom Rentner gegenüber dem Rentenversicherungsträger zu erbringen. Im Sinne eines effizienten, schnellen und bürgerfreundlichen Verwaltungshandelns wurde jedoch ein digitales Abrufverfahren entwickelt, mit dem den Rentenversicherungsträgern - ebenso wie den übrigen beitragsabführenden Stellen - die benötigten Angaben vorrangig digital aus den beim Bundeszentralamt für Steuern zur Verfügung stehenden Daten übermittelt werden können.

- Für bestimmte Rentenantragsteller (vergleiche Abschnitt 5.4) besteht auch in der sozialen Pflegeversicherung kraft Gesetzes Beitragsfreiheit.

- Auf Antrag besteht Beitragsfreiheit in der sozialen Pflegeversicherung auch für Personen, die sich in stationärer Pflege befinden und nach bestimmten Vorschriften Entschädigungsleistungen erhalten, wenn sie keine Familienangehörigen haben, die nach § 25 SGB XI familienversichert sind.

Gesetzliche Grundlagen für die Beitragsbemessung und Beitragsfreiheit in der sozialen Pflegeversicherung sind:

§§ 55 Absatz 2 und 57 Absatz 1 SGB XI	zur Beitragsbemessung kranken-versicherungspflichtiger Rentner
§§ 55 Absatz 2 und 57 Absatz 4 SGB XI	zur Beitragsbemessung freiwillig krankenversicherter Rentner
§ 55 Absatz 1 und 1a SGB XI	zum Beitragssatz
§ 55 Absatz 3 Satz 1 bis 3 und Absatz 4 SGB XI	zum Beitragszuschlag für Kinderlose
§ 55 Absatz 3 Satz 4 und 5 und Absatz 4 SGB XI	zum Beitragsabschlag für Eltern mit mindestens 2 Kindern unter 25 Jahren
§ 55 Absatz 3a SGB XI	zum Nachweis der Elterneigenschaft und der Anzahl berücksichtigungsfähiger Kinder
§ 55a SGB XI	zum digitalen Abrufverfahren
§ 56 Absatz 1, 2 und 4 SGB XI	zur Beitragsfreiheit

6. Beitragserhebung

LERNZIEL

- Sie können darlegen, wer die Beiträge für die KVdR zu tragen hat und sind in der Lage, im Einzelfall den Beitragseinzug aus der Rente zu erläutern. Sie können Auskunft darüber erteilen, wann eine Erstattung von Beitragsanteilen an den Rentner in Betracht kommt.

6.1 Verfahren der Beitragserhebung

In Kapitel 5 ist beschrieben, wann Rentner Beiträge für die KVdR zu zahlen haben und wie sich diese Beiträge bemessen. Nunmehr stellt sich die Frage der Realisierung dieser Beitragsbelastungen und welche Anteile dabei andere Stellen, etwa der Rentenversicherungsträger, zu tragen haben.

Besondere Bedeutung kommt in diesem Zusammenhang dem Beitragseinzug aus der Rente zu, denn dieser obliegt dem Rentenversicherungsträger. Bei jeder Rentenzahlung muss vom Rentenversicherungsträger in eigener Verantwortung festgestellt werden, ob die Rente der Beitragspflicht unterliegt. Ist dies der Fall, wird der Beitragseinzug veranlasst. Der Rentner ist im Rentenbescheid entsprechend zu informieren.

Gesetzliche Grundlagen für die Beitragserhebung sind:

§ 249a SGB V	zur Tragung der Beiträge aus der Rente
§ 250 Absatz 1 SGB V	zur Tragung der Beiträge aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen
§ 255 SGB V	zur Beitragszahlung aus der Rente
§§ 252, 256 SGB V	zur Beitragszahlung aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen
§§ 230, 231, 238 SGB V	zur Beitragsbemessungsgrenze und Beitragserstattung
§ 48 Absatz 3 KVLG 1989	zur Beitragstragung bei versicherungspflichtigen Mitgliedern der landwirtschaftlichen Krankenkasse

6.2 Beitragsschuldner

Die Frage der Beitragserhebung kann erst vollständig beantwortet werden, wenn nicht nur geklärt ist, wann Beitragspflicht besteht und von welchem Einkommen Beiträge zu erheben sind, sondern auch, wer für die Zahlung der Beiträge verantwortlich ist und die Beiträge trägt – wer also Beitragsschuldner ist. Das richtet sich jedoch nach der jeweiligen Art der beitragspflichtigen Einnahmen.

6.2.1 Beiträge aus der Rente

Seit dem 1.1.2019 werden die bei versicherungspflichtigen Rentnern aus der Rente zu zahlenden Krankenversicherungsbeiträge wieder paritätisch finanziert. Das heißt, dass der Rentner und der Rentenversicherungsträger von diesem Zeitpunkt an sowohl den Beitrag aus der Rente, der sich nach dem allgemeinen Beitragssatz von 14,6 % bemisst, als auch den kassenindividuellen Zusatzbeitrag jeweils zur Hälfte tragen (§ 249a Satz 1 SGB V).

Beispiel 1:

Rentner R. bezieht ab dem 1.4.2026 eine Rente in Höhe von monatlich 900,00 EUR (vergleiche das Beispiel in Abschnitt 5.2.4). Er ist bei der Krankenkasse A versichert, die einen Zusatzbeitragssatz in Höhe von 2,7 % festgesetzt hat.

Wer trägt die Beiträge aus der Rente und wie hoch ist der jeweilige Anteil?

Lösung:

Der Krankenversicherungsbeitrag aufgrund des allgemeinen Beitragssatzes von 14,6 % beträgt 131,40 EUR.
Die Hälfte davon (65,70 EUR) ergibt den Anteil des Rentenversicherungsträgers.
Die andere Hälfte (ebenfalls 65,70 EUR) trägt der Rentner R.
Der Zusatzbeitrag beträgt 24,30 EUR (2,7 % von 900,00 EUR). Auch hier wird die eine Hälfte (12,15 EUR) vom Rentenversicherungsträger und die andere Hälfte (ebenfalls 12,15 EUR) vom Rentner R getragen.

Für versicherungspflichtige Rentner, die Mitglied der landwirtschaftlichen Krankenkasse sind, regelt die spezialgesetzliche Regelung des § 48 Absatz 3 KVLG 1989 die Beitragstragung. Auch sie bestimmt seit dem 1.1.2019, dass der nach dem besonderen Beitragssatz (vergleiche Abschnitt 5.2.4) zu bemessende Krankenversicherungsbeitrag je zur Hälfte vom Rentner und vom Rentenversicherungsträger zu tragen ist. Rechnerisch beträgt der Anteil des Rentners und des Rentenversicherungsträgers im Jahr 2026 somit jeweils 8,75 %.

Eine besondere Regelung zur Beitragstragung gilt seit dem 1.1.2017 für beitragsfreie Waisenrenten im Sinne des § 237 Satz 2 SGB V (siehe Abschnitt 5.2.3). § 249a Satz 2 SGB V legt fest, dass der Rentenversicherungsträger auch bei einer Waisenrente, die für die rentenberechtigte Waise selbst beitragsfrei ist, die Hälfte der nach der Rente bemessenden Beiträge zu tragen hat, wie er sie ohne die Beitragsfreiheit zu tragen hätte.

Beispiel 2:

Die 14-jährige Waise S. bezieht ab dem 22.3.2026 eine Halbwaisenrente in Höhe von monatlich 210,00 EUR. Sie ist aufgrund des Rentenbezuges versicherungspflichtig nach § 5 Absatz 1 Nummer 11b Buchstabe a SGB V und Mitglied der Krankenkasse C, die einen Zusatzbeitragssatz in Höhe von 3,4 % festgesetzt hat.

Wer trägt die Beiträge aus der Rente und wie hoch ist der jeweilige Anteil?

Lösung:

Der nach dem allgemeinen Beitragssatz von 14,6 % berechnete Beitrag beträgt 30,66 EUR und der Zusatzbeitrag 7,14 EUR. Jeweils die Hälfte davon (15,33 EUR und 3,57 EUR) ergibt die Anteile, die der Rentenversicherungsträger zu tragen hat, insgesamt sind dies 18,90 EUR.
Die Waise S. zahlt aus der Waisenrente keine Beiträge.

Für Rentenbezugszeiten **vom 1.3.2015 bis 31.12.2018** wurde dagegen nur der „allgemeine“ (also der nach dem allgemeinen Beitragssatz von 14,6 % bemessende) Beitrag aus der Rente vom Rentner und vom Rentenversicherungsträger je zur Hälfte getragen. Rechnerisch waren das jeweils 7,3 %. Den kassenindividuellen Zusatzbeitrag hatte der Rentner in diesem Zeitraum allein aufzubringen.

Die Regelung des § 249a Satz 1 SGB V über die Beitragstragung in der hier beschriebenen Form war eigentlich schon am 1.1.2015 in Kraft getreten. Aufgrund der am Ende des Abschnitts 5.2.5 beschriebenen Übergangsregelung des § 322 SGB V hat sie sich jedoch auf die Beitragszahlung aus Renten tatsächlich erst vom 1.3.2015 an ausgewirkt.

In der Zeit **vom 1.1.2009 bis 31.12.2014** enthielt § 249a Satz 1 SGB V in Bezug auf die Verteilung der Beitragslast zwischen versicherungspflichtigen Rentnern und Rentenversicherungsträgern folgende, vom Gesetzgeber recht kompliziert beschriebene Regelung:

Der Rentenversicherungsträger hatte die Hälfte des Beitrages zu tragen, der sich aus der Anwendung des um 0,9 Beitragssatzpunkte verminderten allgemeinen Beitragssatzes auf die Rente ergab. Der verbleibende Beitragsanteil war vom Rentner aufzubringen (§ 249a SGB V). Im Ergebnis betrugen somit der Beitragsanteil des Rentenversicherungsträgers rechnerisch 7,3 % und der Beitragsanteil des Rentners 8,2 % der monatlichen Rente.

Bis zum 31.12.2008 wurde der Beitrag aus der Rente schon einmal je zur Hälfte vom krankenversicherungspflichtigen Rentner und vom Rentenversicherungsträger getragen. Für Zeiten vom 1.7.2005 bis 31.12.2008 war daneben noch ein zusätzlicher Beitrag in Höhe von 0,9 % der monatlichen Rente zu entrichten. Diesen zusätzlichen Beitrag hatte der Rentner allein zu tragen.

6.2.2 Beiträge aus ausländischen Renten

Die aus vergleichbaren ausländischen Renten zu entrichtenden Beiträge hat der krankenversicherungspflichtige Rentner allein zu tragen und selbst an seine Krankenkasse zu zahlen.

Anders als der deutsche Träger der gesetzlichen Rentenversicherung ist der ausländische Rentenversicherungsträger an der Beitragstragung nicht beteiligt. Wie Sie jedoch bereits in

Abschnitt 5.2.6 erfahren haben, sind der Beitragsberechnung aus diesen Renten nur die Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes und seit dem 1.1.2019 auch nur noch die Hälfte des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes zugrunde zu legen sind. Dadurch ergibt sich für den Rentner im Ergebnis die gleiche Beitragsbelastung wie bei seiner deutschen Rente.

Gleiches galt in der Zeit **vom 1.1.2015 bis 31.12.2018**, in der die Beiträge aus ausländischen Renten in Höhe von 7,3 % der jeweiligen Rente zuzüglich des jeweiligen kassenindividuellen Zusatzbeitrages zu zahlen waren sowie in der Zeit **vom 1.7.2011 bis 31.12.2014**, in der die Beiträge aus ausländischen Renten nach dem verminderten allgemeinen Beitragssatz von 8,2 % bemessen wurden.

6.2.3 Beiträge aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen

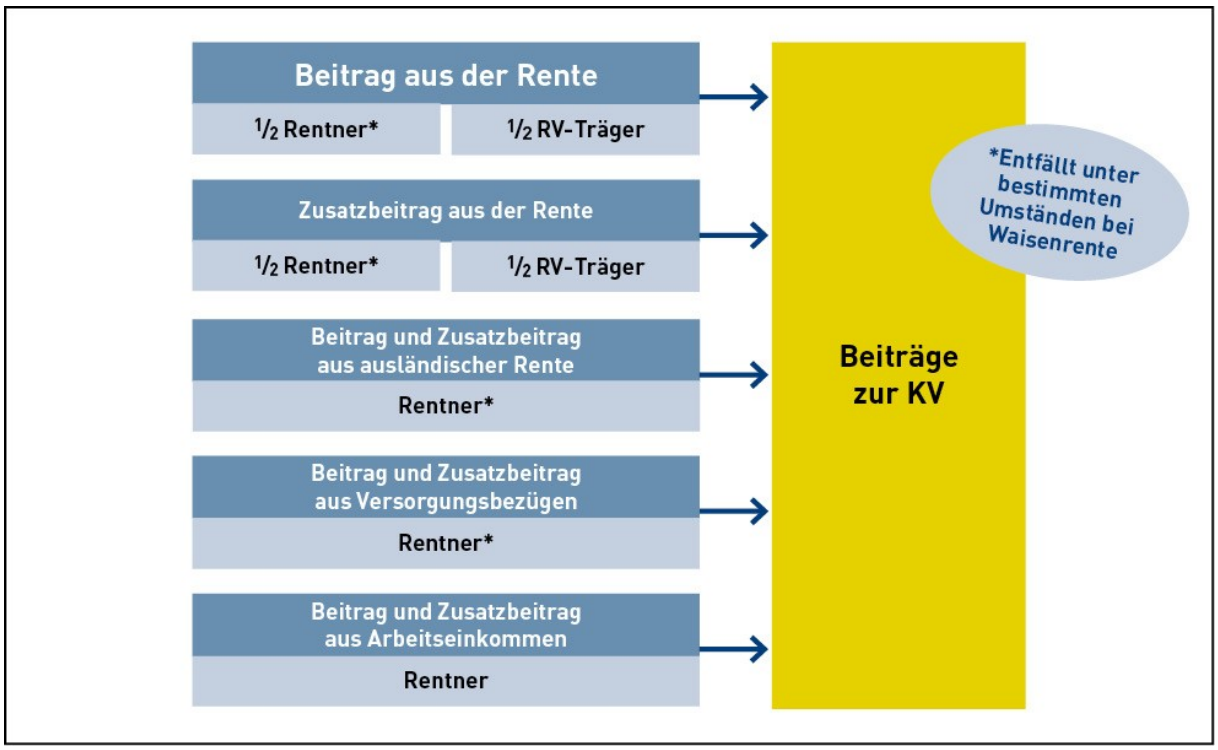
Bezieht ein krankenversicherungspflichtiger Rentner neben seiner Rente noch Versorgungsbezüge (zum Beispiel eine Betriebsrente) oder hat er ein Arbeitseinkommen, das der Beitragspflicht unterliegt, hat er die darauf entfallenden Beiträge allein zu tragen (§ 250 Absatz 1 SGB V).

Beiträge aus Versorgungsbezügen werden durch die Versorgungseinrichtungen (auch Zahlstellen genannt) ebenfalls bei Auszahlung der Bezüge einbehalten und an die zuständige Krankenkasse abgeführt (sogenanntes Zahlstellenverfahren, § 256 Absatz 1 SGB V). Die Versorgungsempfänger teilen dazu ihrer Zahlstelle den Namen und Sitz ihrer Krankenkasse mit (vergleiche Abschnitt 7.3.3).

Hat ein Rentenempfänger Arbeitseinkommen aus einer selbständigen Tätigkeit, die der Krankenversicherungspflicht nicht entgegensteht, ist er selbst für eine ordnungsgemäße Beitragsabführung an die Krankenkasse verantwortlich.

Die nachfolgende Abbildung 9 zeigt Ihnen, wer bei den einzelnen Einkommensarten Beitragsschuldner ist.

Abbildung 9: Beiträge für die KVdR



6.3 Beitragseinzug aus der Rente

Der Beitragseinzug aus der Rente wird vom Rentenversicherungsträger vorgenommen. Die Rentenversicherungsträger haben die Verpflichtung, die vom Rentner zu tragenden Beitragsanteile bei Zahlung der Rente einzubehalten und diese zusammen mit ihren eigenen Beitragsanteilen der Krankenversicherung zuzuführen (§ 255 Absatz 1 SGB V). Die Verfahrensweise des sogenannten Quellenabzugs stellt sicher, dass der einzelne Rentner durch die Beitragspflicht seiner Rente nicht noch mit zusätzlichen Arbeiten belastet wird. Darüber hinaus ist sichergestellt, dass der Krankenversicherung von Amts wegen regelmäßig Beitragszahlungen zufließen.

Diese besondere Regelung für die Beitragszahlung aus der Rente ist jedoch auf die Renten der deutschen gesetzlichen Rentenversicherung beschränkt. Die aus vergleichbaren ausländischen Renten zu zahlenden Beiträge hat der Rentner selbst an seine Krankenkasse zu entrichten. Mit der Zahlung dieser Beiträge ist weder der deutsche noch der ausländische Rentenversicherungsträger befasst.

Seit dem 1.1.2009 fließen die Beitragseinnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung, also auch die aus der Rente zu zahlenden Beiträge, in den Gesundheitsfonds, der vom Bundesamt für Soziale Sicherung verwaltet wird. Die Krankenkassen erhalten aus dem Gesundheitsfonds für jeden ihrer Versicherten bestimmte Zuweisungen. Die Höhe der jeweiligen Zuweisungen errechnet sich anhand der Versichertenzahlen einer Krankenkasse nach den Regeln des Risikostrukturausgleichs. Die Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder dieser Krankenkasse ist dabei ohne Bedeutung.

Eine Ausnahme hiervon bilden allerdings die kassenindividuellen Zusatzbeiträge nach § 242 SGB V. Diese stehen den Krankenkassen in voller Höhe zu, auch wenn sie vom Rentenversicherungsträger zunächst ebenfalls an den Gesundheitsfonds weitergeleitet werden.

Einige in der Vergangenheit geltende Regelungen zur Beitragszahlung sollen an dieser Stelle nicht unerwähnt bleiben:

Der Beitrag, den Rentner in der Zeit **vom 1.7.2005 bis 31.12.2008** aufgrund des zusätzlichen Beitragssatzes von 0,9 % zu zahlen hatten (vergleiche Abschnitte 5.2.5 und 6.2.1), war – wie **vom 1.1.2015 bis 31.12.2018** auch der kassenindividuelle Zusatzbeitrag – vom Rentner allein zu tragen, aber vom Rentenversicherungsträger bei der Rentenzahlung einzubehalten.

Erhob die Krankenkasse dagegen in der Zeit **vom 1.1.2009 bis 31.12.2014** einen einkommensunabhängigen Zusatzbeitrag oder zahlte sie an ihre Mitglieder Prämien aus (vergleiche Abschnitt 5.2.3), geschah dies ohne Mitwirkung des Rentenversicherungsträgers. Den einkommensunabhängigen Zusatzbeitrag hatte das Mitglied nicht nur allein zu tragen, sondern auch selbst an die zuständige Krankenkasse zu zahlen.

6.3.1 Beitragsabzug

Die Krankenkasse prüft nach Rentenantragstellung die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für eine Pflichtmitgliedschaft des Rentenantragstellers in der KVdR und teilt dem Rentenversicherungsträger das Ergebnis ihrer Prüfung mit (mehr über die Technik dieses Meldeverfahrens werden Sie im Kapitel 7 erfahren). Auf der Grundlage dieser Meldung entscheidet der Rentenversicherungsträger über den Beitragsabzug aus der Rente.

Liegt Krankenversicherungspflicht vor, sind die Beiträge bei Zahlung der Rente grundsätzlich von Amts wegen einzubehalten. Für den Einbehalt und die Abführung der Beiträge bedienen

sich die Rentenversicherungsträger des Rentenzahlverfahrens, welches über den Renten Service der Deutschen Post AG durchgeführt wird. Die einzelnen Zahlungsaufträge der Rentenversicherungsträger dorthin enthalten hierzu Verschlüsselungen, die sicherstellen, dass die Beiträge aus der Rente in der zutreffenden Höhe einbehalten werden.

Der Kennzeichnung der Beitragsabführung dient das Merkmal „KVAT“ (zum Beispiel KVAT „5“ bei Beitragseinbehalt oder KVAT „8“, wenn keine Beiträge einzubehalten sind). Waisenrenten, bei denen die besonderen beitragsrechtlichen Regelungen Anwendung finden (Beitragsfreiheit für den Waisenrentner, aber Zahlung eines Beitragsanteils durch den Rentenversicherungsträger), werden zusätzlich durch einen sogenannten Sonderfallschlüssel (SOFAPE 7) gekennzeichnet.

Darüber hinaus werden die Zahlungsaufträge mit dem maßgebenden Institutionskennzeichen (IK) der Krankenkasse versehen. Dieses „IK” ermöglicht es, für jeden Zeitraum die jeweilige Krankenkasse des Rentners (und damit auch den maßgebenden Zusatzbeitragssatz) zuzuordnen.

Beispiel:

Die 45-jährige Ehefrau eines am 18.12.2025 verstorbenen Altersrentners beantragt am 10.1.2026 eine Witwenrente. Rentenbeginn ist der 1.1.2026.

Die Krankenkasse meldet Folgendes:

Die Rentenantragstellerin ist ab dem Tag der Antragstellung in der KVdR versichert. Vor der Antragstellung bestand keine Mitgliedschaft bei einer gesetzlichen Krankenkasse, auch keine Familienversicherung.

Wie ist die Rentenzahlung für den Beitragsabzug zu kennzeichnen?

Lösung

- vom 1.1.2026 bis 9.1.2026 = KVAT „8“ (ohne Beitragsabzug)
- ab 10.1.2026 = KVAT „5“ (mit Beitragsabzug)

Für die Zeit ab dem 10.1.2026 ist der Rentenzahlfall darüber hinaus mit dem IK der Krankenkasse der Rentnerin zu kennzeichnen.

Erhält ein Rentenempfänger mehrere Renten, wird das beschriebene Verfahren des Beitragseinbehalts bei jeder Rente gesondert durchgeführt.

Beginnt, endet oder ändert sich der Beitragseinbehalt aus der Rente, erteilt der Rentenversicherungsträger dem Rentenberechtigten hierüber grundsätzlich einen Bescheid. Ändern sich die für die Beitragsbemessung aus der Rente maßgebenden Beitragssätze (in der Regel wird dies vor allem der kassenindividuelle Zusatzbeitragssatz sein) und kann der Rentenversicherungsträger diese Änderung rechtzeitig ohne eine Erstattung oder Nacherhebung von Beiträgen berücksichtigen, ist jedoch die Erteilung eines besonderen Bescheides nicht erforderlich (§ 255 Absatz 1 Satz 2 SGB V). Der Rentenberechtigte erfährt in diesem Fall die Veränderung in der Regel aus seinem Kontoauszug, der eine entsprechende zusätzliche Information enthält (sogenanntes Kontoauszugsverfahren). Dieses Kontoauszugsverfahren erspart den Rentenversicherungsträgern – und damit auch der Versichertengemeinschaft – erhebliche Kosten dadurch, dass in diesen Fällen auf die Erteilung eines Bescheides verzichtet werden kann.

Der Rentner ist durch das Verfahren nicht benachteiligt. Die Überweisung des geänderten Auszahlungsbetrags der Rente ist nach dem SGB X ein Verwaltungsakt. Deshalb kann bei Einwendungen gegen die neue Beitragsbemessung auch ohne Erhalt eines besonderen Bescheides Widerspruch eingelegt werden.

6.3.2 Erstattungsanspruch der Bundesagentur für Arbeit oder der Leistungsträger nach dem SGB II

In bestimmten Fällen kann ein Teil der Beiträge, die bei Zahlung der Rente vom Rentenversicherungsträger einbehalten werden, von den Agenturen für Arbeit beansprucht werden.

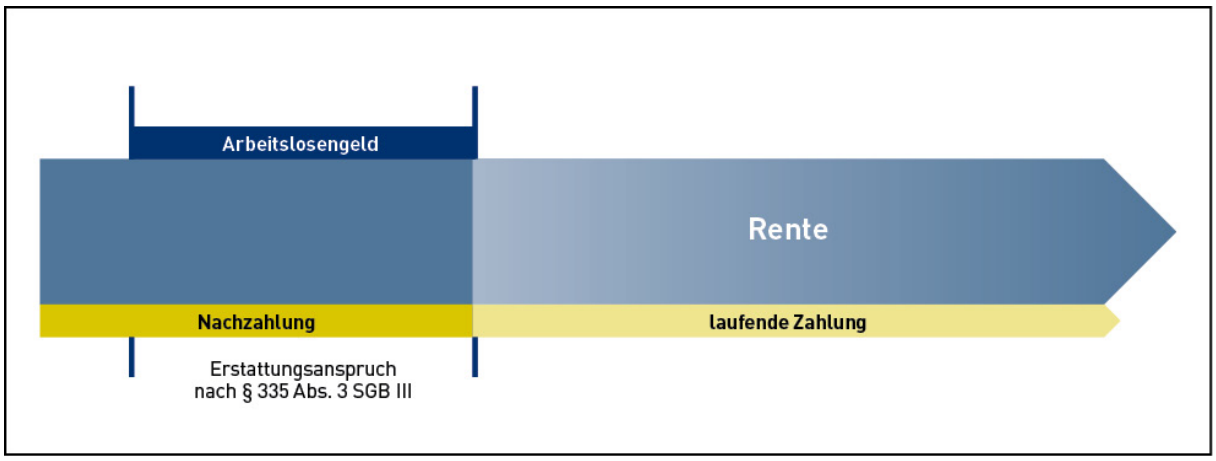
Wie kommt es dazu?

Wer von der Bundesagentur für Arbeit Arbeitslosengeld nach den Vorschriften des SGB III bezieht, unterliegt der Krankenversicherungspflicht (§ 5 Absatz 1 Nummer 2 SGB V). Die Beiträge zur Krankenversicherung trägt die Bundesagentur für Arbeit. Wird einem solchen Leistungsempfänger nunmehr nachträglich von einem Rentenversicherungsträger Rente bewilligt, entfällt regelmäßig der Anspruch auf das Arbeitslosengeld rückwirkend. Diese so entstandene "Überzahlung" gleicht die jeweilige Agentur für Arbeit durch einen Erstattungsanspruch gegen den Rentenversicherungsträger aus (§§ 103, 104 SGB X)

Bei Abrechnung dieses Erstattungsanspruches zahlt der Rentenversicherungsträger zusammen mit den Beträgen der übrigen Erstattungsforderung auch die auf den Zeitraum des Erstattungsanspruchs entfallenden Beitragsanteile des Rentners und des Rentenversicherungsträgers an die jeweilige Agentur für Arbeit aus (§ 335 Absatz 2 SGB III). Dabei wird unabhängig von der Höhe der Erstattungsforderung stets der auf diesen Zeitraum entfallende gesamte Beitrag aus der Rente erstattet.

Die Abbildung 10 verdeutlicht, für welchen Zeitraum die Erstattung der aus der Rente einbehaltenen Krankenversicherungsbeiträge an die Bundesagentur für Arbeit in Betracht kommt.

Abbildung 10: Erstattungsanspruch der Bundesagentur für Arbeit



Dasselbe gilt für die Bundesagentur für Arbeit oder einen kommunalen Träger als Leistungsträger nach dem SGB II. Soweit diese Leistungsträger aufgrund der Gewährung von Arbeitslosengeld II (für Zeiten bis 31.12.2022), Bürgergeld (für Zeiten vom 01.01.2023 bis 30.06.2026) oder Grundsicherungsgeld (für Zeiten ab 01.07.2026) einen Erstattungsanspruch auf die Rentennachzahlung nach § 104 SGB X haben und für den nach § 5 Absatz 1 Nummer 2a SGB V krankenversicherungspflichtigen Leistungsbezieher die

Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung gezahlt haben, können sie auch die auf den Zeitraum des Erstattungsanspruches entfallenden Beitragsanteile des Rentners und des Rentenversicherungsträgers aus der Rente beanspruchen. Gesetzliche Grundlage hierfür ist ebenfalls § 335 Absatz 2 SGB III, der nach § 40 Absatz 2 Nummer 5 SGB II entsprechend anzuwenden ist.

6.3.3 Korrekturen

Stellt sich nachträglich heraus, dass ein Beitragseinbehalt entweder zu Unrecht unterblieben ist oder zu Unrecht durchgeführt wurde, muss er korrigiert werden.

Bei einem unterbliebenen Beitragseinbehalt sind für die zurückliegenden Zeiten die auf die Rente entfallenden Krankenversicherungsbeiträge nachzuerheben (§ 255 Absatz 2 SGB V). Dabei ist zu beachten, dass eine Nacherhebung nur im Rahmen der vierjährigen Verjährungsfrist des § 25 SGB IV vorgenommen werden darf.

Im Falle einer solchen Beitragsnacherhebung führt der Rentenversicherungsträger die Beiträge aus der Rente nachträglich der Krankenversicherung zu. Die rückständigen Beitragsanteile des Rentners werden dabei grundsätzlich aus der weiterhin laufend gezahlten Rente einbehalten. Dabei sind jedoch die durch die Vorschrift des § 51 Absatz 2 SGB I gesetzten Grenzen zu beachten. Der Einbehalt darf bis zur Hälfte der laufenden Rente vorgenommen werden, es sei denn, der Rentner weist nach, dass er bereits Hilfe zum Lebensunterhalt nach den Vorschriften des SGB XII oder Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem SGB II bezieht, oder dass er diese infolge des Einbehalts in Anspruch nehmen müsste.

Sofern der Rentner bislang freiwillig versichert war und daher gegenüber seiner Krankenkasse einen Anspruch auf Erstattung von für die freiwillige Mitgliedschaft entrichteten Beiträgen hat, besteht für den Rentenversicherungsträger seit dem 9.6.2021 auch die Möglichkeit, die Krankenkasse um Verrechnung der rückständigen Beitragsanteile des Rentners aus der Rente mit dem dortigen Erstattungsanspruch zu ersuchen (255 Absatz 2 Satz 3 und 4 SGB V in Verbindung mit § 28 Nummer 1 SGB V)[55].

Wichtig für die Beitragsnacherhebung ist, dass es sich bei den rückständigen Beiträgen des Rentners – so die höchstrichterliche Rechtsprechung – regelmäßig nicht um in der Vergangenheit zu Unrecht ausgezahlte Rentenbeträge handelt. Das hat zur Folge, dass der bisherige Rentenbescheid seinen Bestand behält und insoweit die Regelungen über die Rücknahme von Rentenbescheiden (§§ 45, 48 SGB X) sowie die Erstattung zu Unrecht gezahlter Sozialleistungen (§ 50 SGB X) mit den dort aufgestellten Grundsätzen über den Vertrauensschutz und die Bösgläubigkeit nicht anzuwenden sind. Daher ist es auch ohne Bedeutung, auf wessen Verschulden ein unterlassener Beitragseinbehalt gegebenenfalls zurückzuführen ist.

Der nachträgliche Beitragseinbehalt obliegt grundsätzlich dem Rentenversicherungsträger. Wird eine Rente jedoch nicht mehr gezahlt (beispielsweise bei Wegfall einer Versichertenrente durch Tod des Rentenberechtigten), geht die Verpflichtung zum nachträglichen Beitragseinzug auf die zuständige Krankenkasse über.

Wurden Beiträge zu Unrecht einbehalten, weil der Rentenberechtigte verstorben ist und die Beitragspflicht mit dessen Todestag endete, werden die für die Zeit nach dem Todestag bis zum Ende des Sterbemonats überzahlten Beitragsanteile zurückgezahlt. Diese Rückzahlung

[55] Gesetz zur digitalen Modernisierung von Versorgung und Pflege (Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz – DVMPG) vom 3.6.2021 (BGBl. I, Seite 1309)

wird – wie bereits in Abschnitt 5.2.8 beschrieben – in der Regel vom Renten Service durchgeführt.

Sind dagegen die Beiträge wegen der irrtümlichen Annahme von Beitragspflicht zu Unrecht einbehalten worden, werden dem Rentenberechtigten die zu Unrecht aus der Rente einbehaltenen Beiträge vom Rentenversicherungsträger - auf Antrag oder von Amts wegen - erstattet, sofern die Krankenkasse keine Leistungen aufgrund dieser Beiträge erbracht hat (§ 26 SGB VI). Dabei gilt die vierjährige Verjährungsfrist des § 27 Absatz 2 Satz 1 SGB IV. Der Rentenversicherungsträger hat über die Geltendmachung der Verjährungseinrede im Rahmen pflichtgemäßen Ermessens zu entscheiden.

6.4 Beitragsbemessungsgrenze

Für die Höhe der Beiträge aus der Rente gilt genau wie für alle anderen Krankenversicherungsbeiträge die Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung. Sie beträgt im Jahre 2026 einheitlich in den alten und neuen Bundesländern monatlich 5.812,50 EUR.

Für die Renten der gesetzlichen Rentenversicherung gilt jedoch aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung eine Besonderheit. Der Rentenversicherungsträger hat aus der jeweiligen Rente – unabhängig von der Höhe sonstiger beitragspflichtiger Einnahmen – in jedem Fall eine Beitragserhebung bis zur Höhe der Beitragsbemessungsgrenze vorzunehmen.

Auch bei der Beitragserhebung aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen ist die Beitragsbemessungsgrenze zu beachten. Bei diesen Einkommensarten ist für die Beachtung der Beitragsbemessungsgrenze jedoch die Krankenkasse zuständig.

6.4.1 Reihenfolge der Beitragsberechnung

Treffen verschiedene Einkommensarten zusammen, gilt für die Beitragsberechnung eine bestimmte Reihenfolge. Bei der Festlegung dieser Reihenfolge ist danach zu unterscheiden, ob es sich um einen in der KVdR versicherungspflichtigen Rentner oder um einen anderweitig krankenversicherungspflichtigen Rentner handelt (siehe auch Abbildung 11).

Für in der KVdR versicherungspflichtige Rentner gilt, dass die verschiedenen Einkommensarten in der Reihenfolge

- Renten,
- Versorgungsbezüge,
- Arbeitseinkommen

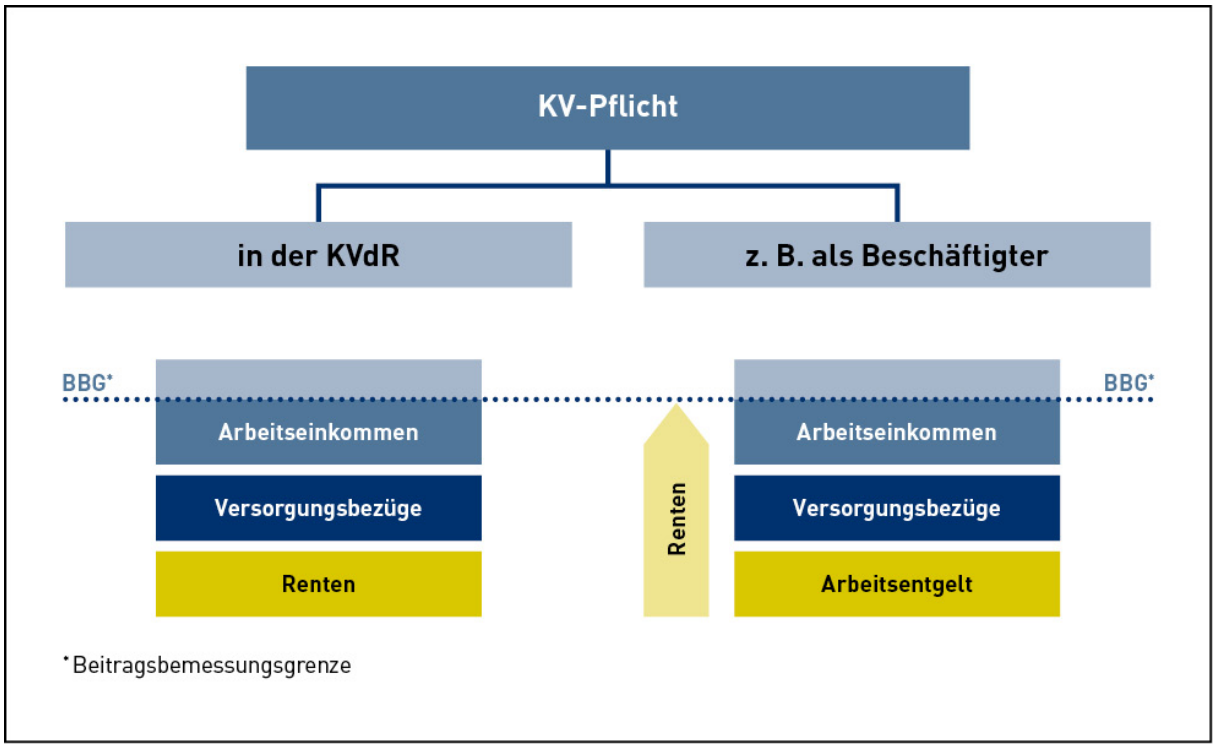
bis zur Beitragsbemessungsgrenze zu berücksichtigen sind (§ 238 SGB V).

Bei anderweitig krankenversicherungspflichtigen Rentnern sind

- zum einen die Renten bis zur Beitragsbemessungsgrenze,
- zum anderen – wiederum bis zur Beitragsbemessungsgrenze – zunächst das Arbeitsentgelt, dann die Versorgungsbezüge und danach das Arbeitseinkommen (ohne Anrechnung der Renten)

zu berücksichtigen (§ 230 SGB V).

Abbildung 11: Reihenfolge der Beitragsberechnung



6.4.2 Beitragserstattung

Die Berücksichtigung der Rente bei der Beitragsberechnung, getrennt von den anderen Einkommensarten bis zur Beitragsbemessungsgrenze, führt von Fall zu Fall dazu, dass zu viel gezahlte Beitragsanteile zu erstatten sind.

Nach der gesetzlichen Regelung werden dem Rentner von der Krankenkasse seine auf die Rente entfallenden Beitragsanteile erstattet, soweit sie zusammen mit den übrigen Beiträgen die Beitragsbemessungsgrenze überschritten haben (§ 231 Absatz 2 SGB V). Der Rentner muss bei seiner Krankenkasse hierzu einen entsprechenden Antrag stellen. Die Krankenkasse ihrerseits ist verpflichtet, den Rentner zu informieren, wenn es zu einer Überschreitung der Beitragsbemessungsgrenze gekommen ist.

Kommt es zu einer Erstattung, erhält auch der Rentenversicherungsträger seine Anteile an der Krankenversicherungsbeiträgen zurück. Der Betrag wird durch die jeweilige Krankenkasse im Wege der Verrechnung ausgeglichen, ohne dass der Sachbearbeiter in der Rentenversicherung im Einzelfall tätig werden muss. Der Rentenversicherungsträger ist allerdings darauf angewiesen, dass der Rentner einen entsprechenden Antrag bei seiner Krankenkasse stellt. Er hat selbst kein eigenständiges Antragsrecht.

Beispiel:

Ein krankenversicherungspflichtig beschäftigter Rentner erhält für den Monat Oktober 2025:

- Rente 1.652,00 EUR
- Arbeitsentgelt 3.925,00 EUR

Er ist bei der Krankenkasse A versichert, die für 2025 einen Zusatzbeitragssatz in Höhe von 2,7 % festgesetzt hatte.

Wie erfolgt die Beitragsbemessung, wie die Erstattung?

Lösung

Rente und Arbeitsentgelt unterliegen getrennt in voller Höhe der Beitragsbemessung.

Danach liegen zu Grunde	=	mtl. 5.577,00 EUR
Beitragsbemessungsgrenze 2025	=	mtl. 5.512,50 EUR
überschreitender Betrag	=	mtl. 64,50 EUR

Aus dem die Beitragsbemessungsgrenze überschreitenden Betrag ergibt sich bei einem allgemeinen Beitragssatz von 14,6 % ein Beitragsanteil des Rentners aus seiner Rente von 4,71 EUR sowie ein Anteil am Zusatzbeitrag von 0,87 EUR (Rechenweg: siehe Beispiel 1 im Abschnitt 6.2.1).

Stellt der Rentner bei seiner Krankenkasse einen Antrag auf Erstattung, erhält er für Oktober 2025 insgesamt 5,58 EUR zurück. Der Rentenversicherungsträger erhält seinen Anteil von 5,58 EUR im Wege der Verrechnung ebenfalls zurück.

ZUSAMMENFASSUNG

- Der nach dem allgemeinen Beitragssatz bemessene Beitrag aus der Rente wird je zur Hälfte vom Rentner und vom Rentenversicherungsträger getragen.
- Gleiches gilt seit dem 1.1.2019 für den aus der Rente zu zahlenden kassenindividuellen Zusatzbeitrag.
- Bei beitragsfreien Waisenrenten zahlt nur der Rentenversicherungsträger seine Beitragsanteile.
- Dem Rentenversicherungsträger obliegt der Einbehalt der aus der Rente zu zahlenden Beiträge.
- Bei fehlerhaftem Einbehalt erfolgt – auch für die Vergangenheit, jedoch unter der Berücksichtigung von Verjährungsvorschriften – eine Korrektur.
- Die Beiträge aus vergleichbaren ausländischen Renten trägt und zahlt der Rentner allein.
- Bei der Beitragsberechnung ist die Beitragsbemessungsgrenze zu beachten.
- Über der Beitragsbemessungsgrenze gezahlte Beiträge werden dem Rentner und dem Rentenversicherungsträger von der Krankenkasse auf Antrag des Rentners erstattet.

AUFGABEN ZUR SELBSTÜBERPRÜFUNG

22. Wer trägt die aus der Rente der deutschen gesetzlichen Rentenversicherung zu zahlenden Beiträge?

23. Welche Besonderheiten gelten für die Beitragstragung bei Waisenrenten, die nach § 237 Satz 2 SGB V beitragsfrei sind?

24. Wer ist für die Abführung der Beiträge aus der Rente der deutschen gesetzlichen Rentenversicherung verantwortlich?

25. Wer trägt die Beiträge aus vergleichbaren ausländischen Renten und wie werden diese gezahlt?

26. Wer trägt die Beiträge aus Versorgungsbezügen und wie werden diese gezahlt?

27. Schildern Sie die Arbeitsschritte, die zum Beitragseinzug aus der Rente zu veranlassen sind!

28. Was gilt für den aus der Rente gezahlten Beitrag im Todesmonat des Rentners?

29. Wann ergibt sich für einen krankenversicherungspflichtig beschäftigten Rentner ein Anspruch auf Erstattung von Beitragsanteilen aus der Rente?

Anmerkungen zur Pflegeversicherung:

- Die Beiträge krankenversicherungspflichtiger Rentner zur sozialen Pflegeversicherung wurden für Rentenbezugszeiten bis zum 31.3.2004 – wie in der Krankenversicherung – vom Rentner und vom Rentenversicherungsträger je zur Hälfte getragen. Seit dem 1.4.2004 hat der Rentner den Beitrag zur Pflegeversicherung aus der Rente jedoch allein aufzubringen. Der Beitragseinbehalt aus der Rente obliegt auch hier dem Rentenversicherungsträger.

- Freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Rentner haben die Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung – ebenso wie in der Krankenversicherung – von jeher in voller Höhe allein zu tragen und direkt an die Pflegekasse zu entrichten. Gleiches gilt für Rentner, die nach § 21a SGB XI als Mitglied einer anerkannten Solidargemeinschaft in der sozialen Pflegeversicherung versicherungspflichtig sind.

- Für Rentenbezugszeiten bis zum 31.3.2004 zahlte der Rentenversicherungsträger freiwillig krankenversicherten Rentnern gegebenenfalls einen Zuschuss nach § 106a SGB VI (vergleiche Kapitel 8). Mit Blick darauf, dass sich der Rentenversicherungsträger nicht mehr am Beitrag der pflichtversicherten Rentner beteiligt, ist für Rentenbezugszeiten ab 1.4.2004 auch die Zahlung eines Zuschusses zur Pflegeversicherung entfallen.

- Hinsichtlich des Einbehalts von Beiträgen zur sozialen Pflegeversicherung aus der Rente einschließlich etwaiger nachträglicher Korrekturen finden dieselben Grundsätze und Verfahren Anwendung wie beim Einbehalt von Krankenversicherungsbeiträgen. Die Vorschriften der gesetzlichen Krankenversicherung gelten hier entsprechend.

Gesetzliche Grundlagen für die Tragung und Zahlung der Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung sind:

§ 59 Absatz 1 Satz 1 SGB XI	zur Tragung der Beiträge krankenversicherungspflichtiger Rentner
§ 59 Absatz 4 SGB XI	zur Beitragstragung freiwillig krankenversicherter Rentner und Mitglieder anerkannter Solidargemeinschaften
§ 60 SGB XI	zur Beitragszahlung

7. Meldeverfahren

LERNZIEL

- Sie können das Meldeverfahren bei Rentenantragstellung anhand der Meldung zur KVdR einleiten und sind in der Lage, die Folgemeldungen der Krankenkassen auszuwerten beziehungsweise die erforderlichen Meldungen des Rentenversicherungsträgers in zutreffender Weise zu bestimmen.

7.1 Bedeutung der Meldungen

Nachdem die Rechtsgrundlagen für die KVdR von der Versicherungspflicht bis zur Beitragserhebung behandelt sind, stellt sich die Frage, wie all dies in die Praxis umgesetzt werden kann. Die Antwort liegt im KVdR-Meldeverfahren. Die KVdR kann nur ordnungsgemäß durchgeführt werden, wenn im Rahmen des KVdR-Meldeverfahrens sowohl der Rentner mitwirkt als auch Rentenversicherungsträger und Krankenkassen lückenlos zusammenarbeiten. Nur dann sind zum einen der Krankenversicherungsschutz des Rentners und zum anderen der Einzug der Beiträge sichergestellt.

Das KVdR-Meldeverfahren beginnt bei der Rentenantragstellung. Hier ist es für Sie wichtig, dass Sie zum Beispiel dem Rentenantragsteller beim Ausfüllen der „Meldung zur Krankenversicherung der Rentner (KVdR) nach § 201 Absatz 1 SGB V" (Meldung zur KVdR) behilflich sein können. Es schließen sich wechselseitige Meldungen des Rentenversicherungsträgers und der Krankenkassen über alle Tatbestände an, die für die KVdR bedeutsam sind.

Auch für die Rentner, die nicht in der KVdR zu versichern sind, ist das KVdR-Meldeverfahren wichtig. Ergibt sich in einem derartigen Fall aus der Meldung das Bestehen einer freiwilligen oder privaten Krankenversicherung, kann der Rentenversicherungsträger den Rentner gezielt auf die Möglichkeit der Beantragung des Zuschusses zur Krankenversicherung hinweisen. Näheres zu diesem Zuschuss erfahren Sie in den nachfolgenden Kapiteln 8 und 9.

Das zwischen den Krankenkassen und den Rentenversicherungsträgern durchzuführende Meldeverfahren wird durch Datenübertragung abgewickelt. Als Mitarbeiter eines Rentenversicherungsträgers erhalten Sie die Meldungen einer Krankenkasse damit nicht auf dem Postweg, sondern als Information innerhalb des Datenverarbeitungssystems. Ebenso werden Ihre Meldungen die Krankenkasse nicht per Vordruck, sondern durch Datenübertragung erreichen. Die zwischen den beiden Sozialversicherungszweigen abzugebenden Meldungen sollen so schnell und zuverlässig fließen.

Auch die bei Rentenantragstellung erforderliche Meldung zur KVdR wird in der Regel per Datensatz an die betreffende Krankenkasse weitergeleitet. Voraussetzung hierfür ist allerdings, dass die Rentenantragstellung vom Rentner oder der den Antrag aufnehmenden Stelle online vorgenommen wird. Ist dies nicht der Fall, wird die Meldung zur KVdR (als einziger Vordruck des Meldeverfahrens) in Papierform an die Krankenkasse weitergeleitet.

Da das maschinell unterstützte Meldeverfahren dem Empfänger einer Meldung ermöglicht, auf eine eingehende Meldung maschinell und damit “automatisiert” zu reagieren (also ohne Einschaltung der Sachbearbeitung folgerichtige Entscheidungen zu treffen), setzt es insbesondere für den Absender einer Meldung ein hohes Maß an Verantwortung voraus. So wie der Rentenversicherungsträger auf Grund eingehender Datensätze der Krankenversicherung zum Beispiel über den Beitragseinbehalt entscheidet, wird die Krankenkasse des Rentners auf Grund Ihrer Meldung (zum Beispiel über die Rentenhöhe) eine Entscheidung treffen, die von der Höhe der Rente abhängt (zum Beispiel darüber, ob bei Nichterfüllung der KVdR-Voraussetzungen eine Familienversicherung möglich ist). Das bedingt für beide Seiten die fehlerfreie Abgabe von Meldungen.

Gesetzliche Grundlagen für das KVdR-Meldeverfahren sind:

§ 201 SGB V zu den Meldepflichten bei Rentenantragstellung und Rentenbezug sowie zum maschinellen Meldeverfahren

§ 202 SGB V zu den Meldepflichten bei Versorgungsbezügen

§ 205 SGB V zu den Meldepflichten des Rentners unter anderem bei Arbeitseinkommen

§ 206 SGB V zu den Auskunfts- und Mitteilungspflichten des Rentenantragstellers

7.2 Meldeverfahren bei Rentenantragstellung

Bereits bei der Rentenantragstellung muss sichergestellt sein, dass alle am Rentenverfahren Beteiligten die für sie wichtigen Sachverhalte erfahren. Dazu erforderlich ist das Zusammenwirken des Rentenantragstellers, der den Antrag aufnehmenden Stelle und der Krankenkasse.

Zu diesem Zweck ist der Rentenantragsteller verpflichtet, eine Meldung zur KVdR für die zuständige Krankenkasse einzureichen (§ 201 Absatz 1 in Verbindung mit § 206 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V). Das gilt bei jeglicher Art der Krankenversicherungszugehörigkeit, also auch, wenn die landwirtschaftliche Krankenkasse zuständig ist. Beantragen mehrere Hinterbliebene, beispielsweise Witwe und Waisen, gleichzeitig Renten wegen Todes, ist für jeden Rentenantragsteller eine eigene Meldung zur KVdR abzugeben.

Die Meldung zur KVdR kann auf zwei inhaltsgleichen Wegen eingereicht werden. Wird der Rentenantrag vom Rentner online gestellt oder von der den Antrag aufnehmenden Stelle online aufgenommen, werden auch die in der Meldung zur KVdR enthaltenen Angaben online abgefragt. Wird der Rentenantrag dagegen noch „herkömmlich“ durch Ausfüllen der Antragsvordrucke gestellt, steht auch für die Meldung zur KVdR ein Vordruck zur Verfügung.

Ein Muster der Meldung zur KVdR (in Vordruckform) ist im Anhang abgedruckt.

7.2.1 Abgabe der Meldung bei Rentenantragstellung

Die Meldung zur KVdR ist grundsätzlich von jedem Rentenantragsteller abzugeben, selbst dann, wenn dieser die Voraussetzungen für die Versicherungspflicht in der KVdR offensichtlich nicht erfüllt, zum Beispiel weil er noch nie Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung war. Sie ist also auch dann erforderlich, wenn der Rentenantragsteller bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert ist und dort auch versichert bleiben möchte.

Zur Prüfung der Voraussetzungen für die KVdR (insbesondere der Vorversicherungszeit) hat der Rentenantragsteller – jeweils zeitraumbezogen – Angaben zur Art seiner bisherigen Krankenversicherung zu machen (Mitglied oder Familienversicherter in der gesetzlichen Krankenversicherung/ private Krankenversicherung/ keine Versicherung) und anzugeben, ob er Kinder hat, für die eine pauschale Anrechnung von jeweils 3 Jahren auf die Vorversicherungszeit in Betracht kommt (siehe Abschnitt 2.3.2). Lediglich Waisen, die unmittelbar vor der Rentenantragstellung gesetzlich krankenversichert waren, brauchen diese Angaben wegen der nicht mehr geforderten Vorversicherungszeit nicht zu machen (siehe Abschnitt 2.4.2).

Darüber hinaus werden in der Meldung zur KVdR Sachverhalte abgefragt, die die Krankenkasse zur eventuellen Führung der Mitgliedschaft benötigt. Das sind insbesondere Angaben über andere Versorgungsbezüge oder weiteres Einkommen.

Erforderlich ist die Abgabe der Meldung zur KVdR selbst dann, wenn der Rentenantragsteller in der Vergangenheit schon einmal eine Rente beantragt oder bezogen hat (zum Beispiel bei Anträgen auf Wiedergewährung einer Waisenrente) oder bereits eine Rente bezieht (zum Beispiel eine Altersrente) und nunmehr eine weitere Rente beantragt (zum Beispiel eine Witwerrente).

Nur in den folgenden Fällen ist die Abgabe einer erneuten Meldung zur KVdR durch den Rentenantragsteller entbehrlich:

- bei Anträgen auf Weiterzahlung einer befristeten Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit, wenn die Voraussetzungen für die KVdR (Vorversicherungszeit) bereits erfüllt sind,
- bei Anträgen auf Änderung der Rentenart, wenn die Voraussetzungen für die KVdR (Vorversicherungszeit) bereits erfüllt sind,
- bei Anträgen auf Weiterzahlung einer Waisenrente

  sowie
- bei Anträgen auf Wechsel von einer Teilrente in eine niedrigere oder höhere Teilrente beziehungsweise von einer Teilrente in eine Vollrente und umgekehrt.

7.2.2 Bestätigung der den Antrag aufnehmenden Stelle

Die vom Rentenantragsteller vorbereitete Meldung zur KVdR wird von der Stelle, die den Rentenantrag entgegennimmt (§ 16 SGB I), mit einer Bestätigung über den Zeitpunkt der Rentenantragstellung und – sofern entsprechende Nachweise vorliegen – über die Personenstandsdaten der vom Rentenantragsteller angegebenen Kinder (siehe Abschnitt 7.2.1) versehen.

Gleichzeitig hat diese Stelle zu veranlassen, dass die Meldung zur KVdR an die zuständige Krankenkasse weitergeleitet wird. Damit für den Rentenantragsteller keine Nachteile entstehen (die letztlich gegebenenfalls das Rentenantragsverfahren verlängern könnten), muss dies unverzüglich geschehen (§ 201 Absatz 1 SGB V).

7.2.3 Bestätigung der Krankenkasse

Zuständig für die Bearbeitung der Meldung zur KVdR ist die Krankenkasse, bei der die Krankenversicherung gerade besteht oder die vom Rentenantragsteller ab dem Tag der Rentenantragsstellung neu gewählt worden ist (vergleiche Abschnitt 4.2.1).

Besteht für den Rentenantragsteller keine Versicherung bei einer gesetzlichen Krankenkasse und hat er auch keine Angaben zur Wahl einer Krankenkasse gemacht, ist die Meldung zur KVdR an die Krankenkasse weiterzuleiten, bei der zuletzt eine Versicherung durchgeführt wurde.

War der Rentenantragsteller bisher nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert und hat keine Angaben zur Krankenkassenwahl gemacht, ist die Meldung zur KVdR einer nach § 173 SGB V wählbaren Krankenkasse zuzuleiten (vergleiche Abschnitt 4.2.1).

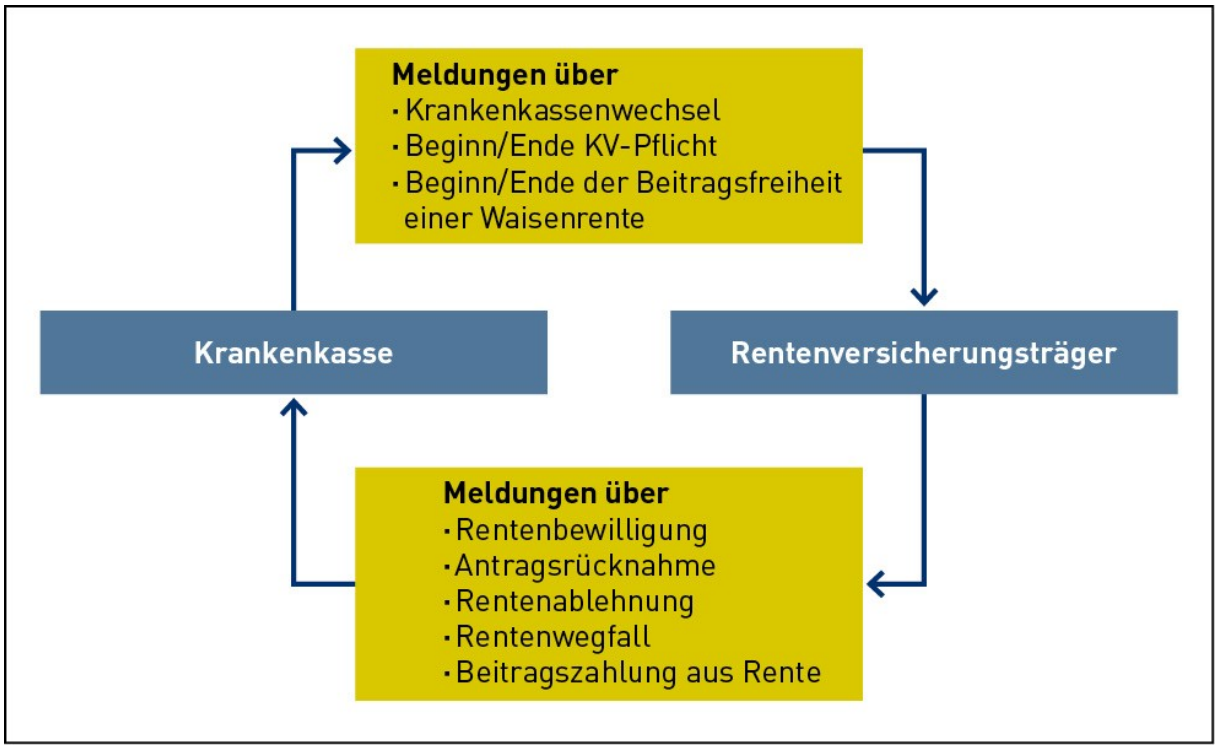
Die jeweilige Krankenkasse prüft die Voraussetzungen für die Versicherungspflicht in der KVdR. Sie unterrichtet den Rentenversicherungsträger mit einer Datenmeldung darüber, ob diese Voraussetzungen erfüllt sind, welches Krankenversicherungsverhältnis zuletzt vor dem Tag der Rentenantragstellung vorgelegen hat und welche krankenversicherungsrechtlichen Auswirkungen die Rentenantragstellung auf das bestehende Krankenversicherungsverhältnis hat.

Aufgrund der bei ihm eingegangenen Meldung hat der Rentenversicherungsträger nunmehr die Möglichkeit, bei Bewilligung einer Rente die erforderlichen Entscheidungen zu treffen, die Zahlung entsprechend zu kennzeichnen und so bei bestehender Beitragspflicht das Verfahren zum Beitragseinbehalt aus der Rente ordnungsgemäß durchzuführen.

7.3 Folgemeldungen

Die Durchführung der KVdR setzt voraus, dass zwischen dem Rentenversicherungsträger, der Krankenkasse und auch dem Rentner kein Informationsdefizit besteht. Das bedeutet, dass es nicht mit der Meldung im Zeitpunkt der Rentenantragstellung sein Bewenden haben kann, sondern dass auch weitere Veränderungen, die Auswirkungen auf das Krankenversicherungsverhältnis haben, entsprechend anzuzeigen sind (siehe Abbildung 12).

Abbildung 12: KVdR-Meldepflichten



7.3.1 Meldepflichten des Rentenversicherungsträgers

Damit die Krankenkasse eine Entscheidung über das Krankenversicherungsverhältnis treffen kann, ist der Rentenversicherungsträger verpflichtet, gegenüber der Krankenkasse, die zurzeit für den Rentner die Krankenversicherung durchführt, entsprechende Meldungen abzugeben (§ 201 Absatz 4 SGB V).

Meldepflichten des Rentenversicherungsträgers bestehen:

- bei **Bewilligung** der Rente über
  - Rentenbeginn,
  - Beginn der erstmaligen laufenden Zahlung,
  - Rentenhöhe
    und
  - Beginn der Beitragszahlung aus der Rente;

- bei **Ablehnung** des Rentenantrages über
  - Datum des Ablehnungsbescheides,
  - Widerspruch, Klage
    sowie
  - Ausgang des Rechtsbehelfsverfahrens;

- bei **Veränderungen** des Rentenbezuges über
  - Ende, Entzug, Wegfall oder Nichtzahlung der Rente
    und
  - Ende der Beitragszahlung aus der Rente.

Bei einer **Rücknahme** des Rentenantrags durch den Rentenantragsteller hat auch darüber eine Meldung an die Krankenkasse zu erfolgen.

Über die gesetzlichen Meldepflichten hinaus gestattet es das maschinelle Meldeverfahren den Rentenversicherungsträgern, den Krankenkassen im Wege der Amtshilfe weitere Tatbestände zu melden, die diese für die Erfüllung ihrer Aufgaben benötigen. So wird der zuständigen Krankenkasse zum Beispiel bei freiwillig krankenversicherten Rentnern eine Änderung der Rentenhöhe mitgeteilt, auf Grund derer sie – ohne den Rentner besonders bemühen zu müssen – den Beitrag zur freiwilligen Krankenversicherung neu festsetzen kann. Ebenfalls wird sie in die Lage versetzt, durch eine im Rahmen der Amtshilfe gemeldete Rentenhöhe zu prüfen, ob ihr Mitglied von Zuzahlungen zu Arzneimitteln befreit werden kann, ob die Voraussetzungen des § 10 Absatz 1 Nummer 5 SGB V für eine beitragsfreie Familienversicherung gegeben sind, oder ob in Verbindung mit anderen beitragspflichtigen Einnahmen die jeweilige Beitragsbemessungsgrenze (vergleiche Abschnitt 6.4) überschritten wird. Die Krankenkasse übermittelt dem Rentenversicherungsträger hierfür einen entsprechenden Anforderungsdatensatz, in dem sie ihm neben dem Zeitraum, für den die Angaben benötigt werden (Beginn und gegebenenfalls Ende), auch den Grund ihres Amtshilfeersuchens mitteilt.

7.3.2 Meldepflichten der Krankenkasse

Die Krankenkasse hat dem Rentenversicherungsträger alle Sachverhalte mitzuteilen, die für die Beurteilung der Beitragspflicht der Rente von Bedeutung sind (§ 201 Absatz 3, 5 SGB V). Darüber hinaus ist dem Rentenversicherungsträger auch eine Mitteilung zu machen, wenn sich die Zuständigkeit der Krankenkasse geändert hat (§ 201 Absatz 2 SGB V).

Folgender Sachverhalt kann einer nachfolgenden Meldung der Krankenkasse zu Grunde liegen:

> **Beispiel:**
>
> Die Witwe W., die die Voraussetzungen für die KVdR nicht erfüllt hat, erhält laufend Witwenrente. Vom Rentenversicherungsträger werden keine Beiträge aus der Rente einbehalten. Die Krankenkasse zeigt als Folge einer Beschäftigungsaufnahme der Witwe zum 1.4.2026 den Beginn von Krankenversicherungspflicht an.
>
> Weshalb ist die Meldung der Krankenkasse notwendig?
>
> **Lösung**
>
> Die Meldung ist notwendig, da vom Rentenversicherungsträger wegen des Eintritts der Krankenversicherungspflicht vom 1.4.2026 an Beiträge aus der Rente einzubehalten sind.

Ändert sich lediglich die Art der Krankenversicherungspflicht, besteht für die Krankenkasse grundsätzlich keine Meldeverpflichtung (zum Beispiel beim Wechsel von der Krankenversicherungspflicht als Beschäftigter zur Versicherungspflicht als Bezieher von Arbeitslosengeld bei ein und derselben Krankenkasse). Ergeben sich durch den Wechsel des Versicherungspflichttatbestandes jedoch beitragsrechtliche Auswirkungen, ist eine entsprechende Meldung der Krankenkasse zwingend erforderlich. Dies ist vor allem bei Waisenrentnern der Fall (zum Beispiel beim Wechsel von der Versicherungspflicht als Waisenrentner zur Versicherungspflicht als Auszubildender).

7.3.3 Meldepflichten der Rentner

Auch Rentenbezieher haben Meldepflichten. Sind Rentner gleichzeitig Bezieher von Versorgungsbezügen, haben sie der Zahlstelle der Versorgungsbezüge den Namen und Sitz ihrer Krankenkasse zu melden (§ 202 SGB V).

Erzielen sie neben der Rente noch Arbeitseinkommen aus einer selbständigen Tätigkeit, sind sie verpflichtet, ihrer Krankenkasse den Beginn, die Höhe sowie jede Veränderung des Arbeitseinkommens zu melden (§ 205 SGB V).

Seit dem 1.7.2011 sind Rentner, die auch von einem ausländischen Rentenversicherungsträger eine gesetzliche Rente erhalten, zudem verpflichtet, der Krankenkasse unverzüglich den Bezug, die Höhe und etwaige Veränderungen dieser ausländischen Rente mitzuteilen (§ 206 SGB V).

7.4 Auswertung der Meldungen

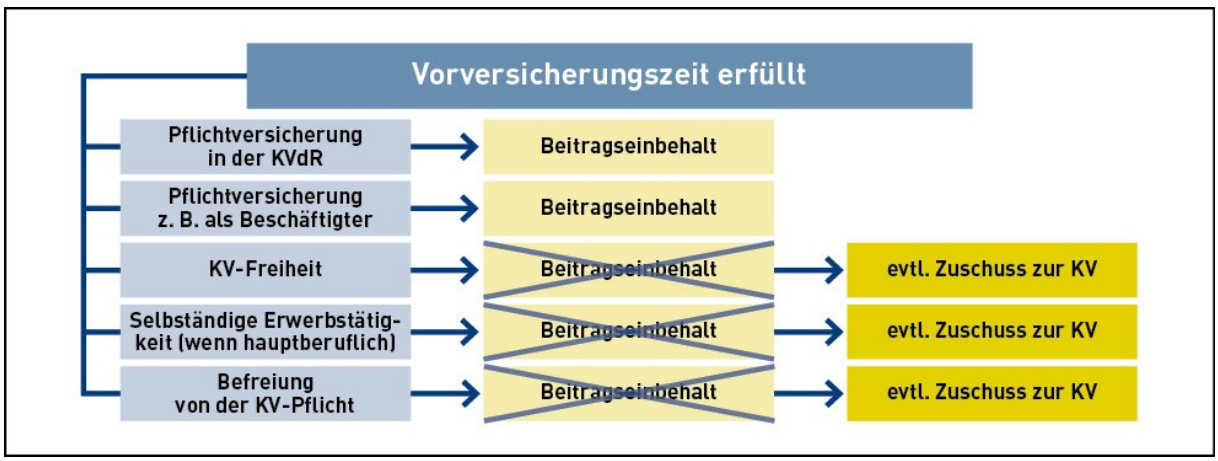
Die Meldungen der Krankenversicherung versetzen den Rentenversicherungsträger in die Lage, die Rentenzahlung ordnungsgemäß zu kennzeichnen.

Nehmen wir an, Sie erhalten im Zuge eines Rentenantragsverfahrens eine maschinelle Meldung der Krankenkasse. Diese Meldung enthält die Information: Die Vorversicherungszeit für die Versicherung in der KVdR ist **erfüllt** oder aber **nicht erfüllt**.

Ausgehend von diesen beiden Möglichkeiten soll nun geprüft werden, wie der Rentenzahlfall hinsichtlich des Beitragseinbehalts zu kennzeichnen ist beziehungsweise was sonst veranlasst werden muss. Dabei ist zu beachten, dass diese Prüfung für den Zeitraum ab Rentenbeginn zu erfolgen hat und auf das jeweils aktuelle Krankenversicherungsverhältnis abgestellt sein muss. Treten Änderungen in der Krankenversicherung des Rentners ein, ist eine erneute Prüfung vorzunehmen.

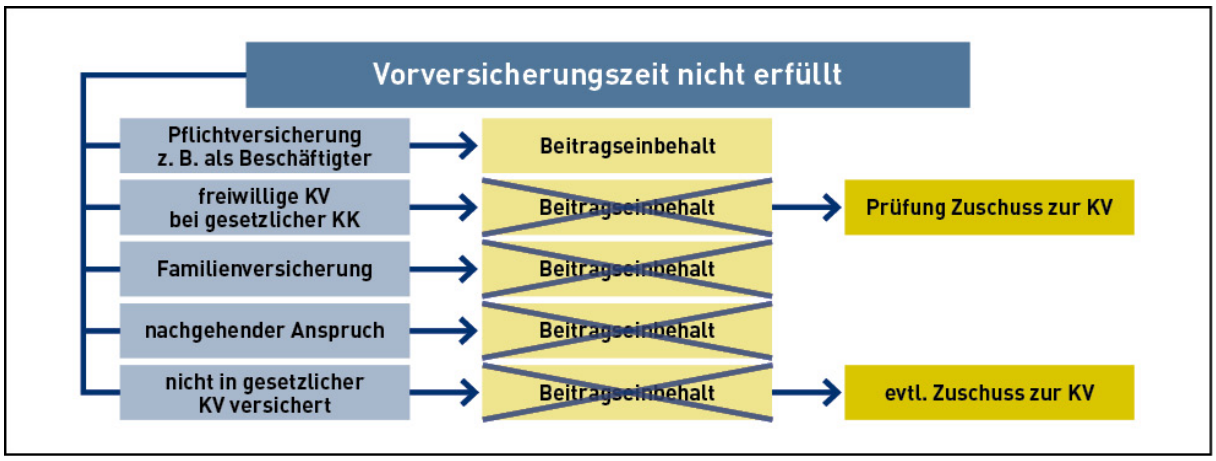
Sind die Vorversicherungszeiten für die KVdR **erfüllt**, ist zu prüfen, ob eine Pflichtversicherung und damit Beitragspflicht aus der Rente besteht beziehungsweise die KVdR ausgeschlossen ist und gegebenenfalls die Zahlung eines Zuschusses zur Krankenversicherung in Betracht kommt. Zusätzlich muss für den Nachzahlungszeitraum festgestellt werden, ob eine Familienversicherung oder ein nachgehender Anspruch (§ 19 SGB V) vorliegen, die zur Beitragspflicht führen (vergleiche Abschnitt 5.2.4). Enthält die Meldung die Bestätigung der Krankenkasse, dass die Vorversicherungszeit für die KVdR erfüllt ist, ergibt sich damit die in Abbildung 13 dargestellte Auswertung.

Abbildung 13: Auswertung der Meldung bei erfüllter Vorversicherungszeit



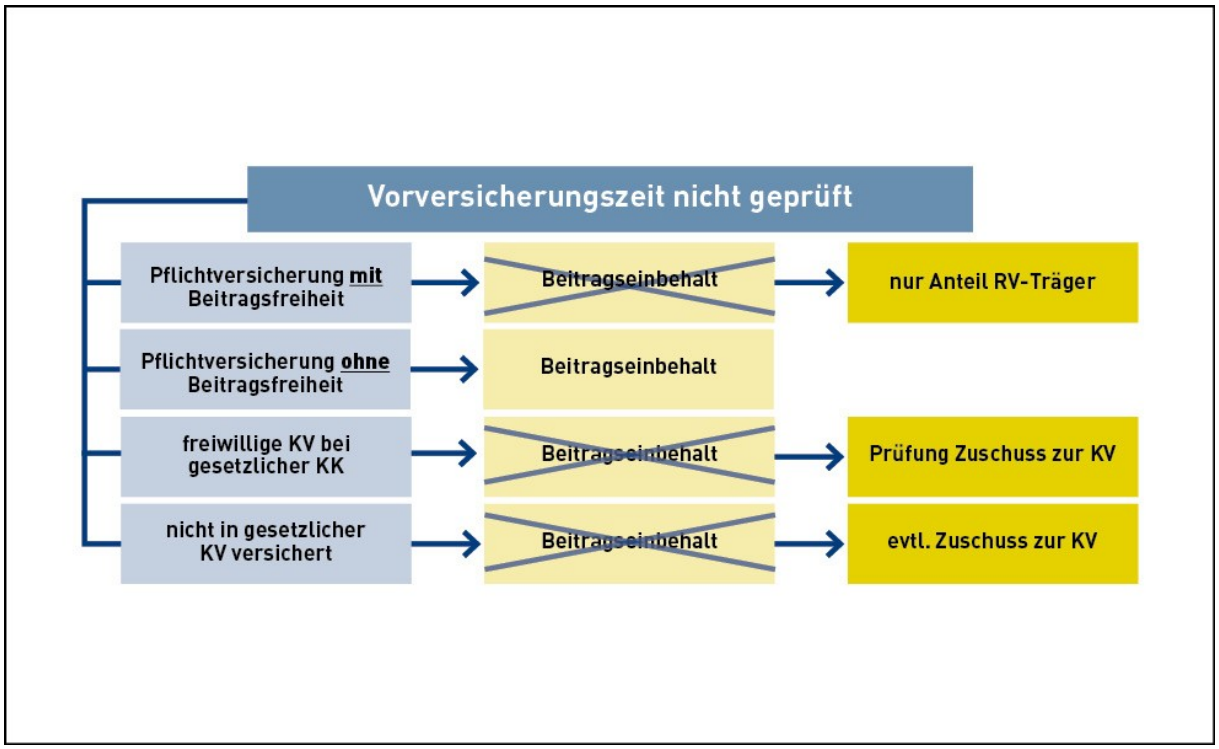
Sind die Vorversicherungszeiten **nicht erfüllt**, ist zu prüfen, ob eine anderweitige Pflichtversicherung vorliegt, die zur Beitragspflicht aus der Rente führt, oder ob eine freiwillige oder private Krankenversicherung besteht, die wiederum die Zahlung eines Zuschusses zur Krankenversicherung ermöglicht. Geht aus der Meldung der Krankenkasse hervor, dass die Vorversicherungszeit für die KVdR nicht erfüllt ist, ergibt sich folglich die in Abbildung 14 dargestellte Auswertung.

Abbildung 14: Auswertung der Meldung bei nicht erfüllter Vorversicherungszeit



Wie Sie bereits in Kapitel 2 erfahren haben, ist für die Versicherungspflicht als Waisenrentner (§ 5 Absatz 1 Nummer 11b Buchstabe a SGB V) seit dem 1.1.2017 regelmäßig keine Vorversicherungszeit mehr erforderlich. Bei Waisenrenten, die nach dem 31.12.2016 beantragt worden sind, enthält die Meldung der Krankenkasse daher die Aussage, dass die Vorversicherungszeit **nicht geprüft** worden ist. Besteht eine Versicherungspflicht als Waisenrentner, hat die Krankenkasse allerdings in der Meldung ergänzend anzugeben, ob diese im konkreten Einzelfall die Beitragsfreiheit der Waisenrente nach § 237 Satz 2 SGB V zur Folge hat oder nicht (vergleichen Sie hierzu noch einmal die Ausführungen im Abschnitt 5.2.3). Daraus ergibt sich dann die in Abbildung 15 dargestellte Auswertung:

Abbildung 15: Auswertung der Meldung bei Waisenrenten (Vorversicherungszeit nicht geprüft)



ZUSAMMENFASSUNG

- Das Meldeverfahren beginnt bei Rentenantragstellung.
- Die bei Rentenantragstellung abzugebende Meldung zur KVdR enthält unter anderem Angaben des Rentenantragstellers über die Art seiner bisherigen Krankenversicherungen.
- Die Meldung zur KVdR dient auch der Bestätigung der den Antrag aufnehmenden Stelle über den Zeitpunkt der Rentenantragstellung.
- Nach Auswertung der Meldung zur KVdR erstattet die Krankenkasse dem Rentenversicherungsträger eine maschinelle Meldung über die krankenversicherungsrechtlichen Auswirkungen der Rentenantragstellung.
- Es bestehen Meldepflichten des Rentenversicherungsträgers, der Krankenkasse und des Rentners.

AUFGABEN ZUR SELBSTÜBERPRÜFUNG

30. Stellen Sie anhand der Meldung zur KVdR (abgedruckt im Anhang) fest, wer anlässlich der Rentenantragstellung am Meldeverfahren beteiligt ist!

31. Warum ist das Meldeverfahren nicht nur bei Rentenantragstellung, sondern auch bei laufendem Rentenbezug von Bedeutung?

32. Welche Meldepflichten hat der Rentenversicherungsträger gegenüber der Krankenkasse?

33. Welche Meldepflichten hat die Krankenkasse gegenüber dem Rentenversicherungsträger?

34. Für einen Rentner, dessen Rentenzahlung so gekennzeichnet ist, dass keine Beiträge für die Krankenversicherung einbehalten werden, meldet die Krankenkasse den Beginn einer Krankenversicherungspflicht als Beschäftigter. Was haben Sie zu veranlassen?

ANMERKUNGEN ZUR PFLEGEVERSICHERUNG

- Ebenso wie in der Krankenversicherung ist für die ordnungsgemäße Durchführung der Pflegeversicherung ein lückenloses Meldeverfahren notwendig.
- Die bei der Rentenantragstellung an die Krankenkasse abzugebende Meldung zur KVdR beinhaltet auch die für die Pflegeversicherung bedeutsamen Tatbestände.
- Die Meldung zur Krankenversicherung schließt die Meldung zur Pflegeversicherung ein.
- Besondere Meldungen hinsichtlich der Pflegeversicherung sind notwendig, wenn besondere, speziell die Pflegeversicherung betreffende Tatbestände zu melden sind (zum Beispiel Beitragsfreiheit in der Pflegeversicherung oder halber Beitragssatz wegen Beihilfeberechtigung).
- Lediglich zum Vorliegen/Nichtvorliegen einer Elterneigenschaft sowie zur Anzahl der für den Beitragsabschlag berücksichtigungsfähigen Kinder im Sinne des § 55 Absatz 3 SGB XI werden von der Kranken-/Pflegekasse keine Meldungen abgegeben. Diese Angaben werden den Rentenversicherungsträger im digitalen Abrufverfahren nach § 55a SGB XI übermittelt oder müssen vom Rentner selbst gegenüber dem Rentenversicherungsträger nachgewiesen werden (§ 55 Absatz 3a SGB XI).
- Auch wenn sich der Rentenversicherungsträger seit dem 1.4.2004 nicht mehr an dem Beitrag zur Pflegeversicherung aus der Rente beteiligt, sind Meldungen über das Pflegeversicherungsverhältnis notwendig, da er weiterhin über den Beitragseinbehalt zu entscheiden hat.
- Private Versicherungsunternehmen sind zur Abgabe von Meldungen (an das Bundesversicherungsamt) verpflichtet, wenn privat Krankenversicherte nicht rechtzeitig einen privaten Pflegeversicherungsvertrag abschließen oder einen bestehenden Vertrag unberechtigt kündigen.

Gesetzliche Grundlagen für das Meldeverfahren in der Pflegeversicherung sind:

§ 50 SGB XI	für die Melde- und Auskunftspflichten bei Mitgliedern der sozialen Pflegeversicherung
§ 51 SGB XI	für Meldungen bei Mitgliedern der privaten Pflegeversicherung

8. Anspruch auf Zuschuss zur Krankenversicherung

LERNZIEL

- Sie können das Bestehen eines Anspruches auf Zuschuss zur Krankenversicherung prüfen und sind in der Lage, dessen Beginn und Ende zu bestimmen.

8.1 Prinzip der Gleichbehandlung

Wie in Kapitel 6 festgestellt, hat der Rentenversicherungsträger für die krankenversicherungspflichtigen Rentner erhebliche Mittel dadurch aufzuwenden, dass er sich an der Tragung der Beiträge aus der Rente beteiligt. Aber auch wer nicht pflichtversichert ist, sondern seinen Krankenversicherungsschutz durch eine freiwillige oder private Krankenversicherung hat, soll nicht leer ausgehen. Für diese Rentner hat der Gesetzgeber geregelt, dass sie zu ihren Aufwendungen für diese Krankenversicherung vom Rentenversicherungsträger einen entsprechenden Zuschuss erhalten.

Der Zuschuss wird zusätzlich zur Rente gezahlt, und zwar grundsätzlich in einer Summe mit der monatlichen Rente. Der Rentner hat ihn dann selbst zur Bezahlung seiner Beiträge für die Krankenversicherung zu verwenden. Als insoweit zweckgebundener Anspruch ist der Zuschuss zur Krankenversicherung nicht pfändbar (§ 851 ZPO, § 399 BGB).

Nachfolgend wird dargestellt, welche Voraussetzungen im Einzelnen erfüllt sein müssen, damit der Rentner einen Anspruch auf den Zuschuss hat, und wann der Zuschuss beginnt oder endet. Die Höhe des Zuschusses und die Berechnungsgrundsätze werden dann im Kapitel 9 behandelt.

Gesetzliche Grundlagen für den Anspruch auf Zuschuss sind:

§ 106 Absatz 1 Satz 1 SGB VI	zu den Anspruchsvoraussetzungen
§ 106 Absatz 1 Satz 2 SGB VI	zum Ausschlussgrund "Krankenversicherungspflicht"
§ 108 Absatz 1 in Verbindung mit §§ 99 bis 102 SGB VI	zu Beginn und Ende des Anspruchs
§ 108 Absatz 2 SGB VI	zur Aufhebung des Zuschussbescheides bei rückwirkendem Eintritt von Versicherungspflicht
§ 19 SGB IV	zum Antragserfordernis
§ 315 Absatz 1 und 4 SGB VI	als Besitzstandsregelungen

8.2 Anspruchsvoraussetzungen

Rentner, die entweder einer gesetzlichen Krankenkasse als freiwilliges Mitglied angehören oder bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind, erhalten auf Antrag einen Zuschuss zu ihren Aufwendungen für die Krankenversicherung (§ 106 SGB VI). Diese Leistung der gesetzlichen Rentenversicherung (§ 23 Absatz 1 Nummer 1 Buchstabe e SGB I) zahlt der Rentenversicherungsträger jedoch nur an Rentenempfänger, die nicht gleichzeitig in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind.

Neben der Pflichtmitgliedschaft bei einer deutschen gesetzlichen Krankenkasse schließt seit dem 1.5.2007 auch eine im Ausland bestehende gesetzliche Pflichtkrankenversicherung die Zahlung eines Zuschusses aus. Dabei ist es grundsätzlich ohne Bedeutung, ob dem Versicherten aufgrund der ausländischen Pflichtversicherung finanzielle Aufwendungen entstehen oder nicht. In diesem Zusammenhang sollten Sie auch wissen, dass es für Rentner, denen am 30.4.2007 – trotz der Pflichtmitgliedschaft in einem ausländischen Krankenversicherungssystem – bereits ein Zuschuss zu einer freiwilligen oder privaten Krankenversicherung gezahlt worden ist, eine entsprechende Besitzstandsregelung gibt (§ 315 Absatz 4 SGB VI).

Ein Rentner, der nicht der Krankenversicherungspflicht unterliegt, erhält also auf Antrag – und nur dann – einen Zuschuss zur Krankenversicherung, wenn die nachfolgenden Anspruchsvoraussetzungen vorliegen:

8.2.1 Rentenbezug

Wer einen Zuschuss zur Krankenversicherung erhalten will, muss Bezieher einer Rente aus der allgemeinen oder der knappschaftlichen Rentenversicherung sein. Zur Gleichbehandlung der freiwillig oder privat krankenversicherten und der versicherungspflichtigen Rentner bilden alle die Renten eine Grundlage für die Zuschusszahlung, welche auch die Versicherungspflicht in der KVdR begründen können. Bitte lesen Sie hierzu nochmals im Abschnitt 2.2 nach, denn die dortigen Ausführungen gelten auch hier.

8.2.2 Freiwillige oder private Krankenversicherung

Voraussetzung für die Zahlung eines Zuschusses zur Krankenversicherung ist neben dem Rentenbezug, dass ein entsprechender Krankenversicherungsschutz gegeben ist:

- als freiwilliges Mitglied einer deutschen gesetzlichen Krankenkasse
  oder
- bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen, das der deutschen Aufsicht unterliegt.

Eine freiwillige Mitgliedschaft in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung kann ausschließlich bei den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung (also bei einer AOK, einer Betriebskrankenkasse, einer Innungskrankenkasse, einer Ersatzkasse, der landwirtschaftlichen Krankenkasse oder bei der Knappschaft) bestehen. Dabei ist es ohne Bedeutung, ob die freiwillige Krankenversicherung auf Antrag des Rentners zustande gekommen ist (§ 9 SGB V) oder von der Krankenkasse nach § 188 Absatz 4 SGB V als obligatorische Anschlussversicherung (vergleiche Abschnitt 4.5) begründet wurde.

Da für die in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Familienangehörigen keine Beiträge erhoben werden (§ 3 SGB V), bildet allein eine Familienversicherung nach § 10 SGB V keine Anspruchsgrundlage für den Zuschuss zur Krankenversicherung.

Ein privater Krankenversicherungsschutz, der Grundlage für den Zuschuss sein soll, muss bei einem Krankenversicherungsunternehmen bestehen, das der deutschen Aufsicht, unterliegt. In europarechtskonformer Auslegung des § 106 SGB VI kann eine private Krankenversicherung bei einem Versicherungsunternehmen auch dann Grundlage für den Zuschuss sein, wenn dieses zwar nicht der deutschen Aufsicht, aber der Aufsicht eines Staates unterliegt, für den das Europarecht gilt.

Voraussetzung für den Zuschuss ist zudem, dass ein Anspruch des Rentners auf Versicherungsleistungen unabhängig von seiner Bedürftigkeit besteht. Daher scheiden sogenannte Unterstützungsvereine oder auch Selbsthilfeorganisationen, bei denen kein

Rechtsanspruch auf die Leistungen besteht, als zuschussfähige Krankenversicherungsunternehmen aus.

Die Mitgliedschaft in der Postbeamtenkrankenkasse oder der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten ist dagegen als eine private Krankenversicherung anzusehen, auf deren Grundlage ein Zuschuss gezahlt werden kann. Gleiches gilt für die Mitgliedschaft in einer Solidargemeinschaft, sofern für diese die Rechtswirkungen des § 176 SGB V gelten (Anerkennung als anderweitige Absicherung im Krankheitsfall) [56] .

Zu beachten ist für den Zuschuss zur privaten Krankenversicherung, dass der Rentner einen eigenen Rechtsanspruch auf die Leistungen haben muss, den er selbst jederzeit verwirklichen kann. Dieser Anspruch darf nicht von der Dispositionsbefugnis eines Dritten, beispielsweise des Ehegatten, abhängig sein. So ist als Krankenversicherungsschutz, für den ein Zuschuss gezahlt werden kann, auch eine Versicherung bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen als Familienangehöriger denkbar, jedoch nur dann, wenn ein eigener Leistungsanspruch besteht. Das ist dann der Fall, wenn mehrere Familienangehörige in einer Familienversicherung zusammengefasst werden. Hier hat jedes Familienmitglied allein die Stellung eines Versicherungsnehmers, da sich die zusammengefasste Familienversicherung theoretisch jederzeit in Einzelverträge trennen ließe.

Diese Voraussetzungen erfüllen zum Beispiel die mitversicherten Familienangehörigen der Postbeamtenkrankenkasse, der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten sowie der meisten nach § 176 SGB V anerkannten Solidargemeinschaften nicht.

Auf den Umfang des Versicherungsschutzes bei einer privaten Krankenversicherung kommt es nicht an. Ein der gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbarer Versicherungsschutz braucht nicht zu bestehen. Es genügt auch, einen Teil der Krankheitskosten abzudecken, also entweder

- ambulante Behandlung,
- stationäre Behandlung,
- zahnärztliche Behandlung
  oder
- Kosten für Arznei-, Heil- oder Hilfsmittel.

Auch eine Krankenhaustagegeldversicherung kann Grundlage für den Zuschuss sein, eine Krankentagegeldversicherung dagegen nicht, da diese ausschließlich wegen des Einkommensausfalls abgeschlossen wird.

8.3 Antrag beim Rentenversicherungsträger

Für die Zahlung des Zuschusses zur Krankenversicherung ist ein Antrag erforderlich (§ 19 SGB IV). Dabei ist der Zeitpunkt der Antragstellung für den frühestmöglichen Beginn des Zuschusses von Bedeutung. Ein verspätet gestellter Antrag bewirkt Verspätungsfolgen für den Beginn des Zuschusses.

Daher enthalten bereits die Rentenantragsvordrucke entsprechende Abfragen, mit deren Beantwortung der Rentenantragsteller (durch Ankreuzen des entsprechenden Feldes auf dem Formular beziehungsweise „online“ durch Bestätigung der entsprechenden Abfrage) den Zuschuss formgerecht beantragen kann. Privat krankenversicherte Rentenantragsteller müssen sich allerdings von ihrem privaten Krankenversicherungsunternehmen den

[56] Gesetz zur digitalen Modernisierung von Versorgung und Pflege (Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz – DVMPG) vom 3.6.2021 (BGBl. I, Seite 1309)

bestehenden Versicherungsschutz und die Beitragshöhe auf einem speziellen Formular bestätigen lassen.

Für freiwillige Mitglieder einer gesetzlichen Krankenkasse ist die Abgabe einer solchen Mitgliedsbescheinigung dagegen nicht notwendig, da dem Rentenversicherungsträger die erforderlichen Angaben von der zuständigen Krankenkasse im Wege des maschinell unterstützten Meldeverfahrens übermittelt werden (vergleiche Abschnitt 7).

Unabhängig davon enthält auch die Meldung zur KVdR die Möglichkeit, den Zuschuss zur Krankenversicherung zunächst formlos zu beantragen. Im Falle eines formlos gestellten Zuschussantrages ist der Antragsteller jedoch gehalten, einen gesonderten Antragsvordruck für den Zuschuss auszufüllen und diesen an den Rentenversicherungsträger zu senden, damit dieser prüfen kann, ob die Anspruchsvoraussetzungen für den Zuschuss gegeben sind.

Beantragen mehrere Hinterbliebene, zum Beispiel Witwe und Waisen, jeweils einen Zuschuss, ist für jeden Antragsteller ein gesonderter Antrag erforderlich.

8.4 Beginn und Ende

Der Zuschuss zur Krankenversicherung soll zeitgleich mit der Rente gezahlt werden. Das geschieht immer dann, wenn die Anspruchsvoraussetzungen für die Rente und den Zuschuss gleichzeitig erfüllt sind und der Zuschuss fristgerecht beantragt wurde.

Ob der Zuschussantrag rechtzeitig gestellt worden ist, richtet sich nach den Regelungen, die auch für die Rentenleistung gelten, neben der ein Zuschuss gezahlt werden soll (§ 108 SGB VI). Für den Beginn des Zuschusses ist daher § 99 SGB VI entsprechend anzuwenden. Anders als beim Beginn einer KVdR-Mitgliedschaft (vergleiche Abschnitt 4.3.1) ist der Tag der Rentenantragstellung für den Beginn des Zuschusses nicht von Bedeutung.

8.4.1 Beginn des Zuschusses

Die jeweiligen Vorschriften über den Rentenbeginn sind für den Beginn des Zuschusses entsprechend anwendbar. Für Versicherten– und Hinterbliebenenrenten gelten daher unterschiedliche Regelungen (§ 99 Absatz 1 oder Absatz 2 SGB VI).

Entsprechend der Regelung über den Beginn einer Versichertenrente ist es erforderlich, dass der Antrag auf Zuschuss bei Versichertenrenten bis zum Ende des dritten Kalendermonats nach Ablauf des Monats gestellt wird, in dem die Anspruchsvoraussetzungen (also Rentenbezug und freiwillige oder private Krankenversicherung; siehe Abschnitt 8.2) erfüllt sind.

Erfolgt die Antragstellung rechtzeitig innerhalb dieser Dreimonatsfrist, wird der Zuschuss von dem Kalendermonat an gezahlt, zu dessen Beginn die Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind. Bei einer verspäteten Antragstellung beginnt der Zuschuss mit Beginn des Antragsmonats.

Was bedeutet das in der Praxis?

> **Beispiel 1:**
>
> Der Antragsteller A. ist seit 2001 bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert. Er erhält ab dem 1.12.2025 Rente wegen voller Erwerbsminderung. Die Voraussetzungen für die KVdR sind nicht erfüllt. A. stellt am 24.3.2026 einen Antrag auf Zuschuss zur Krankenversicherung.

Wann beginnt der Zuschuss?

Lösung:

Die Anspruchsvoraussetzungen (Rentenbezug und private Krankenversicherung) sind am 1.12.2025 erfüllt. Der Antrag vom 24.3.2026 ist innerhalb der Dreimonatsfrist (1.1.2026 bis 31.3.2026) und somit rechtzeitig gestellt worden. Der Zuschuss beginnt gleichzeitig mit der Rente am 1.12.2025.

... und wenn der Antrag erst am **27.4.2026** gestellt wurde?

Lösung:

Dann liegt kein fristgerechter Antrag vor. Der Zuschuss beginnt hier mit dem Kalendermonat der Antragstellung – also am 1.4.2026.

Bei Hinterbliebenenrenten wird der Zuschuss nicht für mehr als zwölf Kalendermonate vor dem Monat geleistet, in dem er beantragt wurde. Wird die Rente bereits ab dem Todestag gezahlt, beginnt der Zuschuss bei rechtzeitiger Antragstellung auch hier zeitgleich mit der Rente. Auch hier die Praxis:

Beispiel 2:

Tod des Versicherten am 19.3.2025. Die Witwe ist seit 2002 bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert. Sie erhält ab dem 1.4.2025 eine Rente wegen Todes. Die Voraussetzungen für die KVdR sind nicht erfüllt. Der Antrag auf Zuschuss wurde am 29.4.2026 gestellt. Wann beginnt der Zuschuss?

Lösung:

Der Zuschuss beginnt zeitgleich mit der Rente am 1.4.2025, da der Antrag rechtzeitig gestellt wurde. Der Zeitraum der 12 Kalendermonate vor dem Antragsmonat umfasst die Zeit vom 1.4.2025 bis 31.3.2026.

... und wenn der Antrag erst am **20.5.2026** gestellt wurde?

Dann liegt kein fristgerechter Antrag vor. Der Zuschuss wird hier rückwirkend nur für längstens zwölf Kalendermonate vor dem Antragsmonat, also ab dem 1.5.2025 gezahlt.

Abweichend hiervon wird der Zuschuss bei einer Witwen- oder Witwerrente an geschiedene Ehegatten stets erst vom Beginn des Monats nach Antragstellung an geleistet (§ 108 in Verbindung mit § 268 SGB VI).

8.4.2 Ende des Zuschusses

Der Anspruch auf den Zuschuss zur Krankenversicherung endet, wenn die Anspruchsvoraussetzungen nicht mehr vorliegen. Da auch für das Ende des Zuschusses die für das Ende der betreffenden Rentenleistung geltenden Vorschriften entsprechend angewendet werden (somit hier § 108 in Verbindung mit § 100 Absatz 3 SGB VI), fällt der Zuschuss grundsätzlich erst mit Beginn des Folgemonats des Wegfalls der Anspruchsvoraussetzungen weg.

Der Anspruch auf den Zuschuss entfällt daher bei Wegfall der Rente oder bei Wegfall der freiwilligen beziehungsweise privaten Krankenversicherung mit Beginn des Folgemonats. Ob

jedoch der Bescheid, mit dem der Zuschuss zur Krankenversicherung bewilligt worden ist, tatsächlich bereits ab diesem Zeitpunkt aufgehoben werden kann, bestimmt sich nach der Korrekturvorschrift des § 48 SGB X. Danach ist eine Aufhebung des Bescheides mit Wirkung für die Zukunft in jedem Fall, mit Wirkung für die Vergangenheit jedoch nur unter den einschränkenden Voraussetzungen des § 48 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 bis 4 SGB X zulässig (zum Beispiel, wenn es der Rentner grob fahrlässig unterlassen hat, dem Rentenversicherungsträger das Ende seiner privaten Krankenversicherung mitzuteilen).

Stirbt ein Rentner im Laufe eines Monats, wird auch der Zuschuss zur Krankenversicherung – entsprechend der Regelung des § 102 Absatz 5 SGB VI für die Rente – bis zum Ablauf des Sterbemonats gezahlt, wie das folgende Beispiel verdeutlicht.

Beispiel:

Tod des Rentners am 15.5.2026. Ende der Rentenzahlung am 31.5.2026.
Wann endet der Zuschuss?

Lösung

Der Zuschuss zur Krankenversicherung endet zeitgleich mit der Rente am 31.5.2026.

8.5 Ausschlussgrund "Krankenversicherungspflicht"

Der Zuschuss wird nicht gezahlt, wenn Krankenversicherungspflicht vorliegt (§ 106 Absatz 1 Satz 2 SGB VI). Die Zahlung eines Zuschusses zur Krankenversicherung kann somit erst beginnen, wenn dieser Ausschlussgrund nicht mehr gegeben ist. Auch die Frist für eine rechtzeitige Antragstellung beginnt in diesem Fall erst mit dem Ende der Versicherungspflicht.

War die Zahlung eines Zuschusses wegen Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung (zum Beispiel wegen einer krankenversicherungspflichtigen Beschäftigung) zunächst ausgeschlossen und endet die Versicherungspflicht nun im Laufe eines Kalendermonats, beginnt der Zuschuss bei Vorliegen der sonstigen Anspruchsvoraussetzungen und rechtzeitiger Antragstellung – als Ausnahme zu den in Abschnitt 8.4.1 erläuterten Regeln – mit dem Tag, der dem Ende der Krankenversicherungspflicht folgt.

Gleiches gilt für das Ende des Zuschusses. Tritt im Laufe eines Kalendermonats Krankenversicherungspflicht ein, endet der Zuschuss – als Ausnahme zu den in Abschnitt 8.4.2 erläuterten Regeln – mit dem Tag, der dem Tag des Beginns der Krankenversicherungspflicht vorausgeht. In diesen Fällen gilt das "Kalendermonatsprinzip" nicht, weil bereits für den Teil des Monats, in dem Krankenversicherungspflicht vorliegt, Beiträge aus der Rente zu zahlen sind.

Beispiel

Der in der KVdR pflichtversicherte Regelaltersrentner R. hat für die Zeit vom 30.10.2020 bis 20.5.2026 eine hauptberuflich selbständige Erwerbstätigkeit ausgeübt, die nach § 5 Absatz 5 SGB V zum vorübergehenden Ausschluss der KVdR führt. Er ist in dieser Zeit freiwilliges Mitglied seiner Krankenkasse.

Für welchen Zeitraum ist bei rechtzeitiger Antragstellung ein Zuschuss zur Krankenversicherung zu zahlen?

Lösung

Der Zuschuss begann am 30.10.2020 und endet am 20.5.2026. Für die Zeit bis 29.10.2020 und ab 21.5.2026 sind wegen der Versicherungspflicht in der KVdR aus der Rente Beiträge einzubehalten.

In diesem Zusammenhang sollten Sie wissen, dass es seit dem 17.11.2016 eine besondere Vorschrift gibt (§108 Absatz 2 SGB VI[57]), die die Aufhebung von Bescheiden über die Bewilligung eines Zuschusses zur Krankenversicherung für die Fälle regelt, in denen die Pflichtmitgliedschaft von der zuständigen Krankenkasse rückwirkend festgestellt wird.

Bestand für den Rentner bislang eine freiwillige Mitgliedschaft bei der Krankenkasse, die infolge der festgestellten Pflichtversicherung rückwirkend beendet wird, ist der Bescheid über die Bewilligung des Zuschusses zu dieser freiwilligen Versicherung – auch ohne Vorliegen der in Abschnitt 8.4.2 genannten Voraussetzungen des § 48 SGB X – vom Beginn der Pflichtmitgliedschaft an aufzuheben (§ 108 Absatz 2 Satz 1 und 3 SGB VI). Einen für die Zeit der Bescheidaufhebung bereits gezahlten Zuschuss hat der Rentner zu erstatten (§ 50 Absatz 1 SGB X).

Für Zeiten, für die dem Rentner bereits gezahlte freiwillige Beiträge wegen der Verjährungsvorschrift des § 27 SGB IV von der Krankenkasse nicht erstattet werden, ist eine Aufhebung des Zuschussbescheides allerdings ausgeschlossen (§ 108 Absatz 2 Satz 2 SGB VI). Für diese Zeiten verbleibt es bei der Zuschusszahlung.

War der Rentner bislang privat krankenversichert, findet die Regelung des § 108 Absatz 2 SGB VI keine Anwendung. In diesem Fall bestimmt sich die Aufhebung des Bescheides über die Bewilligung des Zuschusses zur Krankenversicherung nach § 48 SGB X.

ZUSAMMENFASSUNG

- Der Rentenversicherungsträger zahlt einen Zuschuss zur Krankenversicherung bei Vorliegen von Rentenbezug und freiwilliger oder privater Krankenversicherung.
- Freiwillige Versicherung bedeutet: Freiwillige Mitgliedschaft in einer gesetzlichen Krankenkasse.
- Private Krankenversicherung setzt einen eigenen Leistungsanspruch bei einem Krankenversicherungsunternehmen voraus, das der deutschen Aufsicht oder der Aufsicht eines anderen Staates, in dem das Europarecht Anwendung findet, unterliegt.
- Nur bei rechtzeitiger Antragstellung beginnt der Zuschuss zeitgleich mit der Rentenleistung.
- Der Zuschuss fällt mit Beginn des Kalendermonats weg, zu dessen Beginn die Voraussetzungen nicht mehr vorliegen.
- Bei Ende von Krankenversicherungspflicht beginnt der Zuschuss am folgenden Tag. Bei Beginn von Krankenversicherungspflicht endet der Zuschuss am vorhergehenden Tag.

[57] 6. Gesetz zur Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Vorschriften (6. SGB IV-ÄndG) vom 11.11.2016 (BGBl. I, Seite 2500)

AUFGABEN ZUR SELBSTÜBERPRÜFUNG

35. Nennen Sie die Anspruchsvoraussetzungen für den Zuschuss zur Krankenversicherung!

36. Unter welchen Voraussetzungen begründet eine Familienversicherung bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen den Anspruch auf Zuschuss?

37. Wie wird der Zuschuss zur Krankenversicherung gezahlt?

38. Welche Bedeutung hat der Zuschussantrag?

39. Welche Rechtswirkungen hat der Eintritt von Krankenversicherungspflicht auf den Zuschussanspruch und was ist für die Rentenauszahlung zu veranlassen?

Anmerkungen zur Pflegeversicherung:

- **Für Rentenbezugszeiten bis 31.3.2004** zahlte der Rentenversicherungsträger zur Rente auch einen Zuschuss zur Pflegeversicherung.
- **Für Rentenbezugszeiten seit dem 1.4.2004** ist ein Anspruch auf Zuschuss zur Pflegeversicherung generell nicht mehr gegeben; insoweit hat die geänderte Beitragstragung zur sozialen Pflegeversicherung bei pflichtversicherten Rentnern (vergleiche Abschnitt 6) ihren Gleichklang bei den freiwillig und privat krankenversicherten Rentnern gefunden.

  Gesetzliche Grundlage für den Anspruch auf Zuschuss zur Pflegeversicherung **bis 31.3.2004** war:

  § 106a Absatz 1 SGB VI zu den Anspruchsvoraussetzungen

9. Höhe des Zuschusses zur Krankenversicherung

LERNZIEL

- Sie können die Ausgangswerte für die Höhe des Zuschusses zur Krankenversicherung ermitteln und sind in der Lage, den Zuschuss zu berechnen.

9.1 Bemessungsgrundsätze

Der Zuschuss an freiwillig oder privat krankenversicherte Rentner (vergleiche Kapitel 8) soll dem Grunde nach deren Gleichbehandlung mit den pflichtversicherten Rentnern sicherstellen. Vor diesem Hintergrund ist die Höhe des Zuschusses gesetzlich so festgelegt, dass der freiwillig oder privat krankenversicherte Rentner als Zuschuss im Ergebnis den Betrag erhält, den der Rentenversicherungsträger für einen vergleichbaren krankenversicherungspflichtigen Rentner als Beitragsanteil zu tragen hat.

Seit dem 1.1.2009 ist für die Berechnung des Zuschusses bei freiwillig oder privat krankenversicherten Zuschussempfängern gleichermaßen der allgemeine Beitragssatz maßgebend (§ 106 SGB VI in Verbindung mit § 241 SGB V), der auch der Beitragsbemessung krankenversicherungspflichtiger Rentner zugrunde liegt (vergleiche Abschnitt 5.2.3).

Für Zeiten ab dem 1.1.2019 ist jedoch der Berechnung des Zuschusses bei freiwillig krankenversicherten Rentnern neben dem allgemeinen Beitragssatz auch der jeweilige Zusatzbeitragssatz ihrer Krankenkasse zugrunde zu legen. Bei Änderungen des Zusatzbeitragssatzes gelten dieselben Regeln, die Sie diesbezüglich bei pflichtversicherten Rentnern kennen gelernt haben (vergleiche Abschnitt 5.2.4).

Bei privat krankenversicherten Rentnern bestimmt sich die Zuschusshöhe vom 1.1.2019 an nach dem allgemeinen Beitragssatz zuzüglich des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes (vergleiche hierzu Abschnitt 5.2.4)[58].

Wird der Zuschuss zu den Aufwendungen des Rentners für eine private Krankenversicherung geleistet, darf die Zuschusshöhe die Hälfte dieser Aufwendungen nicht übersteigen.

Ist ein Rentner sowohl freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung als auch bei einem privaten Versicherungsunternehmen krankenversichert (zum Beispiel im Rahmen einer Zusatzversicherung), wird der Zuschuss ausschließlich zu seiner freiwilligen Versicherung gezahlt.

Im Zusammenhang mit der Zuschussberechnung sollten Sie auch wissen, dass sich die Vorschriften über die Zuschusshöhe in den vergangenen Jahren bereits mehrfach (und zum Teil grundlegend) geändert haben:

Bis zum 31.3.2004 existierte für freiwillig und privat krankenversicherte Rentner lediglich eine gemeinsame Berechnungsvorschrift. Für die Bestimmung der Höhe des Zuschusses war bei beiden Personengruppen der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz der Krankenkassen maßgebend, den das damalige Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung jeweils zum 1. Januar eines Jahres festgestellt hatte.

---

[58] Gesetz zur Beitragsentlastung der Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versichertenentlastungsgesetz – GKV-VEG) vom 11.12.2018 (BGBl. 1, Seite 2387)

Der so errechnete Zuschussbetrag war – wiederum in beiden Fällen – auf die Hälfte der Aufwendungen zu begrenzen, die dem Rentner tatsächlich für seine (freiwillige oder private) Krankenversicherung entstanden sind.

Vom 1.4.2004 bis 31.12.2008 bestimmte sich die Höhe des dem Rentner zustehenden Zuschusses schon einmal in Abhängigkeit von der Art seines Krankenversicherungsschutzes:

Bei Rentnern, die freiwillige Mitglieder einer gesetzlichen Krankenkasse waren, wurde für die Ermittlung der Zuschusshöhe der allgemeine Beitragssatz der Krankenkasse zu Grunde gelegt, bei der sie versichert gewesen sind. Auch hier galten im Falle von Beitragssatzänderungen dieselben Regeln wie für pflichtversicherte Rentner (vergleiche Abschnitt 5.2.5).

Darüber hinaus fand bei freiwillig versicherten Zuschussempfängern seit dem 1.4.2004 die Begrenzungsregelung, die Ihnen in Abschnitt 9.3 noch näher vorgestellt wird, keine Anwendung mehr. Bei diesem Personenkreis ist bis heute die Höhe der Beitragsaufwendungen für die Höhe des Zuschusses ohne Bedeutung.

Privat krankenversicherte Zuschussempfänger erhielten dagegen weiterhin einen Zuschuss, der sich nach Maßgabe des durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes aller Krankenkassen bestimmte. Dieser wurde vom Bundesministerium für Gesundheit nun allerdings jeweils zum 1. März eines Jahres festgestellt und galt dann vom 1. Juli des Jahres bis zum 30. Juni des Folgejahres. Beibehalten worden ist bei diesem Personenkreis auch die Begrenzung des Zuschusses auf die Hälfte der tatsächlichen Aufwendungen des Rentners für seine Krankenversicherung.

Für bestimmte "Altfälle", bei denen nach den in der Vergangenheit (gemeint sind hier Zeiten vor dem 1.1.1992) geltenden Vorschriften ein höherer Zuschussbetrag ermittelt worden war, können ausnahmsweise höhere Besitzstandsbeträge maßgebend sein. Wegen der nicht ins Gewicht fallenden Zahl dieser Fälle kann allerdings hier auf ihre nähere Behandlung verzichtet werden. Es genügt die Kenntnis, dass derartige Fälle auftreten können und welches die gesetzlichen Grundlagen sind.

Von Fall zu Fall wünschen Rentner, dass nur ein niedrigerer Zuschussbetrag an sie ausgezahlt wird, als ihnen nach den Berechnungsgrundsätzen eigentlich zusteht. Die Zulässigkeit eines derartigen Leistungsverzichts ist nach § 46 SGB I zu prüfen. Verzichten Rentner zum Beispiel aus beihilferechtlichen Gründen auf Teile des ihnen zustehenden Zuschusses, stehen Rechtsgründe diesem Verzicht regelmäßig nicht entgegen. Der Verzicht kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen oder auch der Höhe nach neu bestimmt werden.

Gesetzliche Grundlagen für die Höhe des Zuschusses sind:

§ 106 Absatz 2 SGB VI	hinsichtlich des Zuschussbetrages aus der Rente bei freiwilliger Krankenversicherung
§ 106 Absatz 3 SGB VI	hinsichtlich des Zuschussbetrages aus der Rente bei privater Krankenversicherung
§ 106 Absatz 4 SGB VI	zur Rangfolge bei gleichzeitiger freiwilliger und privater Krankenversicherung
§ 315 Absatz 2, 3 SGB VI	als Besitzstandsregelungen für bestimmte "Altfälle"

9.2 Zuschussbetrag

Der Zuschuss zur Krankenversicherung wird in Höhe eines bestimmten Prozentsatzes vom jeweiligen Rentenzahlbetrag gezahlt. Das bedeutet, dass der Zuschuss zunächst von zwei Größen abhängig ist:

- dem Zahlbetrag der Rente
  sowie
- dem nach § 106 Absatz 2 und 3 SGB VI maßgebenden Prozentsatz.

Wird der Zuschuss zu einer privaten Krankenversicherung geleistet, ist er zudem auf die Hälfte der tatsächlichen Aufwendungen für diese Versicherung zu begrenzen. In diesen Fällen kommt somit eine dritte Rechengröße hinzu:

- die Aufwendungen für die – private – Krankenversicherung.

Bei der Berechnung des Zuschusses ist daher zunächst festzustellen, zu welcher Art der Versicherung (freiwillig oder privat) dieser gezahlt werden soll. In Abhängigkeit davon ergeben sich die notwendigen Berechnungsschritte:

Bei Bestehen einer **freiwilligen Versicherung** ist lediglich der Betrag zu ermitteln, der sich aus der Anwendung des maßgebenden Prozentsatzes auf den Zahlbetrag der Rente ergibt. Die Hälfte davon – centgenau – ergibt bereits den Zuschuss. Die Berechnungsformel lautet hier demnach:

Zahlbetrag der Rente x Maßgebender Prozentsatz : 2 = Zuschussbetrag

Bei Vorliegen einer **privaten Krankenversicherung** stellt der so ermittelte Betrag dagegen zunächst nur den Höchstbeitrag für den Zuschuss dar. Dieser ist in einem weiteren Schritt gegebenenfalls auf die Hälfte des Betrages zu begrenzen, den der Rentner für seine Krankenversicherung aufwendet. Das Ergebnis – wiederum centgenau – ist dann der Zuschuss zur Krankenversicherung. Die einzelnen Berechnungsschritte bei diesem Personenkreis noch einmal im Überblick:

1. Zahlbetrag der Rente x Maßgebender Prozentsatz : 2 = Höchstzuschussbetrag

2. Aufwendungen für KV : 2 = Grenzbetrag für Zuschuss

3. Niedrigerer Betrag aus 1. oder 2. = Zuschussbetrag

Werden mehrere Renten wegen Todes (zum Beispiel Witwen- und Waisenrente) aus ein und derselben Versicherung gezahlt, hat gegebenenfalls jeder Berechtigte Anspruch auf einen Zuschuss zur Krankenversicherung.

9.2.1 Zahlbetrag der Rente

Nunmehr kennen Sie bereits die "Formel", nach der sich der Zuschuss zur Krankenversicherung berechnen lässt. Zu erklären bleiben jetzt die einzelnen Ausgangswerte.

Was ist unter dem **"Zahlbetrag der Rente"** zu verstehen?

In Abschnitt 5.2.2 haben Sie erfahren, welcher Rentenzahlbetrag für die Rente als beitragspflichtige Einnahme maßgebend ist. Da bei der Zahlung eines Zuschusses zur Krankenversicherung die Gleichbehandlung der Zuschussempfänger mit den krankenversicherungspflichtigen Rentnern von Bedeutung ist, gelten die dortigen Ausführungen ohne Ausnahme auch, wenn es um den für die Berechnung des Zuschusses maßgebenden Rentenzahlbetrag geht (**zur Erinnerung:** monatliche Rente nach Anwendung der Nichtleistungsvorschriften mit Leistungsanteil aus der Höherversicherung sowie Auffüllbeträgen, Renten- und Übergangszuschlägen).

Werden an den Rentenberechtigten mehrere Renten gezahlt (zum Beispiel Altersrente und Witwenrente), ist die Summe der monatlichen Rentenzahlbeträge als Ausgangsbetrag für die Berechnung des Zuschusses zu Grunde zu legen. Eine gesetzliche Rente aus dem Ausland wird bei der Zuschussberechnung dagegen nicht berücksichtigt.

Beispiel

Versichertenrente monatlich (einschließlich Anteil aus Höherversicherung von 12,00 EUR)	= 900,00 EUR
Witwenrente	= 600,00 EUR

Lösung

Ausgangsbetrag für Zuschuss	= 1.500,00 EUR

Allerdings muss gegebenenfalls beachtet werden, dass der Ausgangsbetrag die Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Krankenversicherung (2026: 5.812,50 EUR) nicht überschreiten darf.

Wird der Zuschuss zur Krankenversicherung zuerst nur aus einer Rente gezahlt und kommt dann eine zweite Rente hinzu (beispielsweise, wenn eine Altersrentnerin nach dem Tod des Ehemannes eine Witwenrente erhält), errechnet sich der Zuschuss vom Tag des Zusammentreffens an aus der Summe beider Renten.

Der aus der Summe der Renten ermittelte Gesamtbeitragszuschuss wird – wegen der ohnehin erforderlichen Einkommensanrechnung – im Allgemeinen zur Hinterbliebenenrente gezahlt. In diesem Zusammenhang sollten Sie jedoch wissen, dass es seit dem 1.4.2004 Fälle geben kann, in denen die eine der Renten monatlich im Voraus zu leisten ist (§ 272a SGB VI), die andere dagegen erst am Ende des Monats, für den sie bestimmt ist, gezahlt wird (§ 118 Absatz 1 SGB VI). Bei dieser Konstellation ist der Gesamtbeitragszuschuss zugunsten des Rentners stets zu der Rente zu zahlen, die im Voraus erbracht wird.

9.2.2 Maßgebender Prozentsatz

Weitere "Rechengröße" für die Berechnung des Zuschusses ist der maßgebende Prozentsatz.

Wie bereits in Abschnitt 9.1 dargestellt, müssen Sie für Zeiten ab dem 1.1.2019 bei der Festlegung des maßgebenden Prozentsatzes danach unterscheiden, ob der Rentner freiwillig oder privat krankenversichert ist.

Bei Rentnern, die freiwilliges Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse sind, ist für die Bemessung des Zuschusses – wie bei der Ermittlung des aus der Rente zu zahlenden Beitrages pflichtversicherter Rentner (vergleiche Abschnitt 5.2.4) – der allgemeine Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung in Höhe von 14,6 % zuzüglich des Zusatzbeitragssatzes der Krankenkasse zu Grunde zu legen, bei der die freiwillige Versicherung durchgeführt wird.

Ändert die Krankenkasse des Rentners Ihren Zusatzbeitragssatz, ist der Zuschuss vom ersten Tag des zweiten auf die Veränderung folgenden Monats an unter Berücksichtigung des neuen Zusatzbeitragssatzes zu berechnen.

Beispiel 1:

Rentner P. bezieht ab dem 1.7.2026 eine Rente in Höhe von monatlich 900,00 EUR. Er ist freiwilliges Mitglied der Krankenkasse A, die einen Zusatzbeitragssatz in Höhe von 2,7 % festgesetzt hat.

Wie hoch ist der Zuschuss ab Rentenbeginn?

Lösung

Der maßgebende Vomhundertsatz beträgt 17,3 % (14,6 % + 2,7 %).

900,00 EUR x 17,3 % = 155,70 EUR

Die Hälfte davon ergibt einen monatlichen Zuschussbetrag von **77,85 EUR**.

Angenommen, die Krankenkasse erhöht ihren Zusatzbeitragssatz zum 1.9.2026 auf 3,1 %:

Von welchem Zeitpunkt an ist der neue Zusatzbeitragssatz bei der Zuschussbemessung zu berücksichtigen und wie hoch ist der Zuschuss dann?

Der neue Zusatzbeitragssatz von 3,1 % ist für die Bestimmung der Zuschusshöhe ab dem 1.11.2026 heranzuziehen. Der maßgebende Vomhundertsatz beträgt von diesem Zeitpunkt an 17,7 % (14,6 % + 3,1 %), sodass sich ein monatlicher Zuschussbetrag von **79,65 EUR** ergibt.

Wird der Zuschuss zu einer privaten Krankenversicherung gezahlt, ist der Berechnung des Zuschusses ab dem 1.1.2019 der allgemeine Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung in Höhe von 14,6 % zuzüglich des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a SGB V zugrunde zu legen, der vom Bundesministerium für Gesundheit jährlich bis zum 1. November mit Wirkung für das jeweils folgende Kalenderjahr festgelegt wird[59].

Eine Besonderheit gilt zudem für Rentner, die freiwilliges Mitglied der landwirtschaftlichen Krankenkasse sind. Da diese keinen Zusatzbeitragssatz erhebt, ist der Zuschuss ebenfalls – wie bei den in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung pflichtversicherten Rentnern (vergleiche Abschnitt 5.2.4) – auf der Grundlage des allgemeinen Beitragssatzes zuzüglich des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes zu berechnen.

Bei diesen beiden Personenkreisen beträgt der für die Zuschussberechnung maßgebende Prozentsatz daher für Zeiten

- vom 1.1.2019 bis 31.12.2019 15,5 %
- vom 1.1.2020 bis 31.12.2020 15,7 %
- vom 1.1.2021 bis 31.12.2022 15,9 %
- vom 1.1.2023 bis 31.12.2023 16,2 %
- vom 1.1.2024 bis 31.12.2024 16,3 %
- vom 1.1.2025 bis 31.12.2025 17,1 %

  sowie
- vom 1.1.2026 an 17,5 %.

Beispiel 2:

Rentner T. bezieht ab dem 1.5.2026 eine Rente in Höhe von monatlich 1.200,00 EUR.
Er ist bei dem privaten Versicherungsunternehmen D krankenversichert.

Wie hoch ist der Zuschuss ab Rentenbeginn?

Lösung

Der maßgebende Vomhundertsatz beträgt 17,5 % (14,6 % + 2,9 %)

1.200,00 EUR x 17,5 % = 210,00 EUR

Die Hälfte davon ergibt einen monatlichen Höchstbetrag für den Zuschuss von **105,00 EUR**. Das bedeutet, dass der Rentner einen Zuschuss in dieser Höhe erhält, wenn dieser Betrag die Hälfte der Aufwendungen für seine Krankenversicherung nicht übersteigt (vergleiche Abschnitt 9.3)

[59] Das BMG hat den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz für das Jahr 2019 auf 0,9 %, für das Jahr 2020 auf 1,1 %, für die Jahre 2021 und 2022 jeweils auf 1,3 %, für das Jahr 2023 auf 1,6 %, für das Jahr 2024 auf 1,7 %, für das Jahr 2025 auf 2,5 % und für das Jahr 2026 auf 2,9 % festgelegt.

In der Zeit **vom 1.1.2015 bis 31.12.2018** berechnete sich der Zuschuss zur Krankenversicherung bei freiwillig und privat krankenversicherten Rentnern gleichermaßen allein auf der Grundlage des allgemeinen Beitragssatzes nach § 241 SGB V. Der Zuschuss wurde in Höhe des halben Betrages geleistet, der sich aus der Anwendung des allgemeinen Beitragssatzes von 14,6 % auf den Zahlbetrag der Rente ergab. Rein rechnerisch ergab sich damit für die Zuschussberechnung ein maßgebender Vomhundertsatz in Höhe von 7,3 %.

Für Zeiten bis 31.12.2014 ergab sich der Zuschuss aus der Anwendung des um 0,9 Beitragssatzpunkte verminderten allgemeinen Beitragssatzes. Da der allgemeine Beitragssatz bis 31.12.2014 noch 15,5% betrug, ergab sich auch hier rein rechnerisch ein maßgebender Vomhundertsatz von 7,3 % (15,5% - 0,9 = 14,6 %, davon die Hälfte)[60].

9.3 Höhe der Aufwendungen für die private Krankenversicherung

Den dritten Ausgangswert für die Ermittlung der Zuschusshöhe bilden bei einem privat krankenversicherten Rentenberechtigten die von ihm tatsächlich für seine Krankenversicherung zu tragenden Aufwendungen. Da der privat krankenversicherte Rentner die Hälfte der Aufwendungen für seinen Krankenversicherungsschutz selbst tragen soll, ergibt die Hälfte dieser Aufwendungen auch den Grenzbetrag für den Zuschuss.

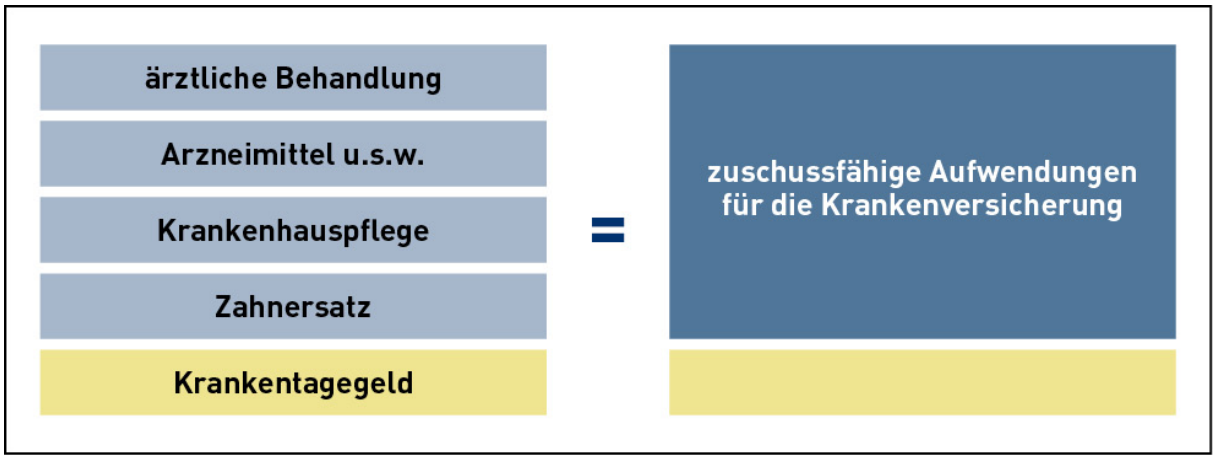
In diesem Zusammenhang sind diejenigen Beiträge zu berücksichtigen, die für eine Krankenkostenversicherung aufgewendet werden. Das gilt somit für

- ärztliche Behandlung,
- zahnärztliche Behandlung,
- Arznei-, Heil- und Hilfsmittel,
- Krankenhauspflege/Krankenhaustagegeld
  sowie
- Zahnersatz.

Auch Zusatzversicherungen – wie eine Operationskostenversicherung – zählen dazu. Dagegen sind die Aufwendungen für eine Krankentagegeldversicherung nicht zu berücksichtigen, da diese ausschließlich das Einkommensausfallrisiko absichert. Die zu berücksichtigenden Aufwendungen eines privat krankenversicherten Rentners können sich wie in Abbildung 16 ersichtlich darstellen.

[60] Vom 1.7.2009 bis 31.12.2010 betrugen der allgemeine Beitragssatz 14,9 % und der rein rechnerische Vomhundertsatz demnach 7,0 %.

Abbildung 16: Berücksichtigungsfähige Aufwendungen für Zuschuss



Im Gegensatz zur gesetzlichen Krankenversicherung entstehen bei der Versicherung von Familienangehörigen in der privaten Krankenversicherung gesonderte Aufwendungen. Geht es um die Höhe des Zuschusses für einen privat krankenversicherten Rentner, sind die Beiträge oder Beitragsanteile für Familienangehörige unter bestimmten Voraussetzungen zu berücksichtigen:

Aufwendungen für Familienangehörige zählen dann mit, wenn die Familienangehörigen bei einer angenommenen Mitgliedschaft des Rentners in der gesetzlichen Krankenversicherung familienversichert (§ 10 SGB V) wären. Das ist dann der Fall, wenn der Familienangehörige mit seinem Gesamteinkommen (§ 16 SGB IV) den Betrag von einem Siebtel der monatlichen Bezugsgröße (§ 18 SGB IV) nicht überschreitet. Dieser Grenzwert beträgt im Kalenderjahr 2026 einheitlich in den alten und neuen Bundesländern 565,00 EUR monatlich. Abweichend hiervon beträgt das zulässige Gesamteinkommen für Personen, die eine geringfügige Beschäftigung nach § 8 Absatz 1 Nummer 1 oder § 8a SGB IV ausüben, 603,00 EUR monatlich.

Ist der Familienangehörige allerdings in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert oder hat er selbst einen Anspruch auf Zuschuss zur Krankenversicherung, ist die Berücksichtigung seiner Prämie bei der Ermittlung der Aufwendungen für die Krankenversicherung des betreffenden Rentners ausgeschlossen.

9.4 Berechnung des Zuschusses

Nachdem Sie nunmehr sowohl die Rechenformel für den Zuschuss als auch die Bedeutung der einzelnen Ausgangswerte kennen, kann jetzt der Zuschuss berechnet werden.

Der Zuschuss wird grundsätzlich monatlich zur laufenden Rente gezahlt. Seine Berechnung erfolgt, indem die monatlichen Ausgangsbeträge zu Grunde gelegt werden.

9.4.1 Monatsbetrag

Wie ist nunmehr der Zuschuss zur Krankenversicherung zu berechnen?

Dies soll am Fall des privat krankenversicherten Empfängers einer Versichertenrente in Höhe von 1.200,00 EUR dargestellt werden, den wir aus dem Beispiel im Abschnitt 9.2.2 kennen.

Beispiel:

a) Versichertenrente ab dem 1.5.2026 = monatlich 1.200,00 EUR
Beitrag für private Krankenversicherung monatlich 175,00 EUR

Wie hoch ist der Zuschuss zur Krankenversicherung?

Lösung

17,5 % von 1.200 EUR = 210,00 EUR
davon die Hälfte = 105,00 EUR
Hälfte der tatsächlichen Aufwendungen
für die Krankenversicherung = 1/2 von 175,00 EUR = 87,50 EUR

Der Zuschuss wird auf die Hälfte der tatsächlichen Aufwendungen zur Krankenversicherung begrenzt. Er beträgt monatlich 87,50 EUR.

Da er zusammen mit der Rente ausgezahlt wird, beträgt der monatliche Zahlbetrag an den Rentner:

1.200,00 EUR + 87,50 EUR = **1.287,50 EUR**

b) Versichertenrente ab dem 1.5.2026 wiederum monatlich 1.200,00 EUR
Beitrag für private Krankenversicherung monatlich:

175,00 EUR (Beitrag des Rentners)
145,00 EUR (Beitrag seiner Ehefrau)
320,00 EUR

Die Ehefrau hat keine eigenen Einkünfte; bei einer angenommenen Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung wäre sie familienversichert.

Wie hoch ist der Zuschuss zur Krankenversicherung in diesem Fall?

Lösung

Hälfte der tatsächlichen Aufwendungen
für die Krankenversicherung = 1/2 von 320,00 EUR = 160,00 EUR

Der Zuschuss beträgt monatlich 105,00 EUR. Eine Begrenzung auf die Hälfte der tatsächlichen Aufwendungen für die Krankenversicherung findet hier nicht statt.

Der monatliche Zahlbetrag an den Rentner beträgt:
1.200,00 EUR + 105,00 EUR = **1.305,00 EUR**

9.4.2 Teilmonatsbetrag

Unter bestimmten Voraussetzungen hat der Rentner nur für einen Teil des Monats Anspruch auf den Zuschuss. Das kann der Fall sein, wenn nur für einen Teil des Monats

- Rente zusteht (zum Beispiel bei Rentenbeginn im Laufe des Monats)

- ein Zuschussanspruch gegeben ist (zum Beispiel, wenn im anderen Teil des Monats Krankenversicherungspflicht vorliegt).

Der Monatsbetrag des Zuschusses, gegebenenfalls begrenzt auf die Hälfte des Beitrages, ist mit der Anzahl der Tage zu multiplizieren, für die in dem Kalendermonat Anspruch auf den Zuschuss zur Krankenversicherung besteht. Dieser Betrag ist durch die tatsächliche Tageszahl des Anspruchsmonats zu teilen. Das Ergebnis ist auf zwei Dezimalstellen auszurechnen, wobei die zweite Stelle um eins zu erhöhen ist, wenn in der dritten Stelle eine der Zahlen fünf bis neun erscheinen würde.

Beispiel

Monatlicher Zuschuss, begrenzt auf die Hälfte der Aufwendungen
= 87,50 EUR (siehe Beispiel a) im Abschnitt 9.4.1)

Wie hoch ist der Zuschuss für die Zeit vom 20.8.2026 bis 31.8.2026?

Lösung

87,50 x 12 (Tage vom 20.8.2026 bis 31.8.2026) = 1.050,00 EUR
1.050,00 EUR : 31 (tatsächliche Tageszahl im Monat) = 33,87 EUR
Der Zuschuss für die Zeit vom 20.8.2026 bis 31.8.2026 beträgt **33,87 EUR**.

ZUSAMMENFASSUNG

- Die Höhe des Zuschusses richtet sich nach dem monatlichen Rentenzahlbetrag, dem nach § 106 Absatz 2 und 3 SGB VI maßgebenden Prozentsatz und – bei privat krankenversicherten Rentnern – der Höhe der tatsächlichen Aufwendungen für die Krankenversicherung.
- Zahlbetrag der Rente ist der Betrag, der auch für die Beitragsbemessung bei krankenversicherungspflichtigen Rentnern zu berücksichtigen ist (bei mehreren Renten: Summe der Rentenbeträge).
- Maßgebender Prozentsatz ist der allgemeine Beitragssatz zuzüglich des Zusatzbeitragssatzes der jeweiligen Krankenkasse (bei freiwillig versicherten Rentnern) beziehungsweise des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes (bei privat krankenversicherten und bei freiwillig in der landwirtschaftlichen Krankenkasse versicherten Rentnern).
- Der Zuschuss beträgt die Hälfte des Betrages, der sich aus der Anwendung des maßgebenden Prozentsatzes auf den Zahlbetrag der Rente ergibt.
- Bei privat krankenversicherten Rentnern gilt als Grenzbetrag die Hälfte der tatsächlichen Aufwendungen für die Krankenversicherung. Bei einer freiwilligen Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung ist die Höhe der Beitragsaufwendungen dagegen ohne Bedeutung.

AUFGABEN ZUR SELBSTÜBERPRÜFUNG

40. Wie bestimmt sich die Höhe des Zuschusses zur Krankenversicherung?

41. Welcher maßgebende Prozentsatz ist jeweils zur Ermittlung des Zuschussbetrages zu Grunde zu legen?

42. Welchen Einfluss haben die Aufwendungen für die Krankenversicherung auf die Höhe des Zuschusses?

43. Unter welchen Voraussetzungen sind Beiträge für die private Krankenversicherung von Familienangehörigen berücksichtigungsfähige Aufwendungen?

44. Berechnen Sie den monatlichen Zuschuss für einen privat krankenversicherten Rentner, der ab dem 1.1.2026 monatlich 1.600,00 EUR Rente erhält und einen Beitrag in Höhe von 180,00 EUR monatlich an sein privates Versicherungsunternehmen zu entrichten hat!

LÖSUNGEN DER AUFGABEN ZUR SELBSTÜBERPRÜFUNG

1. Voraussetzung für die Versicherungspflicht in der KVdR ist einerseits, dass Anspruch auf eine Versicherten- oder Hinterbliebenenrente der gesetzlichen Rentenversicherung besteht und diese Rente auch beantragt ist, und andererseits, dass bestimmte persönliche Voraussetzungen erfüllt sind.

2. Die persönlichen Voraussetzungen liegen unter anderem vor, wenn die sogenannte Neunzehntelbelegung gegeben ist. Die Neunzehntelbelegung ist erfüllt, wenn der Versicherte – bei Hinterbliebenenrenten der Verstorbene oder der Hinterbliebene – seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Rentenantragstellung mindestens neun Zehntel der zweiten Hälfte des Zeitraumes bei einer gesetzlichen Krankenkasse versichert gewesen ist. Seit dem 1.8.2017 sind zusätzlich zu den tatsächlichen Versicherungszeiten für jedes Kind des Rentenantragstellers pauschal drei Jahre auf die Vorversicherungszeit anzurechnen.

3. Waisenrentner sind seit dem 1.1.2017 grundsätzlich ohne Erfüllung einer bestimmten Vorversicherungszeit in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert (§ 5 Absatz 1 Nummer 11b Buchstabe a SGB V). Nur bei Waisen, die zuletzt vor der Stellung des Rentenantrags privat krankenversichert waren, werden für eine Pflichtversicherung zusätzliche Voraussetzungen gefordert (entweder Erfüllung der Neunzehntelbelegung oder Vorliegen der Voraussetzungen für eine Familienversicherung).

4. Über die Versicherungspflicht in der KVdR entscheidet die zuständige Krankenkasse als Träger der gesetzlichen Krankenversicherung.

5. Voraussetzung für die Versicherungspflicht in der KVdR ist der Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung. "Leistungen für Kindererziehung" sind keine Renten im Sinne der KVdR.

6. Die KVdR ist eine "nachrangige Versicherung", da Versicherungspflicht in der KVdR regelmäßig nur dann eintritt, wenn der Rentner nicht bereits anderweitig pflichtversichert ist.

7. Wenn es sich um eine hauptberuflich ausgeübte selbständige Erwerbstätigkeit handelt, ist die KVdR bis zu deren Aufgabe ausgeschlossen.

8. Übt ein Rentner eine Beschäftigung aus und überschreitet er mit seinem Arbeitsentgelt die Jahresarbeitsentgeltgrenze der gesetzlichen Krankenversicherung, besteht für diese Beschäftigung Krankenversicherungsfreiheit. Diese schließt die KVdR zunächst aus. Nach Beschäftigungsaufgabe tritt für den Rentner aber Versicherungspflicht in der KVdR ein, wenn die persönlichen Voraussetzungen erfüllt sind.

9. Der Antrag auf Befreiung von der Versicherungspflicht ist innerhalb von drei Monaten nach Beginn der Versicherungspflicht zu stellen.

10. Der Rentner muss gegenüber der Krankenkasse den Nachweis erbringen, dass für ihn eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall (zum Beispiel bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen) besteht.

11. Beantragt ein Rentner eine weitere Rente, verbleibt es bei der einmal ausgesprochenen Befreiung. Ein Widerruf der Befreiung ist ebenfalls ausgeschlossen.

12. Die KVdR wird von den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung – den Krankenkassen – durchgeführt, ausgenommen die landwirtschaftliche Krankenkasse.

13. Grundsätzlich bestehen für den Rentner Wahlmöglichkeiten: Er kann die AOK seines Wohnorts, eine Ersatzkasse, unter bestimmten Voraussetzungen eine Betriebs- oder Innungskrankenkasse, die Knappschaft sowie seine letzte Krankenkasse wählen. Wählbar ist auch die Krankenkasse des Ehegatten oder die, bei der ein Elternteil versichert ist.

14. Da für den Rentenantragsteller Krankenversicherungsschutz vom frühestmöglichen Zeitpunkt an bestehen soll, bestimmt der Tag der Rentenantragstellung den Beginn der Mitgliedschaft in der KVdR.

15. Die Mitgliedschaft als Rentenantragsteller endet erst, wenn der Bescheid über die Ablehnung des Rentenantrages unanfechtbar wird. Daher hat ein fristgerechter Widerspruch gegen eine Rentenablehnung zur Folge, dass die Mitgliedschaft des Rentenantragstellers bei der Krankenkasse für die Dauer des Widerspruchsverfahrens weiter besteht.

16 Beitragspflicht aus der Rente besteht für den Zeitraum, in welchem Krankenversicherungspflicht und Rentenbezug zusammentreffen.

17. Beitragsfrei ist die Waisenrente der gesetzlichen Rentenversicherung für Waisen, die aufgrund des Bezuges dieser Rente versicherungspflichtig sind (§ 5 Absatz 1 Nummer 11b SGB V) und die Altersgrenzen des § 10 Absatz 2 SGB V (in der Regel das 25. Lebensjahr) noch nicht überschritten haben. Seit dem 1.1.2026 steht die Versicherungspflicht wegen Ableistung eines anerkannten Freiwilligendienstes (zum Beispiel nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz) der Beitragsfreiheit einer Waisenrente nicht mehr entgegen.

18. Für den Rentennachzahlungszeitraum gilt die Besonderheit, dass Beitragspflicht auch dann bestehen kann, wenn die Rentennachzahlung auf einen Zeitraum entfällt, in dem lediglich ein Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung bestand (zum Beispiel, weil eine Familienversicherung vorlag).

19. Die Beiträge für die KVdR aus der Rente der deutschen gesetzlichen Rentenversicherung sind abhängig von der Höhe der Rente, dem allgemeinen Beitragssatz von derzeit 14,6 % sowie dem kassenindividuellen Zusatzbeitragssatz. Besteht eine Mitgliedschaft bei der landwirtschaftlichen Krankenkasse, ist anstelle des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz maßgebend. Die Beiträge aus vergleichbaren ausländischen Renten berechnen sich nach der Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes und der Hälfte des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes.

20. Für die Beitragsbemessung aus Versorgungsbezügen sind ebenfalls der einheitliche allgemeine Beitragssatz in Höhe von 14,6 % sowie der kassenindividuelle Zusatzbeitragssatz maßgebend.

21. Der Rentenantragsteller erhält nach Bewilligung seiner Rente von der Krankenkasse die Beiträge zurück, die er ab Rentenantragstellung verauslagt hat, frühestens allerdings ab Rentenbeginn.

22. Sowohl der nach dem allgemeinen Beitragssatz von 14,6 % bemessene Beitrag zur Krankenversicherung aus der Rente als auch der kassenindividuelle Zusatzbeitrag werden vom krankenversicherungspflichtigen Rentner und vom Rentenversicherungsträger je zu Hälfte getragen.

23. Diese Waisenrenten sind zwar für die Waise selbst beitragsfrei. Der Rentenversicherungsträger hat jedoch aus diesen Renten die Beitragsanteile zu tragen, die er ohne die Beitragsfreiheit zu tragen hätte.

24. Der Beitragseinzug aus der Rente wird vom Rentenversicherungsträger vorgenommen. Er behält die Beitragsanteile des Rentners bei der Zahlung der Rente ein und leitet diese zusammen mit seinen eigenen Beitragsanteilen an die gesetzliche Krankenversicherung (konkret: an den Gesundheitsfonds) weiter.

25. Die Beiträge aus vergleichbaren ausländischen Renten werden vom Rentner allein getragen und von ihm selbst an die zuständige Krankenkasse gezahlt.

26. Die Beiträge aus Versorgungsbezügen werden vom Versorgungsempfänger allein getragen. Sie werden durch die jeweilige Zahlstelle bei Auszahlung der Bezüge einbehalten und an die zuständige Krankenkasse abgeführt.

27. Zuerst stellt die Krankenkasse bei Rentenantragstellung die Versicherungspflicht fest. Der Rentenversicherungsträger erhält hierüber eine maschinelle Meldung. Er kennzeichnet den Rentenzahlfall entsprechend und stellt damit sicher, dass Beiträge aus der Rente einbehalten werden.

28. Da die Beitragspflicht mit dem Tod des Rentenberechtigten endet, erfolgt für die Zeit nach dem Todestag bis zum Ende des Sterbemonats eine Rückzahlung der überzahlten Beitragsanteile.

29. Ein Anspruch auf Erstattung ergibt sich auf Antrag, soweit die Beiträge aus der Rente zusammen mit den Beiträgen aus der krankenversicherungspflichtigen Beschäftigung die Beitragsbemessungsgrenze überschritten haben.

30. Am Meldeverfahren beteiligt sind der Rentenantragsteller, die den Antrag aufnehmende Stelle und die jeweilige Krankenkasse.

31. Folgemeldungen sind für ein lückenloses Meldeverfahren von Bedeutung. Der Rentenversicherungsträger wird dadurch zu jeder Zeit in die Lage versetzt, den Rentenzahlfall ordnungsgemäß zu kennzeichnen.

32. Der Rentenversicherungsträger hat der Krankenkasse Meldungen bei Bewilligung der Rente (zum Beispiel über Beginn und Höhe), bei Ablehnung der Rente (zum Beispiel über den Zeitpunkt des Ablehnungsbescheides) und bei Veränderungen des Rentenbezuges (zum Beispiel über das Ende der Rente) abzugeben.

33. Die Krankenkasse hat dem Rentenversicherungsträger alle Sachverhalte zu melden, die für die Beurteilung der Beitragspflicht wichtig sind; darüber hinaus auch einen Wechsel in der Zuständigkeit.

34. Krankenversicherungspflicht löst Beitragspflicht der Rente aus. Die Rente ist so zu kennzeichnen, dass ab Beginn der krankenversicherungspflichtigen Beschäftigung auch Beiträge aus der Rente einbehalten werden.

35. Anspruchsvoraussetzungen für den Zuschuss zur Krankenversicherung sind der Rentenbezug, das Vorliegen einer freiwilligen oder privaten Krankenversicherung sowie das Nichtbestehen von Versicherungspflicht.

36. Eine Mitversicherung als Familienangehöriger kann dann Grundlage für den Anspruch auf einen Zuschuss sein, wenn der Familienangehörige einen eigenen Leistungsanspruch gegen das private Versicherungsunternehmen hat, der nicht von der Disposition eines Dritten (zum Beispiel des Ehegatten) abhängig ist.

37. Der Zuschuss zur Krankenversicherung wird grundsätzlich in einer Summe zusammen mit der monatlichen Rente gezahlt.

38. Eine rechtzeitige Antragstellung ist für den frühestmöglichen Beginn des Zuschusses von Bedeutung.

39. Bei Eintritt von Krankenversicherungspflicht entfällt der Anspruch auf den auf Zuschuss zur Krankenversicherung. Darüber hinaus entsteht Beitragspflicht aus der Rente. Der Rentenzahlfall ist somit entsprechend zu kennzeichnen. Wird die Versicherungspflicht rückwirkend festgestellt, ist der Bescheid über die Zuschussbewilligung nach § 108 Absatz 2 SGB VI ab dem Beginn der Versicherungspflicht aufzuheben. Die für diese Zeiten bereits gezahlten Zuschüsse hat der Rentner zu erstatten.

40. Der Zuschuss wird unter Anwendung des maßgebenden Prozentsatzes auf den monatlichen Zahlbetrag der Rente errechnet. Bei privat krankenversicherten Rentnern ist der so ermittelte Betrag außerdem gegebenenfalls auf die Hälfte der Aufwendungen für die Krankenversicherung zu begrenzen. Der monatliche Zuschuss ist centgenau zu zahlen.

41. Der maßgebende Prozentsatz ist abhängig von der Art des Krankenversicherungsverhältnisses des Rentners. Bei einer freiwilligen Mitgliedschaft des Rentners in einer gesetzlichen Krankenkasse ist der Zuschussberechnung die Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes der gesetzlichen Krankenversicherung (14,6%) zuzüglich des Zusatzbeitragssatzes der Krankenkasse zugrunde zu legen, bei der die Versicherung besteht. Bei privat krankenversicherten Rentnern und bei Rentnern, die freiwilliges Mitglied der landwirtschaftlichen Krankenkasse sind, errechnet sich der Zuschuss auf der Grundlage des allgemeinen Beitragssatzes zuzüglich des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes, der vom Bundesministerium für Gesundheit jährlich festgestellt wird.

42. Die Hälfte der Aufwendungen für die Krankenversicherung bildet bei privat krankenversicherten Rentnern den Grenzbetrag für den Zuschuss zur Krankenversicherung. Der Zuschuss ist gegebenenfalls auf diesen Betrag zu begrenzen. Dagegen ist die Höhe der Beitragsaufwendungen bei freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Rentnern seit dem 1.4.2004 ohne Bedeutung.

43. Beiträge für die private Krankenversicherung von Familienangehörigen können berücksichtigt werden, wenn diese Familienangehörigen bei einer angenommenen Mitgliedschaft des Rentners in der gesetzlichen Krankenversicherung familienversichert wären. Hierzu gehört, dass ihr Gesamteinkommen jeweils die Geringfügigkeitsgrenze (2026: 565,00 EUR beziehungsweise bei Ausübung einer geringfügigen Beschäftigung 603,00 EUR monatlich) nicht übersteigt und sie nicht selbst Mitglied der KVdR sind oder Anspruch auf einen Zuschuss zur Krankenversicherung haben.

44. 17,5 % von 1.600,00 EUR Rente ergeben 280,00 EUR. Davon die Hälfte sind 140,00 EUR.
Die Hälfte des maßgebenden Beitrages von 180,00 EUR ergibt 90,00 EUR.
Der Zuschuss beträgt somit monatlich 90,00 EUR.

Verzeichnis der Abbildungen

Abbildung 1: Voraussetzung "Rentenanspruch" 14
Abbildung 2: Die Neunzehntelbelegung 17
Abbildung 3: KVdR-Ausschlussgründe 24
Abbildung 4: Befreiungsfrist 29
Abbildung 5: Krankenkassenwahlrecht 34
Abbildung 6: Beginn der Mitgliedschaft in der KVdR 36
Abbildung 7: Ende der Mitgliedschaft in der KVdR 37
Abbildung 8: Beginn der Beitragspflicht 48
Abbildung 9: Beiträge für die KVdR 58
Abbildung 10: Erstattungsanspruch der Bundesagentur für Arbeit 61
Abbildung 11: Reihenfolge der Beitragsberechnung 64
Abbildung 12: KVdR-Meldepflichten 72
Abbildung 13: Auswertung der Meldung bei erfüllter Vorversicherungszeit 74
Abbildung 14: Auswertung der Meldung bei nicht erfüllter Vorversicherungszeit 75
Abbildung 15: Auswertung der Meldung bei Waisenrenten (Vorversicherungszeit nicht geprüft) 76
Abbildung 16: Berücksichtigungsfähige Aufwendungen für Zuschuss 94

Verfügbare Titel der Studientext-Reihe

Nummer 1	Dietzel	Sozialversicherung
Nummer 2	Schindler	Versicherungspflicht
Nummer 3	Czok * Hillig	Beitrags- und Meldewesen
Nummer 4	Loukidou	Selbständige
Nummer 5	Rosenbusch	Versicherungsfreiheit
Nummer 6	Sibum	Freiwillige Versicherung
Nummer 7	Jungbauer	Nachversicherung
Nummer 8	Schulte	Wirksamkeit der Beitragszahlung
Nummer 9	Hiller	Beitragserstattung
Nummer 10	Raps	Anerkennung von Beitragszeiten
Nummer 11	Kühl	Fremdrentenrecht
Nummer 12	Prietzel	Leistungen zur Teilhabe
Nummer 13	Küppenbender	Übergangsgeld
Nummer 14	Böwing	Ergänzende und sonstige Leistungen, Zuzahlung
Nummer 15	Mellmann * Knobloch	Rentenantragsverfahren
Nummer 16	Lennecke * Limbeck	Renten wegen Alters
Nummer 17	Benen	Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit
Nummer 18	Brettschneider	Renten wegen Todes
Nummer 19	Strotmann	Wartezeiten
Nummer 20	Begert	Rentenrechtliche Zeiten
Nummer 21	Beckwermert	Rentenberechnung
Nummer 22	Viergutz	Zusammentreffen von Renten und Einkommen
Nummer 23	Klüpfel	Versorgungsausgleich
Nummer 24	Gries	Pfändung, Abtretung, Aufrechnung von Renten
Nummer 25	Seliger-Hartmann * Steupert	Rentenzahlverfahren, Vorschüsse und Verzinsung
Nummer 26	Stempfhuber	Erstattungsansprüche der Leistungsträger
Nummer 27	Dopheide * Bartelt	Verwaltungsverfahren I (SGB I)
Nummer 28	Reinartz	Verwaltungsverfahren II (SGB X)
Nummer 29	Zepke	Krankenversicherung der Rentner
Nummer 30	Gutzler	Über- und zwischenstaatliches Recht, Auslandsrenten
Nummer 31	Ruder * Seeg	Datenverarbeitung in der Rentenversicherung

Nummer 32	Schulmeister	Datenschutz in der Rentenversicherung
Nummer 33	Brüßeler	Arbeits- und Dienstrecht
Nummer 34	Becker	Knappschaftsrecht I: Versicherung und Beitrag
Nummer 35	Stehr ∗ Böttcher	Knappschaftsrecht II: Leistungen
Nummer 36	Schmidt-Kühlewind	Sozialgerichtsgesetz
Nummer 37	-	Wird nicht mehr aufgelegt
Nummer 38	Jäger * Reich	Lern- und Arbeitstechniken
Nummer 39	Jäger * Reich	Kommunikation – Kooperation
Nummer 40	Tippelmann	Altersvorsorge

Impressum

1. Auflage 1993
29. Auflage 2026
Rechtsstand 01.01.2026

Autorin Katrin Zepke - Deutsche Rentenversicherung Bund
Fachgutachter Dirk Vorwerg - Deutsche Rentenversicherung Westfalen

Herausgeber © Deutsche Rentenversicherung Bund
Personal, People & Development
Produktcenter Personalentwicklung
Prozesse, Standards und IT
Hohenzollerndamm 46/47
10704 Berlin

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt.

Liebe Leser*innen außerhalb der Deutschen Rentenversicherung:

Für Auskünfte zu diesem und allen anderen fachlichen Themen rund um Versicherung, Rente, Reha und Altersvorsorge wenden Sie sich bitte an unsere Expert*innen am **Servicetelefon** der Deutschen Rentenversicherung unter:

0800 1000 4800 (Montag bis Donnerstag von 7:30 bis 19:30 Uhr, Freitag bis 15:30 Uhr)

Oder nehmen Sie auf anderem Wege Kontakt auf:

Kontakt | Deutsche Rentenversicherung (deutsche-rentenversicherung.de)

Anhang (Meldung zur KVdR)

Deutsche Rentenversicherung

Meldung zur Krankenversicherung der Rentner (KVdR) nach § 201 Absatz 1 SGB V

R0810

- Bitte Merkblatt über die KVdR beachten -

Hinweis: Die Beantwortung der Fragen ist erforderlich, damit die Voraussetzungen für die KVdR geprüft werden können. Die Fragen ergeben sich aus den maßgeblichen gesetzlichen Vorschriften. Zur Beantwortung der Fragen sind Sie nach § 206 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V), § 32 Zweites Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte (KVLG 1989) verpflichtet.

1 Angaben zur Person des Rentenantragstellers

(bei Anträgen auf Waisenrente bitte für jede Waise jeweils einen Vordruck ausfüllen)

Name	Vorname
Geburtsname	Geburtsdatum
Staatsangehörigkeit	
Familienstand	gegebenenfalls Datum der Eheschließung / der Eintragung der Lebenspartnerschaft
Versicherungsnummer	Krankenversichertennummer der gesetzlichen Krankenversicherung
Straße, Hausnummer	telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)
Postleitzahl / Wohnort	Telefax (Angabe freiwillig)

2 Allgemeine Angaben zur Prüfung des Krankenversicherungsverhältnisses

2.1 Stehen Sie zurzeit in einem Beschäftigungsverhältnis?

als

☐ nein ☐ ja

2.2 Üben Sie zurzeit eine selbständige Tätigkeit aus (zum Beispiel als landwirtschaftlicher Unternehmer)?

als

☐ nein ☐ ja

2.3 Besteht für Sie Versicherungsfreiheit in der Krankenversicherung (zum Beispiel als Beamter, Ruhestandsbeamter)?

als

☐ nein ☐ ja

2.4 Sind Sie von der Krankenversicherungspflicht befreit worden?

wegen

☐ nein ☐ ja

2.5 Sind Sie zurzeit familienversichert?

Name, Vorname, Geburtsdatum des Stammversicherten (zum Beispiel Ehegatte, Elternteil), Verwandtschaftsverhältnis

☐ nein ☐ ja _____

Seite 1 von 7

R0810-00

Version 40018

2.6 Beziehen Sie bereits eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder haben Sie eine solche beantragt?

☐ nein ☐ ja

seit

Rentenversicherungsträger

Versicherungsnummer

2.7 Beziehen Sie eine gesetzliche Rente aus dem Ausland oder haben Sie eine solche beantragt?

☐ nein ☐ ja

seit

Rentenversicherungsträger, Staat

Versicherungsnummer / Aktenzeichen

2.8 Beziehen Sie bereits eine Rente aus der Alterssicherung der Landwirte oder haben Sie eine solche beantragt?

☐ nein ☐ ja

seit

Rentenzeichen / Aktenzeichen

2.9 Erhalten oder erwarten Sie Versorgungsbezüge (zum Beispiel Betriebsrente, Zusatzrente, Pension, Kapitalleistung aus einer Direktversicherung) - gegebenenfalls auch aus dem Ausland -?

☐ nein ☐ ja

Name der Zahlstelle

Anschrift

Aktenzeichen

3 Angaben bei Antrag auf Waisenrente (bei anderen Rentenarten bitte weiter bei Ziffer 4)

3.1 Waren Sie unmittelbar vor Rentenantragstellung privat krankenversichert?

☐ nein, bitte das Sterbedatum und die Versicherungsnummer des verstorbenen Versicherten angeben

Sterbedatum

Versicherungsnummer des Verstorbenen

und weiter bei Ziffer 6 beziehungsweise 7

☐ ja, bitte weiter bei Ziffer 4

4 Angaben zur Prüfung der Vorversicherungszeit

4.1 Sind Sie bereits als Rentner in der KVdR krankenversichert?

☐ nein, bitte weiter bei Ziffer 4.2

☐ ja

Name und Anschrift der Krankenkasse

bitte weiter bei Ziffer 5 beziehungsweise 6

4.2 Wann wurde erstmalig eine Erwerbstätigkeit aufgenommen - gegebenenfalls auch im Ausland -?

Tag Monat Jahr

am

4.3 Wie waren Sie bisher krankenversichert? (gegebenenfalls Ergänzungsblatt **Vordruck R0811** verwenden) - Angaben sind frühestens ab 1.1.1996 erforderlich. Bestand jedoch Ihre letzte Versicherung vor dem 1.1.1996, geben Sie diese bitte auch an. -

Zeitraum vom - bis

Name und Anschrift der Krankenkasse / des privaten Krankenversicherungsunternehmens - gegebenenfalls auch Sozialversicherung der ehemaligen DDR -

Art der Versicherung ☐ Mitglied ☐ Familienversicherung ☐ Privat ☐ keine

Zeitraum vom - bis

Name und Anschrift der Krankenkasse / des privaten Krankenversicherungsunternehmens - gegebenenfalls auch Sozialversicherung der ehemaligen DDR -

Art der Versicherung ☐ Mitglied ☐ Familienversicherung ☐ Privat ☐ keine

Zeitraum vom - bis

Name und Anschrift der Krankenkasse / des privaten Krankenversicherungsunternehmens - gegebenenfalls auch Sozialversicherung der ehemaligen DDR -

Art der Versicherung ☐ Mitglied ☐ Familienversicherung ☐ Privat ☐ keine

Zeitraum vom - bis

Name und Anschrift der Krankenkasse / des privaten Krankenversicherungsunternehmens - gegebenenfalls auch Sozialversicherung der ehemaligen DDR -

Art der Versicherung ☐ Mitglied ☐ Familienversicherung ☐ Privat ☐ keine

4.4 Haben oder hatten Sie Kinder? (weitere Kinder bitte im Ergänzungsblatt **Vordruck R0811** angeben)

☐ nein, bitte weiter bei Ziffer 4.5

☐ ja **Kind 1**

Name, Vorname Geburtsdatum

Kindschaftsverhältnis

☐ leibliches Kind / minderjähriges Adoptivkind (zum Zeitpunkt der Adoption) ☐ volljähriges Adoptivkind (zum Zeitpunkt der Adoption) ☐ Stiefkind ☐ Pflegekind

Kind 2

Name, Vorname Geburtsdatum

Kindschaftsverhältnis

☐ leibliches Kind / minderjähriges Adoptivkind (zum Zeitpunkt der Adoption) ☐ volljähriges Adoptivkind (zum Zeitpunkt der Adoption) ☐ Stiefkind ☐ Pflegekind

4.5 Sind Sie anerkannter Spätaussiedler oder wurde ein entsprechender Antrag gestellt?

☐ nein, bitte weiter bei Ziffer 4.6

anerkannt seit

☐ ja Antrag vom Tag Monat Jahr

4.5.1 Wann sind Sie aus dem Ausland zugezogen?

am Tag Monat Jahr

4.6 Sind beziehungsweise waren Sie als selbständiger Künstler oder Publizist tätig?

seit, vom - bis

☐ nein ☐ ja

5 Angaben zur Person und zum Krankenversicherungsverhältnis des verstorbenen Versicherten
(nur bei einem Antrag auf Witwenrente, Witwerrente oder Waisenrente erforderlich, ansonsten weiter bei Ziffer 6)

5.1 Name | Vorname

Geburtsname | Geburtsdatum | Sterbedatum

Versicherungsnummer des Verstorbenen

Bei Anträgen auf Halbwaisenrente hier bitte Name, Vorname, Geburtsdatum, Krankenkasse des anderen Elternteils eintragen:

5.2 Bezog der Verstorbene eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder aus der Alterssicherung der Landwirte oder hatte er eine solche beantragt (gegebenenfalls auch Mehrfacheintragung)?

☐ nein, bitte weiter bei Ziffer 5.3

seit

☐ ja

Versicherungsträger

Versicherungsnummer / Rentenzeichen / Aktenzeichen

5.2.1 War der Verstorbene bereits als Rentner in der KVdR krankenversichert?

☐ nein, bitte weiter bei Ziffer 5.3

Name und Anschrift der Krankenkasse

☐ ja

bitte weiter bei Ziffer 6

5.3 Wann wurde vom Verstorbenen erstmalig eine Erwerbstätigkeit aufgenommen - gegebenenfalls auch im Ausland -?

am Tag Monat Jahr

5.4 Wie war der Verstorbene krankenversichert? (gegebenenfalls Ergänzungsblatt **Vordruck R0811** verwenden) - Angaben frühestens vom 1.1.1996 an -

Zeitraum vom - bis

Name und Anschrift der Krankenkasse / des privaten Krankenversicherungsunternehmens - gegebenenfalls auch Sozialversicherung der ehemaligen DDR -

Art der Versicherung ☐ Mitglied ☐ Familienversicherung ☐ Privat ☐ keine

Zeitraum vom - bis

Name und Anschrift der Krankenkasse / des privaten Krankenversicherungsunternehmens - gegebenenfalls auch Sozialversicherung der ehemaligen DDR -

Art der Versicherung ☐ Mitglied ☐ Familienversicherung ☐ Privat ☐ keine

Zeitraum vom - bis

Name und Anschrift der Krankenkasse / des privaten Krankenversicherungsunternehmens - gegebenenfalls auch Sozialversicherung der ehemaligen DDR -

Art der Versicherung ☐ Mitglied ☐ Familienversicherung ☐ Privat ☐ keine

Zeitraum vom - bis

Name und Anschrift der Krankenkasse / des privaten Krankenversicherungsunternehmens - gegebenenfalls auch Sozialversicherung der ehemaligen DDR -

Art der Versicherung ☐ Mitglied ☐ Familienversicherung ☐ Privat ☐ keine

5.5 Hatte der Verstorbene Kinder? (weitere Kinder bitte im Ergänzungsblatt **Vordruck R0811** angeben)

☐ nein, bitte weiter bei Ziffer 5.6

☐ ja **Kind 1**

Name, Vorname Geburtsdatum

Kindschaftsverhältnis

☐ leibliches Kind / minderjähriges Adoptivkind (zum Zeitpunkt der Adoption) ☐ volljähriges Adoptivkind (zum Zeitpunkt der Adoption) ☐ Stiefkind ☐ Pflegekind

Kind 2

Name, Vorname Geburtsdatum

Kindschaftsverhältnis

☐ leibliches Kind / minderjähriges Adoptivkind (zum Zeitpunkt der Adoption) ☐ volljähriges Adoptivkind (zum Zeitpunkt der Adoption) ☐ Stiefkind ☐ Pflegekind

5.6 War der Verstorbene anerkannter Spätaussiedler oder wurde ein entsprechender Antrag gestellt?

☐ nein, bitte weiter bei Ziffer 6

anerkannt seit Tag Monat Jahr

☐ ja Antrag vom

Name, Anschrift der Krankenkasse

8 Bestätigung der den Antrag aufnehmenden Stelle
(zum Beispiel Versicherungsamt, Gemeindeverwaltung, Versichertenberater / Versichertenberaterinnen)

Datum der Rentenantragstellung, Rentenart	Antrag weitergeleitet an: (Name des Rentenversicherungsträgers)
Bei Antrag auf Witwenrente / Witwerrente: Vorschusszahlung bei der Deutschen Post AG, Niederlassung Renten Service, beantragt? am ☐ nein ☐ ja	
Die Personenstandsdaten für die folgenden unter Ziffer 4.4 oder im Ergänzungsblatt **Vordruck R0811** angegebenen Kinder werden aufgrund vorliegender Nachweise bestätigt (bitte Zutreffendes ankreuzen). ☐ Kind 1 ☐ Kind 2 ☐ Kind 3 ☐ Kind 4 ☐ Kind 5 ☐ Kind 6	
Die Personenstandsdaten für die folgenden unter Ziffer 5.5 oder im Ergänzungsblatt **Vordruck R0811** angegebenen Kinder werden aufgrund vorliegender Nachweise bestätigt (bitte Zutreffendes ankreuzen). ☐ Kind 1 ☐ Kind 2 ☐ Kind 3 ☐ Kind 4 ☐ Kind 5 ☐ Kind 6	

Das Merkblatt zur Krankenversicherung der Rentner (KVdR) und Pflegeversicherung ist ausgehändigt / auf die Online-Version ist hingewiesen worden.

Ort, Datum

Unterschrift, Stempel der den Antrag aufnehmenden Stelle

Erläuterungen zur Meldung zur Krankenversicherung der Rentner (KVdR) nach § 201 Absatz 1 SGB V

Sehr geehrte Antragstellerin, sehr geehrter Antragsteller,
die Krankenversicherung der Rentner (KVdR) bietet Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen vom Tag der Rentenantragstellung an einen Krankenversicherungsschutz durch die gesetzlichen Krankenkassen. Die KVdR wird nicht durchgeführt, solange Sie nach anderen Vorschriften versicherungspflichtig sind oder ein anderer Ausschlussgrund vorliegt. Näheres hierzu können Sie im Merkblatt zur Krankenversicherung der Rentner (KVdR) und Pflegeversicherung (**Vordruck R0815**) nachlesen. Die Online-Version des Merkblattes finden Sie im Internet unter www.deutsche-rentenversicherung.de/merkblatt-R0815

Damit die gesetzliche Krankenkasse prüfen kann, ob für Sie eine Pflichtmitgliedschaft in der KVdR in Betracht kommt, haben Sie zugleich mit dem Rentenantrag eine "Meldung zur Krankenversicherung der Rentner (KVdR) nach § 201 Absatz 1 SGB V" (**Vordruck R0810**) einzureichen. Die Meldung zur Krankenversicherung der Rentner, die auch die Meldung zur sozialen Pflegeversicherung einschließt, ist von Ihnen auch abzugeben, wenn Sie die Voraussetzungen für eine Pflichtmitgliedschaft in der KVdR offensichtlich nicht erfüllen, weil Sie zum Beispiel seit vielen Jahren bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind. Allein die zuständige Krankenkasse prüft nach Vorliegen der Meldung die Voraussetzungen für die KVdR und entscheidet über die Mitgliedschaft in der KVdR und Pflegeversicherung. Reichen im Einzelfall die vorhandenen Informationen für eine abschließende Entscheidung nicht aus, fordert die Krankenkasse gegebenenfalls bei der gesetzlichen Rentenversicherung den dort gespeicherten Versicherungsverlauf an, um eine Verzögerung bei der Prüfung der KVdR-Voraussetzungen zu vermeiden. Die Krankenkasse teilt dem Rentenversicherungsträger für die Beitragszahlung aus der Rente die krankenversicherungsrechtlichen Auswirkungen mit, die sich durch die Rentenantragstellung ergeben.

Den **Vordruck R0810** brauchen Sie nur dann nicht auszufüllen, wenn die den Rentenantrag aufnehmende Stelle die KVdR-Meldung direkt bei der Rentenantragstellung über ein computerunterstütztes Verfahren maschinell aufnimmt.

Die folgenden Erläuterungen sollen Ihnen das Ausfüllen der KVdR-Meldung erleichtern. Zur besseren Übersicht ist jede Erläuterung mit der gleichen Ziffer versehen wie die jeweilige Frage in der KVdR-Meldung. Die Fragen in der KVdR-Meldung und die Erläuterungen richten sich selbstverständlich an Frauen und Männer gleichermaßen. Im Text haben wir uns aber zugunsten der Lesbarkeit und aus sprachlichen Gründen nur für die männliche Form entschieden.

1 Angaben zur Person des Rentenantragstellers
Die Angaben zu Ihrer Person einschließlich Ihrer Versicherungsnummer und Krankenversichertennummer benötigt die Krankenkasse, um die Meldung richtig zuordnen zu können.

2 Allgemeine Angaben zur Prüfung des Krankenversicherungsverhältnisses
Bei den Fragen unter Ziffer 2 handelt es sich um Fragen von versicherungsrechtlicher Bedeutung, durch die die Krankenkasse beurteilen kann, ob die KVdR eventuell wegen bestimmter Tatbestände ausgeschlossen ist.

Bitte beachten Sie, dass Versicherungsfreiheit auch dann besteht, wenn Sie nach dem Krankheitsfürsorgesystem der Europäischen Gemeinschaften bei Krankheit geschützt sind. Dies ist unter Ziffer 2.3 einzutragen.

Sollten Sie bei Rentenantragstellung familienversichert sein, besteht für Sie während des Rentenantragsverfahrens eventuell Beitragsfreiheit. Deshalb geben Sie bitte unter Ziffer 2.5 zusätzlich die Personenstandsdaten und das Geburtsdatum des Stammversicherten sowie Ihr Verwandtschaftsverhältnis zum Stammversicherten an.

Die Beantwortung der Fragen der Ziffern 2.6 bis 2.9 ist ebenfalls für Ihre korrekte Beitragseinstufung erforderlich.

Bitte beachten Sie, dass auch Renten von ausländischen gesetzlichen Rentenversicherungsträgern und Versorgungsbezüge aus dem Ausland der Beitragspflicht unterliegen. Daher sind Sie verpflichtet, auch solche Bezüge unter Ziffer 2.7 und 2.9 einzutragen.

3 Angaben bei Antrag auf Waisenrente

Waisen, die unmittelbar vor der Rentenantragstellung gesetzlich krankenversichert waren, sind ohne Berücksichtigung einer Vorversicherungszeit nach § 5 Absatz 1 Nummer 11b Buchstabe a SGB V versicherungspflichtig in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Bei bislang privat krankenversicherten Waisen sind für den Eintritt der Versicherungspflicht zusätzliche Voraussetzungen erforderlich. Damit die Krankenkasse diese prüfen kann, benötigt sie die Angaben unter Ziffer 4 und 5.

4 Angaben zur Prüfung der Vorversicherungszeit

Die Angaben unter Ziffer 4 sind erforderlich, damit die Krankenkasse prüfen kann, ob die Voraussetzungen für eine Pflichtmitgliedschaft in der KVdR erfüllt sind. Sie werden jedoch auch benötigt, um die zuständige Krankenkasse festzustellen. Sollten Sie bereits eine Rente beziehen und deshalb in der KVdR pflichtversichert sein, brauchen Sie unter Ziffer 4.1 nur den Namen und die Anschrift der Krankenkasse einzutragen, bei der Sie versichert sind. Weitere Angaben unter den Ziffern 4.2 bis 4.6 sind dann nicht erforderlich.

Zur Begründung einer Mitgliedschaft in der KVdR ist es erforderlich, dass Sie seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Rentenantragstellung mindestens 9/10 der zweiten Hälfte dieses Zeitraums ein Pflichtmitglied, freiwilliges Mitglied oder in der gesetzlichen Krankenversicherung familienversichert waren (sogenannte Vorversicherungszeit). Daher ist unter Ziffer 4.2 das Datum der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit anzugeben. Als Aufnahme einer Erwerbstätigkeit gilt jede auf Erwerb gerichtete oder zur Berufsausbildung ausgeübte Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit, und zwar auch im Ausland. Sofern keine Erwerbstätigkeit aufgenommen wurde, ist der Tag der Eheschließung oder der Eintragung einer Lebenspartnerschaft im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes einzutragen. Wenn eine Ehe oder eine eingetragene Lebenspartnerschaft im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes nicht bestand, ist der Tag der Vollendung des 18. Lebensjahres oder bei minderjährigen Waisen der Tag der Geburt anzugeben.

Darüber hinaus tragen Sie bitte unter Ziffer 4.3 lückenlos ein, wie Sie bisher krankenversichert waren. Die Angaben sind frühestens ab 1.1.1996 erforderlich, weil für die Prüfung der KVdR-Vorversicherungszeit nur die zweite Hälfte Ihres Erwerbslebens maßgebend ist. Unterscheiden Sie beim Krankenversicherungsverhältnis bitte zwischen Zeiten als Mitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung (im Rahmen einer Pflichtversicherung oder freiwilligen Versicherung), einer Familienversicherung, einer privaten Krankenversicherung und Zeiten, in denen kein Krankenversicherungsschutz vorlag. Die Zeiträume einer Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung oder Familienversicherung müssen anhand von Bescheinigungen belegt werden können. Diese Nachweise brauchen Sie der KVdR-Meldung jedoch nicht beizufügen.

Auf die Vorversicherungszeit können unter bestimmten Voraussetzungen auch Zeiten angerechnet werden, während denen Sie bei einer internationalen Organisation beschäftigt waren. Bitte tragen Sie unter Ziffer 4.3 Beginn und gegebenenfalls Ende der Beschäftigung sowie den Namen und die Anschrift der internationalen Organisation ein. Bitte lassen Sie dann die Ankreuzfelder zur Art der Versicherung frei.

Sofern Sie im Zeitpunkt der Rentenantragstellung ohne anderweitige Absicherung im Krankheitsfall sind, ist es für die Krankenkasse erforderlich zu erfahren, wann und in welcher Form Ihr letzter Krankenversicherungsschutz bestand. In diesem Fall sind hierzu gegebenenfalls auch Angaben zu Versicherungszeiten vor dem 1.1.1996 beizufügen.

Darüber hinaus tragen Sie bitte unter Ziffer 4.4 ein, ob Sie Kinder haben oder hatten, da für jedes leibliche Kind, Adoptivkind, Stiefkind und Pflegekind pauschal drei Jahre auf die Vorversicherungszeit angerechnet werden können. Bei Adoptivkindern, die zum Zeitpunkt der Adoption bereits das 18. Lebensjahr vollendet hatten (Erwachsenenadoption), und bei Stiefkindern sind zudem bestimmte Altersgrenzen einzuhalten, sodass volljährige Adoptivkinder und Stiefkinder getrennt einzutragen sind. Bei Vorlage entsprechender Nachweise (zum Beispiel Geburtsurkunde oder Abstammungsurkunde) können bereits die Personenstandsdaten der Kinder unter Ziffer 8 durch die den Antrag aufnehmende Stelle bestätigt werden. Die Krankenkasse wird dann prüfen, inwieweit eine Anrechnung möglich beziehungsweise erforderlich ist und ob gegebenenfalls noch weitere Nachweise einzureichen sind.

Unter Ziffer 4.5 geben Sie bitte an, ob Sie Spätaussiedler sind. Da in diesem Fall unter bestimmten Voraussetzungen eine Vorversicherungszeit nicht gefordert wird, ist zusätzlich die Frage unter Ziffer 4.5.1 zu beantworten.

Für Künstler und Publizisten gilt eine erleichterte Vorversicherungszeit. Daher tragen Sie unter Ziffer 4.6 bitte ein, in welchem Zeitraum Sie Künstler oder Publizist waren oder noch sind.

5 Angaben zur Person und zum Krankenversicherungsverhältnis des verstorbenen Versicherten

Die Angaben zur Person und zum Krankenversicherungsverhältnis des verstorbenen Versicherten sind nur bei einem Antrag auf Witwenrente, Witwerrente oder Waisenrente erforderlich. Sollte der Verstorbene bereits eine Rente der deutschen gesetzlichen Rentenversicherung bezogen haben (Ziffer 5.2) und in der KVdR versichert gewesen sein (Ziffer 5.2.1), tragen Sie bitte zusätzlich den Namen und die Anschrift der Krankenkasse ein, bei der der Verstorbene versichert war. Weitere Angaben unter den Ziffern 5.3 bis 5.5 sind dann nicht erforderlich. Um die zuständige Krankenkasse zu ermitteln, sind in diesem Fall aber Angaben zu Ihrem Krankenversicherungsverhältnis unter Ziffer 4.3 erforderlich.

War der Verstorbene bei einer internationalen Organisation beschäftigt, tragen Sie unter Ziffer 5.4 bitte Beginn und Ende der Beschäftigung sowie den Namen und die Anschrift der internationalen Organisation ein. Bitte lassen Sie dann die Ankreuzfelder zur Art der Versicherung frei (vergleiche Erläuterungen zu Ziffer 4).

Ansonsten dienen die Angaben unter Ziffer 5.3 bis 5.5 der Prüfung der Vorversicherungszeit in der Person des Verstorbenen. Bei einem Antrag auf Witwenrente, Witwerrente oder Waisenrente können Sie nämlich auch dann Mitglied in der KVdR werden, wenn Sie selbst die Vorversicherungszeit zur KVdR nicht erfüllt haben, diese jedoch durch den Verstorbenen erfüllt wird. Aussagen über das Krankenversicherungsverhältnis des Verstorbenen sind frühestens ab 1.1.1996 zu treffen.

Wenn der Verstorbene Kinder hatte, tragen Sie diese bitte unter Ziffer 5.5 ein, denn auch auf die in der Person des Verstorbenen zu prüfende Vorversicherungszeit können für jedes Kind pauschal drei Jahre angerechnet werden (vergleiche Erläuterungen zu Ziffer 4).

Bitte beachten Sie, dass Sie bei Anträgen auf Waisenrente für jede Waise eine KVdR-Meldung ausfüllen. Sind die Waisen bei derselben Krankenkasse versichert, ist es jedoch ausreichend, wenn Sie die Angaben unter Ziffer 5.4 nur einmal machen. Bitte vermerken Sie dies durch einen entsprechenden Hinweis auf den anderen KVdR-Meldungen.

Unter Ziffer 5.6 geben Sie bitte an, ob der Verstorbene anerkannter Spätaussiedler war. Da für diesen Personenkreis unter bestimmten Voraussetzungen eine Vorversicherungszeit nicht gefordert wird, gilt die Vorversicherungszeit auch bei den Hinterbliebenen als erfüllt.

6 Antrag auf Zuschuss zur freiwilligen oder privaten Krankenversicherung

Wenn Sie freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung oder bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind, können Sie unter bestimmten Voraussetzungen einen Zuschuss zur Krankenversicherung erhalten. Der Anspruch auf den Zuschuss zur Krankenversicherung besteht frühestens vom Rentenbeginn an. Bitte beachten Sie, dass es für den Beginn des Zuschusses zur Krankenversicherung entscheidend ist, dass er rechtzeitig beantragt wird. Deshalb sieht die KVdR-Meldung die Möglichkeit vor, sogleich den Zuschuss zur Krankenversicherung zu beantragen. Hierdurch können Sie Nachteile einer verspäteten Antragstellung in den allermeisten Fällen ausschließen. Dies ist insbesondere von Bedeutung, wenn zum Zeitpunkt der Rentenantragstellung noch nicht feststeht, ob Sie die KVdR-Vorversicherungszeit erfüllen oder wann die Mitgliedschaft in der KVdR beginnen wird (zum Beispiel, weil Sie auch über den Rentenbeginn hinaus eine hauptberuflich selbständige Erwerbstätigkeit oder eine krankenversicherungsfreie Beschäftigung ausüben werden).

7 Erklärung der Antragstellerin / des Antragstellers

Durch Ihre Unterschrift bestätigen Sie Ihre Eintragungen sowie den Erhalt des Merkblattes zur Krankenversicherung der Rentner (KVdR) und Pflegeversicherung (**Vordruck R0815**) beziehungsweise das Lesen des Merkblattes in der Online-Version.



8 Bestätigung der den Antrag aufnehmenden Stelle

Die den Antrag aufnehmende Stelle bestätigt unter Ziffer 8 den Tag Ihrer Rentenantragstellung.

Bei Beantragung einer Hinterbliebenenrente ist zusätzlich anzugeben, ob Sie einen Vorschuss für das sogenannte "Sterbevierteljahr" beantragt haben, da der Antrag auf Vorschuss bereits als Rentenantrag gilt und insoweit den Mitgliedschaftsbeginn beeinflusst.

Anschließend leitet die den Antrag aufnehmende Stelle die "Meldung zur Krankenversicherung der Rentner (KVdR) nach § 201 Absatz 1 SGB V" an Ihre zuständige Krankenkasse weiter. Das ist in der Regel die Krankenkasse, bei der Sie zur Zeit der Rentenantragstellung versichert sind beziehungsweise die Sie für den Fall der Versicherungspflicht gewählt haben. Sollten Sie zu diesem Zeitpunkt nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sein und für den Fall der Versicherungspflicht keine Krankenkasse gewählt haben, ist die Meldung an die Krankenkasse weiterzuleiten, bei der Sie zuletzt versichert waren. Waren Sie bisher noch nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert, wird die Meldung an eine wählbare gesetzliche Krankenkasse weitergeleitet. Die folgenden Krankenkassen sind wählbar: AOK des Wohnortes, Ersatzkasse, Betriebskrankenkasse, Innungskrankenkasse oder Knappschaft. In das umrandete Adressfeld sind also der Name und soweit bekannt die Anschrift der Krankenkasse einzutragen, bei der Sie zurzeit versichert sind beziehungsweise die Sie anlässlich der Rentenantragstellung gewählt haben oder bei der Sie zuletzt versichert waren. Waren Sie noch nie gesetzlich krankenversichert, können Sie eine wählbare Krankenkasse angeben, an die die Meldung weitergeleitet werden soll.

Mit freundlichen Grüßen
Ihre Deutsche Rentenversicherung