

---

Marion Dette\*  
René Stefanidis

---

# Krankenversicherung der Rentner\*innen

---

---

\*Marion Dette und René Stefanidis sind Mitarbeitende der Bildungsabteilung der Deutschen Rentenversicherung Bund

Herausgegeben von der  
Deutschen Rentenversicherung Bund  
2160 Berufliches TrainingsCenter – Bereich Fachliche Trainings  
**Die Bildungsabteilung**  
Berlin-Wilmersdorf, Dienstgebäude Hohenzollerndamm 46-47, 10713 Berlin  
Deutsche Rentenversicherung Bund, 10704 Berlin

Ansprechpartnerin: Cornelia Marweld  
0160-144 05 18, [fachliche-trainings-postkorb@drv-bund.de](mailto:fachliche-trainings-postkorb@drv-bund.de)  
Stand: 01.01.2025

## Inhalt

1	<b>Allgemeines .....</b>	<b>4</b>
2	<b>Versicherungspflicht in der KVdR.....</b>	<b>4</b>
2.1	Rentenanspruch .....	5
2.2	Persönliche Voraussetzungen .....	5
2.3	Sonderregelungen für bestimmte Personenkreise .....	6
2.4	Besitzschutz für Hinterbliebene .....	6
2.5	Neuregelung ab 01.08.2017 .....	7
3	<b>Ausschluss der Versicherungspflicht.....</b>	<b>8</b>
3.1	Ausschluss kraft Gesetzes .....	8
3.1.1	Anderweitige Krankenversicherungspflicht .....	8
3.1.2	Selbständige Tätigkeit .....	9
3.1.3	Krankenversicherungsfreiheit .....	9
3.2	Befreiung von der Versicherungspflicht .....	10
4	<b>Durchführung der KVdR .....</b>	<b>11</b>
4.1	Zuständige Krankenkasse .....	11
4.2	Mitgliedschaft in der KVdR .....	11
4.3	Meldungen zur Durchführung der KVdR .....	12
5	<b>Beiträge für die KVdR .....</b>	<b>13</b>
5.1	Beitragspflichtige Einnahmen der Rentner*innen.....	13
5.2	Beitragssatz für die Beiträge aus Renten.....	14
5.2.1	Allgemeiner Beitragssatz .....	14
5.2.2	Zusatzbeitrag.....	15
5.3	Tragung der Beiträge bei Pflichtversicherung .....	16
5.4	Beiträge der Rentenantragsteller*innen .....	17
5.5	Versicherungspflicht für Waisen .....	17
5.6	Beitragserhebung aus der Rente .....	18
6	<b>Zuschuss zur Krankenversicherung .....</b>	<b>19</b>
6.1	Voraussetzungen .....	19
6.2	Beginn und Ende des Beitragszuschusses .....	19
6.3	Höhe des Zuschusses zur Krankenversicherung .....	20
7	<b>Pflegeversicherung .....</b>	<b>20</b>
7.1	Keine Befreiung von der sozialen Pflegeversicherung .....	21
7.2	Beiträge in der Pflegeversicherung .....	21
7.3	Beitragszuschlag für Kinderlose .....	21
8	<b>Vordrucke .....</b>	<b>22</b>

# 1 Allgemeines

Das Recht der gesetzlichen Krankenversicherung ist mit Wirkung ab 01.01.1989 durch das Gesundheits-Reformgesetz (GRG) in seinen wesentlichen Teilen als Fünftes Buch in das Sozialgesetzbuch eingegliedert worden; dazu gehören auch die Vorschriften über die KVdR. Die KVdR ist als Pflichtversicherung angelegt worden und wird kraft Gesetzes begründet. Freiwillig oder privat krankenversicherte Rentner\*innen erhalten auf Antrag einen Zuschuss zu den Aufwendungen für ihre Krankenversicherung. Im Beitrittsgebiet ist eine Zuschusszahlung frühestens ab 01.01.1992 möglich.

Damit die Rentenantragsteller\*innen und Rentner\*innen weiterhin den Schutz der gesetzlichen Krankenversicherung genießen können, geht dieser Aufsatz auf die wichtigsten Sachverhalte entsprechend ein. Die Krankenversicherung der Rentner\*innen bietet unter bestimmten Voraussetzungen vom Tag der Rentenantragstellung an einen Krankenversicherungsschutz durch die gesetzlichen Krankenkassen.

## 2 Versicherungspflicht in der KVdR

Abb. 3 + 4

Die Versicherungspflicht in der KVdR tritt nur ein, wenn bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind. Hierzu gehört einerseits der Anspruch auf eine Versicherten- oder Hinterbliebenenrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung und deren Antragsstellung und andererseits die Erfüllung der persönlichen Voraussetzungen.

Als Grundnorm für die Versicherungspflicht in der KVdR ist § 5 Absatz 1 Nummer 11 SGB V, der durch die §§ 5 Absatz 11 a, 12 SGB V ergänzt wird in Verbindung mit Absatz 2 SGB V zu beachten.

Nach § 5 Absatz 1 Nummer 11 SGB V sind Empfänger einer Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung versicherungspflichtig in der KVdR, wenn sie seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Stellung des Rentenantrages mindestens 9/10 der zweiten Hälfte dieses Zeitraumes Mitglied (Pflicht- oder freiwilliges Mitglied) in der gesetzlichen Krankenversicherung oder familienversichert waren (sogenannte Vorversicherungszeiten). Dies gilt seit 01.01.1991 auch im Beitrittsgebiet, wobei die bis zum 31.12.1990 im Beitrittsgebiet zurückgelegten Versicherungszeiten den Zeiten einer Pflichtversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung grundsätzlich gleichgestellt sind (§ 309 Absatz 5 SGB V).

Antragsteller\*innen für eine Hinterbliebenenrente können die geforderten Voraussetzungen für die KVdR grundsätzlich auch aus der Versicherung der/s Verstorbenen, aus der Hinterbliebenenrente gezahlt werden soll, erfüllen.

Die KVdR tritt nicht ein bei Vorliegen einer Vorrangversicherung oder eines Ausschlussgrundes (§ 5 Absätze 5 und 8 SGB V, § 6 Absatz 2, 3 SGB V).

Die Vorschrift über die Versicherungspflicht nach § 5 SGB V gilt auch für Rentner\*innen der knappschaftlichen Rentenversicherung, nicht dagegen für Bezieher\*innen von Leistungen nach dem Gesetz über eine Alterssicherung der Landwirte. Die Krankenversicherung der Landwirte ist im Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte (KVLG 1989) besonders geregelt. Ebenso gelten besondere Vorschriften nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz (KSVG).

## 2.1 Rentenanspruch

Grundvoraussetzung für die Versicherungspflicht in der KVdR ist das Bestehen eines Rentenanspruches. 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 Art. 2 RÜG aufgeführte Rente handelt. Das bedeutet in den neuen Bundesländern, dass somit auch umgewertete oder überführte Bestandsrenten (§§ 307 a und b SGB VI) oder überführte Sonderversorgungsrenten (§ 4 AAÜG) Renten im Sinne der KVdR sind.

Für die Prüfung, ob eine Rente im Sinne der KVdR vorliegt, genügt es, dass das Recht auf die Rente nur dem Grunde nach besteht, zum Beispiel bei Nichtzahlung der Rente wegen Zusammentreffens mit einer anderen Rente oder Einkommen (§§ 89 ff. SGB VI) oder wegen Zusammentreffens mit einer Unfallrente aus der gesetzlichen Unfallversicherung (§§ 93, 311 SGB VI).

Verzichten Rentner\*innen im Rahmen des § 46 SGB I dagegen auf die gewährte Rente in voller Höhe, wird die KVdR nicht durchgeführt.

Keine Versicherungspflicht in der KVdR begründen Leistungen aus 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).

## 2.2 Persönliche Voraussetzungen

Abb. 5

Nur diejenigen erhalten den Versicherungsschutz der KVdR, die während ihres Erwerbslebens ausreichend in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren. Die zuständige Krankenkasse prüft dabei anhand ihrer Mitgliedsunterlagen in jedem Einzelfall, ob die "persönlichen Voraussetzungen" vorliegen. Diese sind erfüllt, wenn die "Neun-Zehntel-Belegung" gegeben ist.

Antragsteller\*innen für eine Hinterbliebenenrente können die Vorversicherungszeit entweder aus ihrer eigenen Versicherung oder aus der Versicherung der/s Verstorbenen erfüllen. Die persönlichen Voraussetzungen liegen dann vor, wenn der/die Versicherte – bei Hinterbliebenenrenten der/die Verstorbene oder der/die Hinterbliebene – seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Rentenantragstellung (Rahmenfrist) mindestens neun Zehntel der zweiten Hälfte des Zeitraumes Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse oder familienversichert gewesen ist (Vorversicherungszeit nach § 5 Absatz 1 Nummer 11 SGB V).

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 sowie bei minderjährigen Waisenrentner\*innen der Tag der Geburt. Das Ende der Rahmenfrist bildet der Tag der Rentenantragstellung. Zwischen diesen beiden Zeitpunkten müssen nun entsprechende Vorversicherungszeiten liegen.

Als Vorversicherungszeiten für die Neun-Zehntel-Belegung rechnen sämtliche bei einer gesetzlichen Krankenkasse zurückgelegten Zeiten der

- Pflichtversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung,
- freiwilligen Versicherung,
- Familienversicherung sowie
- Ehegattenversicherung, wenn der/die Rentenantragsteller\*in 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 gemäß § 309 Absatz 5 SGB V den Zeiten einer Pflichtversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung gleichgestellt; dies gilt auch für Zeiten in der Freiwilligen Krankheitskostenversicherung der ehemaligen Staatlichen Versicherung der DDR oder Zeiten in einem Sonderversorgungssystem.

## **2.3 Sonderregelungen für bestimmte Personengruppen**

Für Personen nach § 1 oder § 17 a FRG sowie nach § 20 WGSVG (§ 5 Absatz 1 Nummer 12 SGB V) gilt eine Sonderregelung. Das bedeutet, dass hier die Neun-Zehntel-Belegung nicht erforderlich ist, um den Schutz der KVdR zu erlangen. Heutzutage betrifft das insbesondere anerkannte Spätaussiedler\*innen. Bei Hinterbliebenenrenten reicht es aus, dass entweder der Verstorbene oder der Hinterbliebene dieser Personengruppe angehört.

Die Sonderregelung kann von dem/der Rentenantragsteller\*in jedoch nur dann in Anspruch genommen werden, wenn diese/r seinen Wohnsitz innerhalb der letzten zehn Jahre vor der Rentenantragstellung in die Bundesrepublik Deutschland verlegt hat. Liegt die Wohnsitzverlegung früher, entfällt die Behandlung nach der Sonderregelung und es gelten die üblichen Vorversicherungszeitprüfungen. Allerdings ist in diesem Fall die Vorversicherungszeit für die Zeiten bis zur Wohnsitzverlegung fiktiv als erfüllt anzusehen, so dass die Rahmenfrist bei einem/r solchen Rentenantragsteller\*in erst mit dem Tag seines Zuzugs beginnt.

Seit 1.7.2001 besteht für Künstler\*innen eine besondere Möglichkeit des Zugangs zur KVdR. Voraussetzung ist, dass sie 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 Rentenanspruchs mindestens neun Zehntel des Zeitraums nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren.

## **2.4 Besitzschutz für Hinterbliebene**

Bei Empfängern von Hinterbliebenenrente 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 somit die Prüfung der Vorversicherungszeit.

Durch diese Verfahrensweise ist sichergestellt, dass die Hinterbliebenen von Rentner\*innen, welche der gesetzlichen Krankenversicherung angehörten, stets auch selbst der KVdR angehören können, sofern für sie nicht besondere Ausschlussgründe vorliegen.

## 2.5 Neuregelung ab 01.08.2017

Durch Artikel 1 Nummer 0a Buchstabe b des Gesetzes zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz - HHVG) vom 04.04.2017, verkündet am 10.04.2017 (BGBl. I, Seite 778), ist die Vorschrift des § 5 Absatz 2 SGB V um einen dritten Satz ergänzt worden. Dieser bestimmt, dass auf die nach § 5 Absatz 1 Nummer 11 SGB V erforderliche Mitgliedszeit (Vorversicherungszeit) für jedes Kind, Stiefkind oder Pflegekind (§ 56 Absatz 2 Nummer 2 SGB I) eine Zeit von drei Jahren angerechnet wird.

Ziel dieser Neuregelung soll es nach der Gesetzesbegründung vor allem sein, den Zugang zur KVdR für Rentner\*innen zu verbessern, die wegen der Betreuung von Kindern zeitweilig nicht gesetzlich krankenversichert waren (insbesondere in den Fällen, in denen der Ehepartner des betreuenden Elternteils privat krankenversichert war). Insoweit soll die bisher bestehende Benachteiligung von Kindern erziehenden Ehegatten und Lebenspartnern bei der Berücksichtigung der Vorversicherungszeiten beseitigt werden.

Die Regelung des § 5 Absatz 2 Satz 3 SGB V tritt am 01.08.2017 in Kraft. Sie gilt nicht nur in Neufällen (also bei Rentner\*innen, die ab dem 01.08.2017 einen Rentenanspruch stellen), sondern auch für Bestandsfälle.

Nach § 5 Absatz 2 Satz 3 SGB V wird auf die nach § 5 Absatz 1 Nummer 11 SGB V erforderliche Vorversicherungszeit für jedes leibliche, Adoptiv-, Stief- oder Pflegekind pauschal eine Zeit von drei Jahren angerechnet. Dabei kommt es nicht darauf an,

- ob und ggf. in welchem zeitlichen Umfang das jeweilige Kind tatsächlich von Rentner\*innen oder Rentenantragsteller\*innen betreut beziehungsweise erzogen worden ist (die Anrechnung von drei Jahren erfolgt selbst in den Fällen, in denen das Kind vor Vollendung des dritten Lebensjahres verstorben ist),
- ob für die Betreuung bzw. Erziehung des Kindes eine Erwerbstätigkeit unterbrochen worden ist oder
- ob eine tatsächliche oder mögliche Zeit der Kinderbetreuung beziehungsweise -erziehung in die erste oder zweite Hälfte des Erwerbslebens fällt.

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 neben den leiblichen Eltern auch bei ihren Adoptiv-, Stief- und Pflegeeltern zu berücksichtigen. Die Berücksichtigung von Enkelkindern ist nach der Gesetzesbegründung jedoch ausgeschlossen.

Über die Anrechnung der Mitgliedszeiten nach § 5 Abs. 2 Satz 3 SGB V hat allein die jeweils zuständige Krankenkasse zu entscheiden.

## 3 Ausschluss der Versicherungspflicht

Abb. 6

Die KVdR ist eine "nachrangige Versicherung". Versicherungspflicht in der KVdR tritt grundsätzlich nur ein, wenn die Rentner\*innen nicht bereits anderweitig pflichtversichert sind. Darüber hinaus dürfen Rentner\*innen nicht zu einem der Personenkreise gehören, die der Gesetzgeber als nicht schutzwürdig in der gesetzlichen Krankenversicherung erachtet hat. So sind beispielsweise hauptberuflich Selbständige, Beamte\*innen und Pensionär\*innen von der KVdR ausgeschlossen. Wer die Voraussetzungen für die Versicherungspflicht in der KVdR erfüllt, nicht von der KVdR ausgeschlossen ist und diese dennoch 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. 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.

### 3.1 Ausschluss kraft Gesetzes

Für die Versicherungspflicht in der KVdR müssen unter anderem persönliche Voraussetzungen erfüllt sein. Unter bestimmten Umständen kann es jedoch vorkommen, dass die Vorversicherungszeit erfüllt ist und die KVdR trotzdem nicht zum Tragen kommt oder hinausgeschoben wird. Dies hat seinen Grund darin, dass für die Krankenversicherungspflicht als Rentner\*in Rangfolgeregelungen gelten. Die KVdR ist in diesen Fällen kraft Gesetzes ausgeschlossen. Das gilt insbesondere, wenn nach

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

Bei diesen Personen besteht zwar dem Grunde nach Versicherungspflicht in der KVdR, sie wird jedoch durch eine Rangfolgeregelung ausgeschlossen.

#### 3.1.1 Anderweitige Krankenversicherungspflicht

Die KVdR ist ausgeschlossen, wenn der/die Rentner\*in bereits nach anderen gesetzlichen Vorschriften krankenversicherungspflichtig ist (§ 5 Absatz 8 SGB V). Die KVdR tritt also zum Beispiel nicht ein, wenn und solange der/die Rentner\*in

- eine krankenversicherungspflichtige Beschäftigung ausübt (§ 5 Absatz 1 Nummer 1 SGB V),
- Arbeitslosengeld, Arbeitslosenhilfe (für Zeiten bis 31.12.2004) oder Unterhaltsgeld nach dem SGB III bezieht (§ 5 Absatz 1 Nummer 2 SGB V),
- Bürgergeld bezieht (§ 5 Absatz 1 Nummer 2a SGB V),

- der Versicherungspflicht nach dem KVLG 1989 unterliegt (§ 5 Absatz 1 Nummer 3 SGB V),
- als Künstler oder Publizist krankenversicherungspflichtig ist (§ 5 Absatz 1 Nummer 4 SGB V),
- arbeitsunfähig ist und Krankengeld erhält (§ 192 SGB V).

Der Ausschluss tritt in diesen Fällen kraft Gesetzes ein.

**Ausnahme:**

Die Versicherungspflicht der Student\*innen und Praktikant\*innen (§ 5 Absatz 1 Nummer 9, 10 SGB V) verdrängt während des Rentenbezuges nicht die KVdR; hier ist die KVdR vorrangig (§ 5 Absatz 7 SGB V).

### 3.1.2 Selbständige Tätigkeit

Die KVdR ist auch ausgeschlossen, wenn und solange Rentner\*innen hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind (§ 5 Absatz 5 SGB V). Hauptberuflich ist eine selbständige Erwerbstätigkeit dann, wenn sie von der wirtschaftlichen Bedeutung und dem zeitlichen Aufwand her den Mittelpunkt der Erwerbstätigkeit darstellt. Der Ausschluss gilt nicht für Selbständige, die am 31.12.1988 bereits in der KVdR versichert waren (Art. 56 Abs. 3 GRG entsprechend).

### 3.1.3 Krankenversicherungsfreiheit

Die Versicherungspflicht in der KVdR ist ebenfalls ausgeschlossen für Personen, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungsfrei oder von der Versicherungspflicht befreit sind (§ 6 Absatz 2, 3 SGB V). Das sind zum Beispiel Angestellte und auch Arbeiter, wenn und solange sie mit ihrem Arbeitsentgelt die Jahresarbeitsentgeltgrenze überschreiten (§ 6 Absatz 1 Nummer 1 SGB V). Diese Jahresarbeitsentgeltgrenze betrug bis 31.12.2002 75 % der Beitragsbemessungsgrenze der Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten.

Seit 01.01.2003 wird in § 6 Absatz 6 SGB V die allgemeine Jahresarbeitsentgeltgrenze der gesetzlichen Krankenversicherung separat von der Beitragsbemessungsgrenze der allgemeinen Rentenversicherung (vormals: der Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten) bestimmt. Daneben legt § 6 Absatz 7 SGB V für bestimmte privat versicherte Arbeitnehmer\*innen aus Gründen des Bestands- und Vertrauensschutzes eine besondere - niedrigere - Jahresarbeitsentgeltgrenze fest.

Der Ausschluss von der KVdR gilt gleichermaßen für beschäftigte Arbeitnehmer, die im Zusammenhang mit der Erhöhung der Versicherungspflichtgrenze von der Krankenversicherungspflicht befreit wurden (§ 8 Absatz 1 Nummer 1 SGB V).

Nach Beendigung der die KVdR ausschließenden Beschäftigung setzt die KVdR ein, sofern die übrigen Voraussetzungen erfüllt sind.

Gänzlich von der KVdR ausgeschlossen sind Personen, deren Krankenversicherungsfreiheit im Allgemeinen nicht endet, wie zum Beispiel

- Beamt\*innen, Richter\*innen, Berufssoldat\*innen und sonstige Beschäftigte des öffentlichen Dienstes, wenn sie nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge haben (§ 6 Absatz 1 Nummer 2 SGB V),
- Geistliche der als öffentlich-rechtliche Körperschaften anerkannten Religionsgesellschaften, wenn sie nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder

Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Fortzahlung der Bezüge und auf Beihilfe haben (§ 6 Absatz 1 Nummer 4 SGB V),

- Ruhegehaltsempfänger\*innen der genannten Personenkreise sowie Empfänger\*innen von Hinterbliebenenversorgung, wenn sie ausschließlich Hinterbliebenenrente beziehen (§ 6 Absatz 1 Nummer 6 und Absatz 2 SGB V),
- satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften, Diakonissen und ähnliche Personen unter bestimmten Voraussetzungen (§ 6 Absatz 1 Nummer 7 SGB V),
- Personen, die durch das Krankenfürsorgesystem der Europäischen Gemeinschaften geschützt sind (§ 6 Absatz 1 Nummer 8 SGB V),
- ab 01.07.2000 Personen, die nach Vollendung des 55. Lebensjahres versicherungspflichtig werden, wenn für sie in den letzten fünf Jahren vor Eintritt dieser Versicherungspflicht kein gesetzlicher Krankenversicherungsschutz bestand und sie in diesem Fünfjahreszeitraum mindestens die Hälfte dieser Zeit versicherungsfrei, von der Versicherungspflicht befreit oder wegen einer hauptberuflich selbständigen Erwerbstätigkeit nicht versichert waren (§ 6 Absatz 3a SGB V). Versicherungsfreiheit nach dieser Vorschrift tritt nicht ein für Personen, die wegen des Bezuges von Arbeitslosengeld II krankenversicherungspflichtig nach § 5 Absatz 1 Nummer 2a SGB V werden.

Der Ausschluss der KVdR wegen Krankenversicherungsfreiheit gilt nicht für Personen, die am 31.12.1988 bereits in der KVdR versichert waren (Art. 56 Absatz 3 GRG).

Die KVdR ist ausgeschlossen, wenn Rentner\*innen oder Rentenantragsteller\*innen bereits aufgrund einer vorher beantragten Rente von der Versicherungspflicht in der KVdR befreit worden sind. Eine Befreiung von der Versicherungspflicht in der KVdR schließt den Eintritt von Versicherungspflicht in der KVdR aufgrund eines späteren Rentenanspruches aus, auch wenn die geforderte Vorversicherungszeit erfüllt ist (§ 6 Absatz 3 SGB V).

Für Rentner\*innen, die von dem durch das 10. SGB V-Änderungsgesetz geschaffenen "Optionsrecht" Gebrauch gemacht haben sowie für deren familienversicherte Angehörige, für die am 31.03.2002 ein Rentenanspruch bestand, ist der Eintritt der Versicherungspflicht in der KVdR entsprechend ausgeschlossen (§ 5 Absatz 8 Satz 2 SGB V).

Für familienversicherte Rentner\*innen, deren Versicherung bis zum 31.03.2002 nicht von optionsberechtigten freiwillig versicherten Rentner\*innen abgeleitet wurde, geht die Familienversicherung dem Eintritt der KVdR vor (§ 5 Absatz 8 Satz 3 SGB V).

## **3.2 Befreiung von der Versicherungspflicht**

Wer durch den Antrag auf Rente oder Bezug von Rente in der KVdR versicherungspflichtig wird, kann sich auf Antrag von der Versicherungspflicht befreien lassen (§ 8 Absatz 1 Nummer 4 SGB V). Das Bestehen einer Krankenkostenversicherung für Rentner\*innen und deren unterhaltsberechtigten Angehörigen bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen wird nicht gefordert. Sind die Voraussetzungen für die Versicherungspflicht in der KVdR nicht erfüllt, entfällt das Erfordernis einer Befreiung nach § 8 SGB V.

Der Antrag auf Befreiung ist innerhalb von 3 Monaten nach Beginn der Versicherungspflicht bei der zuständigen Krankenkasse zu stellen (§ 8 Absatz 2 Satz 1 SGB V). Die Befreiung von der Versicherungspflicht in der KVdR ist nicht widerruflich (§ 8 Absatz 2 Satz 3 SGB V). Sie wirkt auch für den Fall eines anschließenden anderweitigen Rentenanspruches weiter. Die Befreiung gilt auch für eine hinzutretende weitere Rente.

Von der Krankenversicherungspflicht befreite Personen bleiben auch dann in der KVdR versicherungsfrei, wenn sie aufgrund eines weiteren Rentenanspruches die Voraussetzungen

für die KVdR erfüllen (§ 6 Absatz 3 SGB V). Die Befreiung von der Versicherungspflicht in der KVdR hindert auch den Eintritt von Krankenversicherungspflicht nach anderen Vorschriften, zum Beispiel bei Aufnahme einer krankenversicherungspflichtigen Beschäftigung.

## 4 Durchführung der KVdR

Abb. 7

Die KVdR wird von den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung (Orts-, Betriebs-, Innungskrankenkassen, See-Krankenkasse, Knappschaft als Träger der knappschaftlichen Krankenversicherung und den Ersatzkassen) durchgeführt.

### 4.1 Zuständige Krankenkasse

Dabei können seit 01.01.1996 grundsätzlich alle Rentner\*innen und Rentenantragsteller\*innen wählen, welche Krankenkasse die Krankenversicherung durchführen soll. Eine Krankenkassenzuständigkeit kraft Gesetzes (zum Beispiel AOK des Wohnortes als "Pflichtkasse") ist damit nicht mehr vorgesehen. Die Wahl einer Krankenkasse zur Durchführung der Krankenversicherung schließt die Wahl der Pflegekasse zur Durchführung der sozialen Pflegeversicherung mit ein; Abweichungen von der Krankenkasse zur Pflegekasse sind nicht zulässig.

Folgende Krankenkassen kommen für eine Wahl in Betracht:

- die AOK des Wohnortes
- eine Ersatzkasse, deren Zuständigkeit sich auf den Wohnort des/r Versicherten erstreckt
- eine Betriebs- oder Innungskrankenkasse, wenn Rentner\*innen oder Rentenantragsteller\*innen in dem Betrieb beschäftigt waren, für den diese Krankenkasse besteht oder wenn die Satzung der jeweiligen Betriebs- oder Innungskrankenkasse dies vorsieht
- die Krankenkasse, bei der zuletzt die Versicherung bestanden hat,
- die Krankenkasse des/r Ehegatten\*in
- die Krankenkasse, bei der ein Elternteil versichert ist.

Abweichende Zuständigkeitsregelungen ergeben sich jedoch für die See-Krankenkasse, die Knappschaft und die Landwirtschaftlichen Krankenkassen.

An die Wahl der Krankenkasse sind die Rentner\*innen - unabhängig davon, ob eine Pflicht- oder freiwillige Mitgliedschaft besteht - grundsätzlich achtzehn Monate gebunden. Das gilt auch bei erstmaligem Beginn einer Mitgliedschaft als Rentner\*in oder Rentenantragsteller\*in sowie sonstigem Wechsel des Krankenversicherungsverhältnisses. Nach Ablauf dieser Zeit ist jedoch eine unterjährige Kündigung der Mitgliedschaft zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats, gerechnet von dem Monat, in dem die Kündigung erklärt wird, möglich. Ein besonderes Kündigungsrecht besteht daneben immer, wenn die Krankenkasse ihren Beitragssatz erhöht. In diesen Fällen ist bis zum Ablauf des auf das In-Kraft-Treten der Beitragssatzerhöhung folgenden Kalendermonats eine Kündigung ohne Einhaltung der 18-monatigen Bindungsfrist möglich.

### 4.2 Mitgliedschaft in der KVdR

**Beginn:**

**Abb. 8**

Die Mitgliedschaft in der KVdR beginnt mit dem Tag der Stellung des Rentenanspruches. Das gilt auch dann, wenn die Rente erst nach dem Rentenbeginn beantragt wird. Unbeachtlich ist es, in welcher Form der Rentenanspruch gestellt wird. Als Tag der Rentenanspruchstellung ist auch der Antrag von Witwen und Witwern auf das sogenannte "Sterbevierteljahr" bei der Deutschen Post AG, Niederlassung Renten Service anzusehen (§ 115 Absatz 2 SGB VI).

Besteht zurzeit der Rentenanspruchstellung noch eine Ausschlussversicherung, zum Beispiel aufgrund anderweitiger Krankenversicherungspflicht (siehe Abschnitt 3.1.1), so beginnt die Mitgliedschaft in der KVdR erst nach deren Beendigung.

Wählen Rentner\*innen im Rahmen des Krankenkassenwahlrechts eine andere Krankenkasse, beginnt die Mitgliedschaft bei dieser neu gewählten Krankenkasse mit dem Tag nach Eintritt der Rechtswirksamkeit der Kündigung der Mitgliedschaft bei der bisherigen Krankenkasse.

**Ende:****Abb. 9**

Die Mitgliedschaft in der KVdR endet mit dem Tod des/r Rentners\*in; ferner mit Ablauf des Monats, in dem der Anspruch auf Rente wegfällt oder die Entscheidung über den Wegfall oder den Entzug der Rente unanfechtbar geworden ist, frühestens jedoch mit Ablauf des Monats, für den letztmalig Rente zu zahlen ist. Bei Zubilligung einer Rente für abgelaufene Zeiträume endet die KVdR mit Ablauf des Monats, in dem die Entscheidung unanfechtbar wird.

Die Mitgliedschaft in der KVdR endet ferner, wenn eine vorrangige Pflichtversicherung (§ 5 Absatz 8 Satz 1 SGB V) oder ein Ausschlussgrund für die KVdR zum Beispiel nach § 5 Absatz 5 SGB V wegen hauptberuflich selbständiger Erwerbstätigkeit oder nach § 6 Absatz 3 SGB V wegen Aufnahme einer krankenversicherungsfreien Beschäftigung eintritt (siehe Abschnitt 3).

Wird einem Rentenanspruch nicht entsprochen, sondern der Rentenanspruch wegen fehlender Voraussetzungen abgelehnt, so gilt der/die Antragsteller\*in für die Dauer des Rentenverfahrens als Mitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Mitgliedschaft bei Rentenanspruchstellung wird allerdings nur begründet, wenn die in § 5 Absatz 1 Nummer 11, 11a, 12 SGB V, genannten Voraussetzungen erfüllt sind. Die für die KVdR geltenden Ausschlussgründe - Vorrang anderweitiger Krankenversicherungspflicht, Ausschluss wegen selbständiger Erwerbstätigkeit, Krankenversicherungsfreiheit oder Befreiung von der Krankenversicherungspflicht - gelten entsprechend.

Die Mitgliedschaft als Rentenanspruchsteller\*in beginnt mit dem Tag der Stellung des Rentenanspruches; sie endet mit dem Tod oder dem Tag, an dem der Antrag zurückgenommen oder die Ablehnung des Rentenanspruches unanfechtbar wird.

### 4.3 Meldungen zur Durchführung der KVdR

Die ordnungsgemäße Durchführung der KVdR und Beitragserhebung sowohl aus den Renten als auch aus den Versorgungsbezügen erfordern die Abgabe einer Meldung durch den/die Rentenanspruchsteller\*in sowie ein lückenloses Meldeverfahren, insbesondere zwischen den Krankenkassen und den Rentenversicherungsträgern über Tatbestände, die die Krankenversicherungspflicht und Beitragspflicht aus der Rente berühren. Die Meldepflichten bei Versorgungsbezügen sind in § 202 und § 205 SGB V geregelt. Bei Rentenanspruchstellung und Rentenbezug sind in den Absätzen des § 201 SGB V vorgeschrieben:

- Ausfüllen der "Meldung zur Krankenversicherung der Rentner\*innen (KVdR)" durch Rentenantragsteller\*innen bei Rentenantragstellung (§ 201 Absatz 1 SGB V)
- Meldung der gewählten Krankenkasse an die bisherige Krankenkasse bei Ausübung des Krankenkassenwahlrechts durch eine(n) krankenversicherungspflichtige(n) Rentner\*in (§ 201 Absatz 2 SGB V)
- Meldung der gewählten Krankenkasse an die bisherige Krankenkasse und den Rentenversicherungsträger bei Aufnahme einer krankenversicherungspflichtigen Beschäftigung durch die/den krankenversicherungspflichtige(n) Rentner\*in (§ 201 Absatz 3 SGB V)
- Meldung der Rentenversicherungsträger an die zuständige Krankenkasse über Beginn und Einsetzen der laufenden Zahlung der Rente, über die Höhe der Rente, den Tag der Rücknahme des Rentenantrages, die Ablehnung des Anspruches sowie den Wegfall der Rente; ferner Beginn und Ende der Beitragszahlung aus der Rente (§ 201 Absatz 4 SGB V)
- Meldung der Krankenkasse an den Rentenversicherungsträger über Beginn und Ende von Krankenversicherungspflicht (§ 201 Absatz 5 SGB V).

Nach § 201 Absatz 6 SGB V sind die Meldungen auf maschinell verwertbaren Datenträgern oder durch Datenübertragung zu erstellen. Nähere Einzelheiten wurden zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Deutschen Rentenversicherung Bund in der Vereinbarung "Gemeinsamen Grundsätze zum maschinell unterstützten Meldeverfahren zur Krankenversicherung der Rentner\*innen und Pflegeversicherung" festgelegt.

## 5 Beiträge für die KVdR

Rentner\*innen, die in der Krankenversicherung versicherungspflichtig sind, haben aus der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung, aus der Rente vergleichbaren Einnahmen (Versorgungsbezügen) und aus etwaigem Arbeitseinkommen einer selbständigen Tätigkeit Beiträge zu zahlen. Der Grund für das Bestehen der Krankenversicherungspflicht - sei es eine Mitgliedschaft in der KVdR oder nach anderen gesetzlichen Vorschriften - ist dabei ohne Bedeutung.

### 5.1 Beitragspflichtige Einnahmen der Rentner\*innen

Für krankenversicherungspflichtig beschäftigte Rentner\*innen gelten § 226 SGB V, für anderweitig Krankenversicherungspflichtige die §§ 232 bis 236 SGB V und für in der KVdR krankenversicherungspflichtige Rentner\*innen § 237 SGB V.

Für versicherungspflichtige Rückkehrer und bisher nicht Versicherte in der gesetzlichen Krankenkasse (§ 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V) gilt § 227 SGB V i.V.m. § 240 SGB V. Von der Beitragspflicht werden grundsätzlich auch Rentennachzahlungen erfasst (§ 228 Absatz 2 SGB V). Eine Beitragspflicht kommt auch für Zeiten in Betracht, in denen keine Versicherungspflicht bestand, der/die Rentner\*in aber Anspruch auf Leistungen der Krankenversicherung hatte (zum Beispiel als Familienversicherter nach § 10 SGB V oder aufgrund eines nachgehenden Anspruchs nach § 19 SGB V). Die Beitragspflicht aufgrund einer Familienversicherung oder aufgrund eines Anspruchs auf Leistungen nach § 19 SGB V ergibt sich allerdings nur in den Fällen, in denen auch die laufende Rentenzahlung der Beitragspflicht unterliegt.

Auch bei der Beitragszahlung für die KVdR ist die Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung zu beachten.

Beim Zusammentreffen verschiedener Einkommensarten sind für die Beitragsbemessung wie bisher der Reihenfolge nach heranzuziehen:

- **bei in der KVdR Versicherungspflichtigen (§ 238 SGB V)**
  1. der Zahlbetrag der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung bis zur Beitragsbemessungsgrenze der Krankenversicherung
  2. soweit der Zahlbetrag der Rente die Beitragsbemessungsgrenze nicht überschreitet, nacheinander der Zahlbetrag der Versorgungsbezüge und das Arbeitseinkommen bis zur Beitragsbemessungsgrenze;
  
- **bei nicht in der KVdR, sondern nach anderen Vorschriften Krankenversicherungspflichtigen (§ 230 SGB V)**
  1. der Zahlbetrag der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung bis zur Beitragsbemessungsgrenze
  2. ohne Anrechnung der Rente nacheinander der Zahlbetrag der Versorgungsbezüge und das Arbeitsentgelt, soweit diese zusammen mit dem die Krankenversicherungspflicht begründenden Einkommen die Beitragsbemessungsgrenze nicht übersteigen (das ist zum Beispiel das einer krankenversicherungspflichtigen Beschäftigung zugrunde liegende Arbeitsentgelt).

Diese Regelung (Ansetzung einer "doppelten" Beitragsbemessungsgrenze) kann zur Folge haben, dass insgesamt Beiträge aus einem Betrag oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze entrichtet werden. Um die Mitglieder nicht mit Beiträgen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze zu belasten, räumt § 231 Absatz 2 SGB V die Möglichkeit einer Beitragserstattung ein; dazu ist ein Antrag erforderlich.

## 5.2 Beitragssatz für die Beiträge aus Renten

Für Rentenbezugszeiten **ab 01.07.1997** findet bei der Berechnung der Beiträge aus Renten der allgemeine Beitragssatz der Krankenkasse Anwendung, bei der der/die Rentner\*in krankenversichert ist.

Mit Wirkung **ab 01.04.2004** ist das bisherige Prinzip der Stichtagsbezogenheit des Beitragssatzes bei der Bemessung von Krankenversicherungsbeiträgen aus Renten aufgegeben worden. Beitragssatzänderungen der jeweiligen Krankenkasse wirken sich nunmehr bereits vom ersten Tag des dritten auf die Veränderung folgenden Kalendermonats an auf die Höhe der aus der Rente zu zahlenden Beiträge aus.

**Vom 01.07.2005 an** ist der Bemessung der Beiträge außerdem ein zusätzlicher Beitragssatz zu Grunde zu legen, siehe Abschnitt 5.2.2.

### 5.2.1 Allgemeiner Beitragssatz

**Seit dem 01.01.2009** gilt für die Berechnung der aus der Rente zu zahlenden Krankenversicherungsbeiträge - ebenso wie aus anderen beitragspflichtigen Einnahmen - ein für alle Krankenkassen einheitlicher allgemeiner Beitragssatz (§ 241 SGB V). Die Höhe dieses Beitragssatzes wird bis zum 01.11. eines Jahres für das Folgejahr von der Bundesregierung festgelegt.

Der seit dem 01.01.2019 geltende allgemeine Beitragssatz beträgt 14,6 %.

## 5.2.2 Zusatzbeitrag

Soweit der Finanzbedarf einer Krankenkasse durch die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nicht gedeckt ist, hat sie von ihren Mitgliedern einen Zusatzbeitrag zu erheben (§ 242 SGB V). Daneben ist ein durchschnittlicher Zusatzbeitragssatz jährlich bis zum 1. November mit Wirkung für das gesamte folgende Kalenderjahr vom Bundesministerium für Gesundheit festzulegen.

### ▪ Kassenindividueller Zusatzbeitrag

Die Höhe des Zusatzbeitragssatzes regelt jede Krankenkasse individuell in ihrer Satzung (§ 194 Absatz 1 Nummer 4 SGB V). Der Zusatzbeitragssatz ist von der Krankenkasse dabei so festzulegen, dass die Einnahmen daraus zusammen mit den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds und den sonstigen Einnahmen, die im Haushaltsjahr voraussichtlich zu leistenden Ausgaben und die vorgeschriebene Auffüllung der Rücklage decken. Eine Obergrenze der Zusatzbeitragssätze sieht das Gesetz nicht vor.

Die gesetzliche Regelung sieht keine vorgegebenen Zeitpunkte für eine erstmalige Erhebung des Zusatzbeitrages oder eine Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes vor, sodass dieser – wie bisher – nicht nur zu Beginn eines Kalenderjahres, sondern auch im Laufe des Kalenderjahres erstmalig erhoben oder erhöht werden kann. Im Gegensatz zu dem vormals einkommensabhängigen Zusatzbeitrag ist der einkommensunabhängige Zusatzbeitrag originärer Bestandteil des Krankenversicherungsbeitrages.

Im Rahmen des Sonderkündigungsrechts nach § 175 Absatz 4 SGB V haben die Krankenkassen künftig unter anderem auf die vom GKV-Spitzenverband geführte Übersicht der Zusatzbeitragssätze der Krankenkassen hinzuweisen. Vor diesem Hintergrund sieht § 242 Absatz 5 SGB V vor, dass die Krankenkassen ihren jeweils aktuellen Zusatzbeitragssatz dem GKV-Spitzenverband übermitteln, der wiederum eine Übersicht der Zusatzbeitragssätze aller Krankenkassen im Internet veröffentlicht.

### ▪ Durchschnittlicher Zusatzbeitrag

Im Wesentlichen soll der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz die beitragsabführenden Stellen verwaltungstechnisch entlasten und zudem der gebotenen Wettbewerbsneutralität ausreichend Rechnung tragen.

Für bestimmte Personengruppen wird der Zusatzbeitrag anstatt in Höhe des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes nach § 242 Absatz 3 SGB V obligatorisch in Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a SGB V erhoben. Der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz gilt daher insbesondere für Personengruppen, deren Beiträge regelmäßig von Dritten getragen werden, wie zum Beispiel für

- Bezieher von Bürgergeld (§ 5 Absatz 1 Nummer 2a SGB V)
- Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen (§ 5 Absatz 1 Nummer 5 SGB V)
- Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (§ 5 Absatz 1 Nummer 6 SGB V)
- Auszubildende, die in einer außerbetrieblichen Einrichtung im Rahmen eines Berufsausbildungsvertrages (§ 5 Absatz 4a Satz 1 SGB V)
- behinderte Menschen in Werkstätten, Einrichtungen etc. (§ 5 Absatz 1 Nummer 7 und 8 SGB V)

- Versicherungspflichtige, deren Mitgliedschaft nach § 192 Absatz 1 Nummer 3 SGB V fortbesteht, weil ihnen von einem Rehabilitationsträger während einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation Verletztengeld, Versorgungskrankengeld oder Übergangsgeld gezahlt wird
- Mitglieder, deren Mitgliedschaft bei einem Wehrdienst nach § 193 Absatz 2 bis 5 SGB V oder nach § 8 Eignungsübungsgesetz fortbesteht
- Auszubildende mit einem Arbeitsentgelt bis 325,00 EUR im Monat (sogenannte Geringverdiener, vergleiche § 20 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 SGB IV); der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz ist bei diesem Personenkreis auch zu berücksichtigen, soweit die Geringverdienergrenze ausschließlich durch eine Sonderzahlung überschritten wird und in der Folge Arbeitgeber und Auszubildende die sonstigen Beiträge aus dem übersteigenden Betrag gemeinsam tragen
- Teilnehmer, die ein freiwilliges soziales oder ökologisches Jahr im Sinne des Jugendfreiwilligendienstgesetzes (JFDG) oder einen Bundesfreiwilligendienst nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz (BFDG) leisten (§ 20 Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 SGB IV).

Der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz ist jährlich bis zum 1. November mit Wirkung für das gesamte folgende Kalenderjahr vom Bundesministerium für Gesundheit festzulegen.

Seit dem 01.01.2021 betrug er 1,3 %. Seit dem 01.01.2023 betrug er 1,6 % und ist ab 01.01.2024 auf 1,7 % und ab 01.01.2025 auf 2,5 % festgesetzt worden.

Der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz kommt im Übrigen auch dann zur Anwendung, wenn die Krankenkasse **keinen** kassenindividualisierten Zusatzbeitragssatz erhebt.

### 5.3 Tragung der Beiträge bei Pflichtversicherung

Abb. 10

Die Beitragstragung der künftig geltenden Beitragssätze in der Krankenversicherung der Rentner\*innen erfolgt paritätisch, seit dem 01.01.2019 auch hinsichtlich des Zusatzbeitrages (§ 242 SGB V). Bei krankenversicherungspflichtigen Rentnern\*innen hat dies eine stärkere Beteiligung des Rentenversicherungsträgers an der Tragung der Krankenversicherungsbeiträge aus der Rente zur Folge. Bei freiwillig oder privat krankenversicherten Rentnern\*innen ist für die Berechnung des Zuschusses, den diese zu ihrer Rente erhalten, ein höherer Beitragssatz maßgebend, siehe Abschnitt 6.

Die Beitragserhebung aus der Rente richtet sich nach § 255 SGB V, vergleiche Abschnitt 5.6.

Rein rechnerisch ergibt sich unter Berücksichtigung des durchschnittlichen Beitragssatzes damit ab dem 01.01.2023 ein Beitragsanteil des Rentenversicherungsträgers und des/der Rentners\*in von jeweils 8,1 %. Ab 01.01.2024 sind dies 8,15 %.

Soweit die sonstigen Krankenversicherungsbeiträge von Dritten getragen werden, schließt dies auch die Übernahme des Zusatzbeitrages mit ein. Im Wesentlichen betrifft dies die Personengruppen, für die § 242 Absatz 3 SGB V die Erhebung des durchschnittlichen Zusatzbeitrages nach § 242a SGB V vorsieht. Angesprochen ist aber gleichermaßen auch der Personenkreis der Bezieher von Kurzarbeitergeld, für die entsprechend § 249 Absatz 2 SGB V die Beiträge einschließlich des kassenindividuellen Zusatzbeitrages vom Arbeitgeber zu tragen sind. Darüber hinaus wird der kassenindividuelle Zusatzbeitrag für Mitglieder nach § 9 beziehungsweise § 5 Abs. 1 Nummer 13 SGB V nach den Vorgaben des § 32 Absatz 4 SGB XII durch den zuständigen Leistungsträger übernommen.

## 5.4 Beiträge der Rentenantragsteller\*innen

Rentantragsteller\*innen haben bis zum Beginn der Rente ihre Beiträge allein zu tragen. Die Beitragshöhe wird durch die Satzung geregelt und soll die gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des/r Antragstellers\*in berücksichtigen. Beitragsfreiheit besteht, wenn

- der/die hinterbliebene Ehegatte\*in oder die unter 18 Jahre alte Waise eines/r Rentners\*in, der/die bereits in der KVdR versichert war, eine Rente beantragt oder
- ohne die Versicherung in der KVdR eine Versicherung als Familienangehörige/r bestünde.

Wird die Rente bewilligt, erhält der/die Rentner\*in die für Zeiten nach dem Rentenbeginn verauslagten Beiträge zur KVdR von der Krankenkasse zurück. Unabhängig davon hat der Rentenversicherungsträger jedoch von der Rentennachzahlung die darauf entfallenden Krankenversicherungsbeiträge einzubehalten.

Wird die Rente abgelehnt, werden keine Beiträge zurückgezahlt; es bestand eine Mitgliedschaft als Rentenantragsteller\*innen nach § 189 SGB V.

## 5.5 Versicherungspflicht für Waisen

Abb. 11 -12

Personen, die Anspruch auf eine Waisenrente nach § 48 SGB VI haben und diese beantragt haben, sind vom 01.01.2017 an ohne Berücksichtigung einer Vorversicherungszeit in der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 5 Absatz 1 Satz 1 Nummer 11b Buchstabe a SGB V) und in der sozialen Pflegeversicherung versicherungspflichtig (§ 20 Absatz 1 Satz 2 Nummer 11 SGB XI). Zudem haben sie bis zum Erreichen der Altersgrenzen für eine Familienversicherung aus ihrer Waisenrente keine Beiträge zu zahlen (§ 237 Satz 2 SGB V). Die Beitragsfreiheit der Waisenrente bezieht sich auch auf den Zusatzbeitrag nach § 242 SGB V und auf die Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung (§ 57 Absatz 1 Satz 1 SGB XI). Der Rentenversicherungsträger hat allerdings seinen Beitragsanteil zur Krankenversicherung zu zahlen (§ 249a Satz 2 SGB V).

Für diejenigen Waisenrentner\*innen, die aufgrund einer Beschäftigung - insbesondere im Rahmen einer Berufsausbildung - krankenversicherungspflichtig sind, ist der neue Versicherungspflichttatbestand allerdings nachrangig, so dass diese Waisen auch weiterhin aus ihrer Waisenrente Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge (einschließlich Zusatzbeitrag) zu zahlen haben.

### Besonderheit für studierende Waisen

Anders verhält es sich bei den studierenden Waisen nach Erreichen der Altersgrenze für eine Familienversicherung. Wegen der hier bestehenden Vorrangigkeit der Versicherungspflicht als Waisenrentner\*in müsste neben dem Beitrag zur studentischen Krankenversicherung auch ein Beitrag aus der Rente entrichtet werden.

Da für die betroffenen Waisenrentner\*innen so eine beitragsmäßige Doppelbelastung entstehen würde, besteht unter Umständen die Möglichkeit (im Nachhinein) sich den Eigenanteil an den Beiträgen aus der Rente von der jeweiligen Krankenkasse erstatten zu lassen. Die Entscheidung, ob bei Bestehen oder Eintritt der Versicherungspflicht als Student aus der Waisenrente kein Beitrag einzubehalten ist, trifft allein die zuständige Krankenkasse.

Im Meldeverfahren zur KVdR für studierende Waisen über dem 25. Lebensjahr können die Krankenkassen nun im KVdR-Meldesatz dem Rentenversicherungsträger mitteilen, ob von der Waisenrente ein Beitrag einzubehalten ist.

Die Versicherungspflicht aufgrund des Waisenrentenbezugs tritt nicht ein, wenn die Waise zuletzt vor der Rentenantragstellung privat krankenversichert war, es sei denn, sie erfüllt die Voraussetzungen des § 5 Absatz 1 Nummer 11 SGB V (Vorversicherungszeit, gegebenenfalls auch durch den Verstorbenen) oder die Voraussetzungen für eine Familienversicherung über den anderen Elternteil beziehungsweise die Großeltern oder Pflegeeltern (mit Ausnahme des § 10 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V).

Von der neuen Vorschrift über die Versicherungspflicht werden nicht nur "Neurentner\*innen", die einen Rentenantrag ab dem 01.01.2017 stellen, sondern auch alle Bestandsrentner\*innen und Rentenantragsteller\*innen erfasst, die am 31.12.2016 eine Waisenrente beziehen oder beantragt haben.

Ob eine Waise die Voraussetzungen für die beitragsfreie Kranken- und Pflegeversicherungspflicht erfüllt, hat allein die jeweils zuständige Krankenkasse zu entscheiden.

Für die Umsetzung der Neuregelungen sind entsprechende Änderungen beziehungsweise Ergänzungen im maschinellen Meldeverfahren zur KVdR sowie zum Zahlverfahren vorgenommen worden.

## 5.6 Beitragserhebung aus der Rente

Die von krankenversicherungspflichtigen Rentner\*innen aus der Rente zu tragenden Beiträge haben die Rentenversicherungsträger bei der Zahlung der Rente einzubehalten (§ 255 Absatz 1 SGB V). Dies gilt auch für den zusätzlichen Beitrag nach § 241a SGB V. Die Beiträge der nach dem KVLG pflichtversicherten Rentner\*innen sind an die jeweils zuständige landwirtschaftliche Krankenkasse zu entrichten (§ 50 Absatz 1 KVLG 1989). Pflichtversicherte Rentner\*innen sind somit am Verfahren der Beitragszahlung selbst nicht beteiligt.

Für versicherungspflichtige Rentner\*innen gilt das Quellenabzugsverfahren. Der Zusatzbeitrag aus der Rente wird vom zuständigen Rentenversicherungsträger einbehalten und zusammen mit den übrigen Krankenversicherungsbeiträgen abgeführt (vergleiche § 255 Absatz 1 Satz 1 SGB V).

Veränderungen des Zusatzbeitragssatzes wirken sich aufgrund ausdrücklicher Regelung in § 247 Satz 3 SGB V weiterhin erst mit einer zweimonatigen Verzögerung aus. Der neue Zusatzbeitragssatz gilt mithin erst vom ersten Tag des zweiten auf die Veränderung folgenden Kalendermonats. Mit der Regelung soll dem Umstand Rechnung getragen werden, dass die Rentenversicherungsträger für die technische Umsetzung eine entsprechende Vorlaufzeit benötigen. Der Begriff „Veränderungen“ schließt die erstmalige Erhebung eines Zusatzbeitrages beziehungsweise Zusatzbeitragssatzes mit ein. Für die auf ausländische Renten nach § 228 Absatz 1 Satz 2 SGB V entfallenden Zusatzbeiträge, für die ein Quellenabzugsverfahren nicht in Frage kommt, gilt im Übrigen die zweimonatige Verzögerung nach ausdrücklicher Bestimmung in § 247 Satz 3 SGB V nicht.

Die zweimonatige Verzögerung gilt seit dem 01.01.2019 in entsprechender Anwendung des § 247 Satz 3 SGB V ebenso bei freiwilligen Mitgliedern einer gesetzlichen Krankenkasse (siehe Abschnitt 6.3).

Für Arbeitseinkommen im Sinne des § 226 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 SGB V und § 237 Satz 1 Nummer 3 SGB V ist hingegen für die Wirkung von Veränderungen des Zusatzbeitragssatzes kein Zeitverzug vorgesehen.

Nachzahlungen von Renten oder Versorgungsbezügen sind beitragsrechtlich den Monaten zuzuordnen, für die sie bestimmt sind (vergleiche § 228 Absatz 2 SGB V, § 229 Absatz 2 SGB V). Dabei ist für die Beitragsberechnung der in dem jeweiligen Monat geltende Beitragssatz, gegebenenfalls unter Berücksichtigung der Verzögerung von Veränderungen des Zusatzbeitragssatzes, anzusetzen.

Ausdrücklich geregelt ist auch die nachträgliche Beitragseinbehaltung (§ 255 Absatz 2 SGB V). Bei unterbliebener Beitragseinbehaltung sind die rückständigen Beiträge - soweit sie noch nicht verjährt sind (§ 25 SGB IV) - vom Rentenversicherungsträger aus der weiterhin zu zahlenden Rente einzubehalten; § 51 Absatz 2 SGB I gilt entsprechend.

## 6 Zuschuss zur Krankenversicherung

Abb. 13 -15

Freiwillig oder privat krankenversicherte Rentner\*innen erhalten nach § 106 SGB VI zu ihrer Rente einen Zuschuss zu den Aufwendungen für ihre Krankenversicherung.

Der Zuschuss zur Krankenversicherung ist eine Leistung der gesetzlichen Rentenversicherung (§ 23 Absatz 1 Nummer 1 Buchstabe e SGB I), die nach § 19 SGB IV in der Fassung des RRG 1992 nur auf ausdrücklichen Antrag gewährt wird.

### 6.1 Voraussetzungen

Freiwillig oder privat krankenversicherte Rentner\*innen erhalten nach § 106 SGB VI zu ihrer Rente einen Zuschuss zu den Aufwendungen für ihre Krankenversicherung.

Der Anspruch auf den Zuschuss setzt

- den tatsächlichen Bezug einer Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung sowie
- das Bestehen einer freiwilligen Mitgliedschaft des/r Rentners\*in in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung oder das Vorliegen eines entsprechenden privaten Krankenversicherungsvertrages voraus.

Die Höhe des Zuschusses ist abhängig

- vom Rentenzahlbetrag,
- vom geltenden Vomhundertsatz und
- gegebenenfalls von der Höhe der Aufwendungen des/r Rentners\*in für seine/ihre Krankenversicherung.

### 6.2 Beginn und Ende des Beitragszuschusses

Beginn und Ende der Zuschusszahlung bestimmen sich nach den Vorschriften über Beginn, Änderung und Ende der Rente. Diese Regelung gewährleistet weitgehend eine Gleichbehandlung mit der Rentenleistung hinsichtlich des zeitlichen Umfangs.

Der Anspruch auf den Zuschuss zur Krankenversicherung besteht frühestens ab Rentenbeginn. Hierfür ist jedoch ein rechtzeitiger Antrag erforderlich.

Bei Versichertenrenten muss der Antrag auf den Beitragszuschuss innerhalb von 3 Kalendermonaten nach Ablauf des Monats gestellt werden, in dem die

Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind. Wird der Antrag verspätet gestellt, beginnt der Zuschuss erst mit dem Monat der Antragstellung.

Bei Hinterbliebenenrenten wird der Beitragszuschuss nicht für mehr als 12 Kalendermonate vor dem Monat der Antragstellung gewährt. Es empfiehlt sich daher, den Beitragszuschuss gleich mit der Rentenantragstellung zu beantragen.

Der Anspruch auf den Zuschuss zur Krankenversicherung endet mit dem Wegfall der Rente oder wenn Rentner\*innen die freiwillige oder private Krankenversicherung aufgeben. Der Zuschuss endet in jedem Fall mit dem Eintritt von Krankenversicherungspflicht.

### 6.3 Höhe des Zuschusses zur Krankenversicherung

Bei Rentenbeziehern, die **freiwilliges Mitglied** einer gesetzlichen Krankenkasse sind, wird der Berechnung des Zuschusses ab dem 01.01.2019 der allgemeine Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung in Höhe von 14,6 % zuzüglich des Zusatzbeitragssatzes ihrer jeweiligen Krankenkasse nach § 242 SGB V zugrunde gelegt (§ 106 Absatz 2 Satz 1 SGB VI).

Dabei findet die Regelung des § 247 Satz 3 SGB V entsprechende Anwendung, sodass sich Veränderungen des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes erst mit einer zweimonatigen Verzögerung auf die Höhe des Zuschusses auswirken werden (§ 106 Absatz 2 Satz 2 SGB VI).

Bei Rentenbeziehern, die bei einem **privaten Unternehmen** krankenversichert sind, wird bei der Berechnung des Zuschusses vom 01.01.2019 an dem allgemeinen Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung in Höhe von 14,6 % zuzüglich des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a SGB V zugrunde gelegt (vergleiche Abschnitt 5.2.2 am Ende).

Damit ist für die Berechnung des Zuschusses zu einer privaten Krankenversicherung ab dem 01.01.2023 ein Beitragssatz in Höhe von 16,2 % und ab 01.01.2024 in Höhe von 16,3 % maßgebend.

Der Zuschuss an privat versicherte Rentner\*innen wird gegebenenfalls auf die Hälfte der tatsächlichen Aufwendungen zur privaten Krankenversicherung begrenzt.

## 7 Pflegeversicherung

Abb. 16

Die Zugehörigkeit zur sozialen Pflegeversicherung orientiert sich grundsätzlich an der Krankenversicherungszugehörigkeit der Rentner\*innen. Sie ist jedoch ein eigenständiger Zweig der Sozialversicherung. Träger sind die Pflegekassen, die bei den gesetzlichen Krankenkassen eingerichtet sind.

Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung besteht für Rentner\*innen, die bereits krankenversicherungspflichtiges Mitglied bei einer gesetzlichen Krankenkasse sind. Dabei ist ohne Bedeutung, aus welchem Grund Krankenversicherungspflicht vorliegt; es bestehen – anders als in der KVdR – keine gegenseitigen Ausschlussgründe. Aber auch wer als Rentner\*in freiwilliges Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse ist, unterliegt der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung (§ 20 Absatz 3 SGB XI). Hier besteht die Besonderheit, dass eine freiwillig begründete Versicherung in einem Zweig der Sozialversicherung eine Pflichtversicherung in einem anderen Zweig der Sozialversicherung auslöst.

Familienangehörige im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung werden nicht von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung erfasst; sie sind aber unter den

gleichen Voraussetzungen wie in der gesetzlichen Krankenversicherung familienversichert (§ 25 SGB XI).

## 7.1 Keine Befreiung von der sozialen Pflegeversicherung

Abb. 17

Ein generelles Recht, sich von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung befreien zu lassen – so wie aus der KVdR bekannt –, besteht nach dem PflegeVG nicht. Eine Befreiung ist jedoch für freiwillige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung, die in der sozialen Pflegeversicherung pflichtversichert sind (§ 22 SGB XI), innerhalb von drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht möglich.

## 7.2 Beiträge in der Pflegeversicherung

Zum 01.01.2019 wurde der bundeseinheitliche Beitragssatz zur sozialen Pflegeversicherung um 0,5 Prozent angehoben.

Seit dem 01.7.2023 ist das Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz in Kraft getreten. Besteht bei Krankheit und Pflege ein eigener Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen, beläuft sich der Beitragssatz aufgrund der anderweitigen Absicherung auf die Hälfte (seit dem 01.07.2023 zwischen 0,7 und 1,7 % je nach Anzahl der Kinder, für Versicherte ohne Kinder auf 2,3 %).

01.01.2017 - 31.12.2018	2,55 %
seit 01.01.2019 – 30.06.2023	3,05 %
seit 01.07.2023	3,4 %
seit 01.01.2025	3,6 %

## 7.3 Beitragszuschlag für Kinderlose

Abb. 18

Für Versicherte, die keine Kinder haben oder hatten, wird seit dem 01.01.2022 ein Zuschlag in Höhe von 0,35 Prozent erhoben (§ 55 Abs. 3 SGB XI). Die Zuschlagspflicht besteht nicht, wenn die Versicherten das 23. Lebensjahr noch nicht vollendet haben oder vor dem 1.1.1940 geboren sind. Der Beitrag zur Pflegeversicherung aus der Rente ist seit dem 01.04.2004 von den Rentnern\*innen allein zu tragen. Er wird bei der Zahlung der Rente einbehalten und an die soziale Pflegeversicherung abgeführt.

Freiwillige Mitglieder einer gesetzlichen Krankenkasse oder privat Pflegeversicherte tragen und zahlen die Aufwendungen für die Pflegeversicherung ebenfalls selbst.

Nach einer Entscheidung des Bundesverfassungsgerichtes muss zukünftig die Zahl der Kinder bei den Beiträgen zur Pflegeversicherung berücksichtigt werden (1 BvL 3/18 vom 07.04.2022). Der Gesetzgeber hatte hier bis zum 31.07.2023 Zeit, eine Neuregelung zu schaffen.

Mit dem Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz ist diese Änderung zum 01.07.2023 in Kraft getreten, wonach der Pflegebeitragssatz nach der Zahl der Kinder weiter ausdifferenziert wird.

Der Beitragszuschlag für Kinderlose stieg von 0,35 auf 0,6 Betragssatzpunkte.  
Für Mitglieder ohne Kinder gilt künftig ein Pflegebeitragssatz in Höhe von 4,2 Prozent.  
Bei einem Kind sinkt der Pflegebeitragssatz auf 3,6 Prozent. Ab zwei Kindern wird der Beitrag bis zum 25. Lebensjahr des Kindes um 0,25 Punkte je Kind bis zum fünften Kind weiter abgesenkt.  
Bei Familien mit fünf oder mehr Kindern liegt der Beitrag künftig bei 2,4 Prozent.

## 8 Vordrucke

Abb. 19

Für die Meldung der Krankenversicherung der Rentner\*innen (vergleiche Abschnitt 4.3) sind zunächst **nur** der Vordruck R0810 und gegebenenfalls der Vordruck R0811 erforderlich.

Sollten die Antragsteller\*innen voraussichtlich **nicht** pflichtversichert sein, besteht die Möglichkeit einen Antrag auf Beitragszuschuss mit dem Vordruck R0820 zu stellen. Bei einer **privaten** Krankenversicherung dient zur notwendigen Bescheinigung der Beitragshöhe der Vordruck R0821.

Hinweise zum Ausfüllen enthalten auch die Erläuterungen zur Meldung zur Krankenversicherung (siehe Anlage Vordruck R0815).