

AOK-BUNDESVERBAND, BERLIN

BUNDESVERBAND DER BETRIEBSKRANKENKASSEN, ESSEN

IKK-BUNDESVERBAND, BERGISCH GLADBACH

GKV-SPITZENVERBAND; BERLIN

BUNDESVERBAND DER LANDWIRTSCHAFTLICHEN KRANKENKASSEN, KASSEL

KNAPPSCHAFT, BOCHUM

VERBAND DER ANGESTELLTEN-KRANKENKASSEN E. V., SIEGBURG

AEV-ARBEITER-ERSATZKASSEN-VERBAND E. V., SIEGBURG

DEUTSCHE RENTENVERSICHERUNG BUND, BERLIN

30. Dezember 2008

Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner zum 1. Januar 2009

Durch das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG) vom 26. März 2007 (BGBl I S. 378) haben sich bereits zum 1. April 2007 Änderungen im Versicherungs- und Beitragsrecht ergeben, die Auswirkungen auf die Krankenversicherung der Rentner haben. Die nunmehr zum 1. Januar 2009 in Kraft tretenden Regelungen des GKV-WSG haben maßgebliche Auswirkungen auf die Organisationsstruktur der Krankenkassen sowie die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung. Für die KVdR sind dabei insbesondere von Bedeutung:

- die Festlegung eines einheitlichen allgemeinen und einheitlichen ermäßigten Beitragssatzes der Krankenkassen durch die Bundesregierung sowie
- die Änderungen der Vorschriften über die Beitragszahlung aus Renten der gesetzlichen Rentenversicherung

Darüber hinaus haben sich weitere Rechtsänderungen ergeben durch:

- das Gesetz zur Änderung medizinproduktrechtlicher und anderer Vorschriften vom 14. Juli 2007 (BGBl. I S. 1066), durch das einzelne Regelungen des GKV-WSG (u. a. über die Beitragstragung aus Renten der gesetzlichen Rentenversicherung) vornehmlich in Bezug auf den Zeitpunkt ihres Inkrafttretens nachträglich korrigiert worden sind,
- das Gesetz zur Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze vom 19. Dezember 2007 (BGBl. I S. 3024), mit dem u. a. die Einrichtung eines maschinell unterstützten Meldeverfahrens zwischen den Zahlstellen von Versorgungsbezügen und den Krankenkassen (für 2009 bis 2010 optional, ab 2011 obligatorisch) gesetzlich bestimmt worden ist,

- das Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz) vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874), das u. a. die Erhöhung des Beitragssatzes der sozialen Pflegeversicherung und eine klarstellende Definition der Elterneigenschaft bei Stief- und Adoptivkindern (§ 55 Abs. 3a SGB XI) enthält,
- das Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG) vom 15. Dezember 2008 (BGBl. I S. 2426), das u. a. den Eintritt der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V für versicherungsfreie und von der Versicherungspflicht befreite Personen ausschließt sowie
- das BSG-Urteil vom 13. Juni 2007 - B 12 KR 19/06 R -, wonach die Ausübung der Krankenkassenwahl ohne Kündigung möglich ist, wenn ein Unterbrechungstatbestand vorliegt und die Bindungsfrist zur bisherigen Krankenkasse erfüllt ist.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Deutsche Rentenversicherung Bund haben diese und weitere Änderungen zum Anlass genommen, das bisherige Rundschreiben zur Kranken- und Pflegeversicherung der Rentner zu überarbeiten und dabei weitere zwischenzeitlich erzielte Besprechungsergebnisse und Verlautbarungen einfließen zu lassen.

Dieses Rundschreiben löst das gemeinsame Rundschreiben zur Kranken- und Pflegeversicherung der Rentner vom 23. Februar 2007 ab.

Inhalt	Seite
A KRANKENVERSICHERUNG DER RENTNER	8
I Versicherungspflicht	8
1 Allgemeines	12
1.1 Aktuelles Recht	12
1.2 Übergangsregelungen/Besitzstandsregelungen nach dem Gesundheits-Reformgesetz und dem Gesundheitsstrukturgesetz ab dem 1. Januar 1989	13
1.3 Auswirkungen durch das 10. SGB V – Änderungsgesetz ab 1. April 2002	13
1.3.1 Optionsrecht für freiwillig versicherte Rentner	13
1.3.2 Auswirkungen des Optionsrechts auf den familienversicherten Rentner	14
2 Personenkreis	14
3 Voraussetzungen	14
3.1 Rentenanspruch	15
3.2 Rentenantrag	16
3.3 Vorversicherungszeit nach § 5 Absatz 1 Nr. 11 SGB V	16
3.3.1 Rahmenfrist	17
3.3.2 Neun-Zehntel-Belegung	18
3.3.3 Anrechenbare Versicherungszeiten	20
3.3.4 Über- und zwischenstaatliches Recht	21
3.3.4.1 EWG-Verordnung Nr. 1408/71	21
3.3.4.2 Abkommen über soziale Sicherheit	22
3.3.4.3 Mehrseitige Abkommen über soziale Sicherheit	22
3.3.4.4 Sozialversicherungsabkommen der früheren DDR	23
3.3.5 Überschneidung mehrerer anrechenbarer Zeiten	23
3.4 Vorversicherungszeit nach § 5 Absatz 1 Nr. 11a SGB V	25
3.4.1 Rahmenfrist	25
3.4.2 Neun-Zehntel-Belegung	25
3.4.3 Anrechenbare Versicherungszeiten	26
3.5 Personen nach § 5 Absatz 1 Nr. 12 SGB V	27
3.6 Weiterer Rentenantrag	27
3.6.1 Wechsel der Leistungsart	27
3.6.2 Antrag auf Weiterzahlung einer befristeten Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit	27
3.6.3 Antrag auf Weiterzahlung oder Wiedergewährung einer Waisenrente	27
3.6.4 Hinzutritt einer Rente	28
3.6.5 Wechsel von Teilrente in Vollrente	28
4 Ausschluss der Versicherungspflicht	28
4.1 Allgemeines	28
4.2 Hauptberufliche selbständige Erwerbstätigkeit	29
4.3 Anderweitige Versicherungspflicht	29
4.4 Freiwillige Mitgliedschaft nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nr. 6 SGB V	30
4.5 Private Krankenversicherung	30
4.6 Auslandsaufenthalt	30
4.7 Rückkehr aus dem Ausland	31
II Versicherungsfreiheit	32
1 Allgemeines	33
2 Personenkreis	33
3 Ende der Versicherungsfreiheit	35
III Befreiung von der Versicherungspflicht	35
1 Allgemeines	35
2 Antragstellung	36
3 Befreiungsbescheid	36
4 Wirkung der Befreiung	36
IV Freiwillige Versicherung/Familienversicherung	37
1 Allgemeines	40
2 Vorversicherungszeit	41
3 Anzeigefrist	41

V	Krankenkassenwahlrecht/-zuständigkeit	41
1	Allgemeines	44
2	Krankenkassenzuständigkeit kraft Wahl	45
2.1	Allgemeines	45
2.2	AOK des Wohnortes	45
2.3	Ersatzkassen	45
2.4	Betriebskrankenkassen	45
2.5	Innungskrankenkassen	46
2.6	Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See (Knappschaft)	46
2.7	"Letzte" Krankenkasse	46
2.8	Krankenkasse des Ehegatten	46
2.9	Krankenkasse, bei der ein Elternteil versichert ist	46
3	Krankenkassenzuständigkeit der landwirtschaftlichen Krankenkassen	46
4	Ausübung der Krankenkassenwahl, Bindungswirkung und Zeitpunkt des Krankenkassenwechsels	47
4.1	Allgemeines	47
4.2	Kündigungsbestätigung und Mitgliedsbescheinigung	47
4.3	Ausübung der Krankenkassenwahl	48
4.4	Bindungswirkung und Kündigung der Mitgliedschaft	48
4.4.1	Bindungswirkung	48
4.4.2	Kündigung der Mitgliedschaft	49
4.5	Sonderkündigungsrechte	50
4.6	Zeitpunkt des Krankenkassenwechsels	51
VI	Mitgliedschaft	51
1	Allgemeines	53
2	Mitgliedschaft als Rentenantragsteller	53
2.1	Voraussetzungen	54
2.2	Unbegründeter Rentenantrag	54
2.3	Fehlende Mitwirkung des Rentenantragstellers	54
2.4	Beginn der Mitgliedschaft als Rentenantragsteller	54
2.5	Ende der Mitgliedschaft als Rentenantragsteller	54
2.6	Befreiung von der Mitgliedschaft	56
3	Mitgliedschaft als Rentner	56
3.1	Beginn der Mitgliedschaft als Rentner	56
3.2	Ende der Mitgliedschaft als Rentner	57
3.2.1	Allgemeines	57
3.2.2	Wegfall oder Entzug der Rente	57
3.2.3	Rente für zurückliegende Zeiträume	58
3.2.4	Fortbestand der Mitgliedschaft	58
4	Mitgliedschaft bei Wehr- oder Zivildienst	58
VII	Meldungen	59
1	Allgemeines	61
2	Meldepflichten bei Rentenantragstellung und -bezug	61
2.1	Meldungen der Versicherten	61
2.1.1	Rentenantragstellung	61
2.1.2	Zuständigkeit für die Bearbeitung der Meldung nach § 201 Absatz 1 SGB V	61
2.1.3	Rentenbezug	62
2.2	Meldungen der Krankenkasse	62
2.2.1	Wahl einer Krankenkasse	62
2.2.2	Beginn und Ende einer Vorrangversicherung bei in der KVdR versicherten Rentnern	63
2.2.3	Beginn und Ende einer Pflichtversicherung bei nicht in der KVdR versicherten Rentnern	63
2.2.4	Beginn und Ende von Ausschlussgründen für die KVdR	63
2.2.5	Besonderheiten in der Pflegeversicherung	63
2.3	Meldungen des Rentenversicherungsträgers	63
2.3.1	Allgemeines	63
2.3.2	Beginn und Höhe der Rente sowie der laufenden Rentenzahlung	64
2.3.3	Ablehnung oder Rücknahme des Rentenantrags	64
2.3.4	Beginn, Ende und Rücknahme eines Widerspruchs-/Sozialgerichtsverfahrens	64
2.3.5	Ende, Entzug, Wegfall und sonstige Nichtleistung	64
2.3.6	Beginn und Ende der Beitragszahlung aus der Rente	64
4		

2.3.7	Abgabe des Rentenanspruchs an einen anderen Rentenversicherungsträger oder Rentenzahlung durch einen anderen Rentenversicherungsträger	64
3	Meldepflichten bei Versorgungsbezügen	65
3.1	Allgemeines	65
3.2	Meldungen der Versorgungsempfänger	65
3.3	Meldungen der Krankenkasse	65
3.4	Meldungen der Zahlstelle von Versorgungsbezügen	66
3.5	Abweichende Vereinbarungen und Altenteiler-Meldeverfahren	66
4	Meldepflichten bei Arbeitseinkommen	66
VIII	Beiträge der Rentenantragsteller und Rentner	67
1	Allgemeines	76
2	Beiträge der Rentenantragsteller	76
2.1	Allgemeines	76
2.2	Beitragsbemessung bei Rentenantragstellern und gleichgestellten Rentnern	76
2.2.1	Personenkreis	76
2.2.2	Beitragsbemessung und Beitragssatz	76
2.2.3	Tragung der Beiträge und Rückzahlung von Beiträgen	77
2.3	Beitragsfreiheit	77
2.3.1	Personenkreis	77
2.3.1.1	Hinterbliebene Ehegatten und Waisen eines Rentners	77
2.3.1.2	Familienversicherte	78
2.3.2	Ausschluss der Beitragsfreiheit	79
3.	Beiträge der Rentner	79
3.1	Beitragspflichtige Einnahmen	79
3.1.1	Allgemeines	79
3.1.2	Rente	79
3.1.2.1	Renten der gesetzlichen Rentenversicherung, andere Renten	79
3.1.2.2	Rentennachzahlungen	80
3.1.3	Versorgungsbezüge	81
3.1.3.1	Allgemeines	81
3.1.3.2	Pensionen	82
3.1.3.3	Versorgung der Abgeordneten, Minister und Parlamentarischen Staatssekretäre	82
3.1.3.4	Berufsständische Versorgungsleistungen	83
3.1.3.5	Renten nach dem ALG	83
3.1.3.6	Renten der betrieblichen Altersversorgung	83
3.1.3.6.1	Allgemeines	83
3.1.3.6.2	Umfang der betrieblichen Altersversorgung	83
3.1.3.6.3	„Riester-Renten“	84
3.1.3.6.4	Umfang der Beitragspflicht	84
3.1.3.6.5	Beitragsfreie Versorgungsleistungen	84
3.1.3.6.6	Übergangszahlungen	85
3.1.3.7	Versorgungsbezüge aus dem Ausland	87
3.1.3.8	Kapitalleistungen und Kapitalabfindungen	87
3.1.3.8.1	Kapitalleistungen	87
3.1.3.8.2	Kapitalabfindungen	88
3.1.3.8.3	Beitragsrechtliche Behandlung von Abfindungen betrieblicher Altersversorgung während des Beschäftigungsverhältnisses und von Rückkaufwerten	88
3.1.4	Arbeitseinkommen	88
3.2	Berechnung der Beiträge	89
3.2.1	Rangfolge der Einnahmearten	89
3.2.1.1	Versicherungspflichtige in der KVdR	89
3.2.1.2	Versicherungspflichtige aufgrund einer Beschäftigung	90
3.2.1.3	Versicherungspflicht aus sonstigen Gründen	91
3.2.1.3.1	Bezieher von Leistungen nach dem SGB III und Bezieher von Arbeitslosengeld II	92
3.2.1.3.2	Wehr und Zivildienstleistende	92
3.2.1.3.3	Studenten, Praktikanten ohne Arbeitsentgelt, zur Berufsausbildung Beschäftigte ohne Arbeitsentgelt und Auszubildende des Zweiten Bildungsweges	93
3.2.1.3.4	Fortbestand der Mitgliedschaft nach § 192 SGB V	93
3.2.1.3.5	Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V	93
3.2.1.4	Freiwillig versicherte Rentner	94
3.2.2	Beitragssätze	94

3.2.2.1	Beitragssatz aus der Rente für Zeiten ab 1. Januar 2009	95
3.2.2.2	Beitragssatz aus Renten für Zeiten bis 31. Dezember 2008	95
3.2.2.3	Beitragssatz aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen für Zeiten ab 1. Januar 2009	96
3.2.2.4	Beitragssatz aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen für Zeiten bis 31. Dezember 2008	96
3.2.2.5	Beitragssatz für Bezieher von Arbeitslosengeld II für Zeiten ab 1. Januar 2009	97
3.2.2.6	Beitragssatz bei Beziehern von Arbeitslosengeld II für Zeiten bis 31.12.2008	97
3.2.2.7	Beitragssatz bei freiwillig versicherten Rentnern für Zeiten ab 1. Januar 2009	97
3.2.2.8	Beitragssatz bei freiwillig versicherten Rentnern für Zeiten bis 31. Dezember 2008	97
3.2.2.9	Beitragssatz in der sozialen Pflegeversicherung	98
3.2.2.10	Beitragszuschlag zur Pflegeversicherung	98
3.2.2.11	Beitragssatz zur Pflegeversicherung für Zeiten bis 30. Juni 2008	99
3.3	Tragung der Beiträge	99
3.3.1	Rentenantragsteller	99
3.3.2	Versicherungspflichtige Rentner	99
3.3.3	Freiwillig versicherte Rentner	99
3.3.4	Beitragstragung für Zeiten bis 31. Dezember 2008	100
3.4	Berechnung des Beitrags aus der Rente	100
3.4.1	Berechnung des Beitrags aus der Rente für Zeiten bis 31. Dezember 2008	101
3.5	Beitragsuntergrenze für Beiträge aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen	101
3.6	Beitragsfreiheit in der sozialen Pflegeversicherung	102
IX	Einzug der Beiträge	102
1	Beitragszahlung aus der Rente	104
1.1	Beitragszahlung aus laufenden Rentenzahlungen	104
1.2	Nachträglicher Einbehalt	105
1.3	Beitragszahlung für Rentenbezugszeiten bis 31.12.2008	105
1.4	Zuständigkeit bei Widerspruch und Klage gegen die Beitragserhebung	106
2	Beitragszahlung aus Versorgungsbezügen	106
2.1	Allgemeines	106
2.2	Zahlstellen mit weniger als 30 beitragspflichtigen Versorgungsempfängern	106
2.3	Nachträglicher Einbehalt	107
2.4	Beitragszahlung durch den Versicherten	107
2.5	Mehrere Versorgungsbezüge	107
2.6	Beitragszahlung aus Rente aus der Alterssicherung der Landwirte, Produktionsaufgaberente und Ausgleichsgeld	108
2.7	Fälligkeit der Beiträge	108
2.8	Beitragsüberwachung	108
3	Arbeitseinkommen	109
X	Beitragserstattungen	109
1	Erstattung von Beiträgen aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen	109
1.1	Allgemeines	109
1.2	Erstattungsfähiger Beitrag	110
2	Erstattung von Beiträgen aus der Rente	110
2.1	Allgemeines	110
2.2	Erstattungsfähiger Beitrag	111
2.3	Beitragserstattung bei Beginn oder Ende des Arbeitsentgelts oder der Rente im laufenden Kalenderjahr	112
2.4	Ermittlung des Erstattungsbetrages der Pflegeversicherungsbeiträge bei Bezug von Krankengeld	114
2.5	Satzungsbestimmung	114
2.6	Erstattungsverfahren	114
3	Antrag	114
4	Zuständige Krankenkasse	114
5	Verjährung	115
B	ABGRENZUNG DER KASSENZUSTÄNDIGKEIT ZWISCHEN ALLGEMEINER UND LANDWIRTSCHAFTLICHER KRANKENVERSICHERUNG	116

I.	Versicherungspflicht in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung	116
1	Bezieher einer Rente aus der Alterssicherung der Landwirte	118
1.1	Grundsatz	118
1.2	Ausschluss der Versicherungspflicht	119
1.3	Versicherungsfreiheit	119
1.4	Übergangsregelung	119
2	Sonstige Personen über 65 Jahre	120
2.1	Grundsätzliches	120
2.2	Abweichung für das Beitrittsgebiet	120
2.3	Ausschluss der Versicherungspflicht und Versicherungsfreiheit	120
II	Verhältnis der Versicherungspflicht in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung zur Versicherungspflicht nach anderen Gesetzen	120
1	Vorrang der allgemeinen Krankenversicherung	121
2	Vorrang der landwirtschaftlichen Krankenversicherung im Hinblick auf Antragsteller und Bezieher einer Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung einerseits und Antragsteller und Bezieher einer Rente aus der Alterssicherung der Landwirte andererseits	122
2.1	Grundsatz "Aktiv vor Passiv"	122
2.2	Zusammentreffen von KVdR und Altenteilerversicherung nach § 2 Absatz 1 Nr. 4 KVLG 1989/§ 23 KVLG 1989	122
2.2.1	Rahmenfrist, Vorversicherungszeit	122
2.2.2	Verfahren nach § 3 Absatz 2 Nr. 2 Fallgruppe 2 KVLG 1989	123
2.2.2.1	Rentantragstellung bei bestehender KVdR oder Altenteilerversicherung nach § 2 Absatz 1 Nr. 4 KVLG 1989	123
2.2.2.2	Zusammentreffen von Mitgliedschaften nach § 189 SGB V und § 23 KVLG 1989	123
2.2.3	Hinzutritt einer weiteren Rente	123
2.2.4	Wirkung einer freiwilligen Versicherung nach § 9 Absatz 1 Nr. 6 SGB V	124
2.3	Zusammentreffen von KVdR und Altenteilerversicherung nach § 2 Absatz 1 Nr. 5 KVLG 1989 im Beitrittsgebiet	124
2.3.1	Gesetzliche Abgrenzung der Kassenzuständigkeit	124
2.3.2	Verfahrensregelungen	124
2.3.3	Hinzutritt einer weiteren KVdR-Rente	124
2.3.4	Wirkung einer freiwilligen Versicherung nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nr. 6 SGB V	124
2.4	Ausschluss der landwirtschaftlichen Krankenversicherung	125
2.4.1	Auswirkung der Befreiung von der Versicherungspflicht in der allgemeinen Krankenversicherung	125
2.4.2	Auswirkung der Befreiung von der Versicherungspflicht in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung	125
III	Mitgliedschaft von Antragstellern auf eine Rente aus der Alterssicherung der Landwirte	125
1	Personenkreis	126
1.1	Grundsatz	126
2	Beginn und Ende der Mitgliedschaft	126
3	Ausschluss der Versicherung als Antragsteller auf eine Rente aus der Alterssicherung der Landwirte	126
3.1	Versicherungspflicht nach anderen gesetzlichen Vorschriften	126
3.2	Hauptberufliche selbständige außerland- oder außerforstwirtschaftliche Tätigkeit	126
3.3	Krankenversicherungsfreiheit	126
3.4	Von der Krankenversicherungspflicht befreite Personen	127
3.5	Zusammentreffen einer Mitgliedschaft als Rentenantragsteller und als Rentenantragsteller auf eine Rente aus der Alterssicherung der Landwirte	127
4	Meldeverfahren	127
IV	Gesetz zur Förderung der Einstellung der landwirtschaftlichen Erwerbstätigkeit	127
1	Personenkreis	127
2	Anwendung der Vorschriften für Altenteiler	128
	ANHANG	129
	Tabelle zur Ermittlung der Neun-Zehntel-Belegung nach § 5 Absatz 1 Nr. 11 SGB V	129

A Krankenversicherung der Rentner

I Versicherungspflicht

§ 5 SGB V

Versicherungspflicht

(1) Versicherungspflichtig sind

1. Arbeiter, Angestellte und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, die gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind,
2. Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld oder Unterhaltsgeld nach dem Dritten Buch beziehen oder nur deshalb nicht beziehen, weil der Anspruch ab Beginn des zweiten Monats bis zur zwölften Woche einer Sperrzeit (§ 144 des Dritten Buches) oder ab Beginn des zweiten Monats wegen einer Urlaubsabgeltung (§ 143 Absatz 2 des Dritten Buches) ruht; dies gilt auch, wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist,
- 2a. Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld II nach dem Zweiten Buch beziehen, soweit sie nicht familienversichert sind, es sei denn, dass diese Leistung nur darlehensweise gewährt wird oder nur Leistungen nach § 23 Absatz 3 Satz 1 des Zweiten Buches bezogen werden; dies gilt auch, wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist.
3. Landwirte, ihre mitarbeitenden Familienangehörigen und Altenteiler nach näherer Bestimmung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte,
4. Künstler und Publizisten nach näherer Bestimmung des Künstlersozialversicherungsgesetzes,
5. Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen,
6. Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an Abklärungen der beruflichen Eignung oder Arbeitserprobung, es sei denn, die Maßnahmen werden nach den Vorschriften des Bundesversorgungsgesetzes erbracht,
7. behinderte Menschen, die in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen oder in Blindenwerkstätten im Sinne des § 143 des Neunten Buches oder für diese Einrichtungen in Heimarbeit tätig sind,
8. behinderte Menschen, die in Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen in gewisser Regelmäßigkeit eine Leistung erbringen, die einem Fünftel der Leistung eines voll erwerbsfähigen Beschäftigten in gleichartiger Beschäftigung entspricht; hierzu zählen auch Dienstleistungen für den Träger der Einrichtung,
9. Studenten, die an staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschulen eingeschrieben sind, unabhängig davon, ob sie ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben, wenn für sie auf Grund über- oder zwischenstaatlichen Rechts kein Anspruch auf Sachleistungen besteht, bis zum Abschluss des vierzehnten Fachsemesters, längstens bis zur Vollendung des dreißigsten Lebensjahres; Studenten nach Abschluss des vierzehnten Fachsemesters oder nach Vollendung des dreißigsten Lebensjahres sind nur versicherungspflichtig, wenn die Art der Ausbildung oder familiäre sowie persönliche Gründe, insbesondere der Erwerb der Zugangsvoraussetzungen in einer Ausbildungsstätte des Zweiten Bildungswegs, die Überschreitung der Altersgrenze oder eine längere Fachstudienzeit rechtfertigen,
10. Personen, die eine in Studien- oder Prüfungsordnungen vorgeschriebene berufspraktische Tätigkeit ohne Arbeitsentgelt verrichten sowie zu ihrer Berufsausbildung ohne Arbeitsentgelt Beschäftigte; Auszubildende des Zweiten Bildungswegs, die sich in einem förderungsfähigen Teil eines Ausbildungsabschnitts nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz befinden, sind Praktikanten gleichgestellt,
11. Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Stellung des Rentenanspruchs mindestens neun Zehntel der zweiten Hälfte des Zeitraums Mitglied oder nach § 10 versichert waren,

- 11a. Personen, die eine selbständige künstlerische oder publizistische Tätigkeit vor dem 1. Januar 1983 aufgenommen haben, die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie mindestens neun Zehntel des Zeitraums zwischen dem 1. Januar 1985 und der Stellung des Rentenanspruchs nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren; für Personen, die am 3. Oktober 1990 ihren Wohnsitz im Beitrittsgebiet hatten, ist anstelle des 1. Januar 1985 der 1. Januar 1992 maßgebend,
12. Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie zu den in § 1 oder § 17a des Fremdrentengesetzes oder zu den in § 20 des Gesetzes zur Wiedergutmachung nationalsozialistischen Unrechts in der Sozialversicherung genannten Personen gehören und ihren Wohnsitz innerhalb der letzten zehn Jahre vor der Stellung des Rentenanspruchs in den Geltungsbereich dieses Gesetzbuchs verlegt haben,
13. Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und
- a) zuletzt gesetzlich krankenversichert waren oder
 - b) bisher nicht gesetzlich oder privat krankenversichert waren, es sei denn, dass sie zu den in Absatz 5 oder den in § 6 Absatz 1 oder 2 genannten Personen gehören oder bei Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit im Inland gehört hätten.
- (2) Der nach Absatz 1 Nr. 11 erforderlichen Mitgliedszeit steht bis zum 31. Dezember 1988 die Zeit der Ehe mit einem Mitglied gleich, wenn die mit dem Mitglied verheiratete Person nicht mehr als nur geringfügig beschäftigt oder geringfügig selbständig tätig war. Bei Personen, die ihren Rentenanspruch aus der Versicherung einer anderen Person ableiten, gelten die Voraussetzungen des Absatzes 1 Nr. 11 oder 12 als erfüllt, wenn die andere Person diese Voraussetzungen erfüllt hatte.
- (3) Als gegen Arbeitsentgelt beschäftigte Arbeiter und Angestellte in Sinne des Absatzes 1 Nr. 1 gelten Bezieher von Vorruhestandsgeld, wenn sie unmittelbar vor Bezug des Vorruhestandsgeldes versicherungspflichtig waren und das Vorruhestandsgeld mindestens in Höhe von 65 vom Hundert des Bruttoarbeitsentgelts im Sinne des § 3 Absatz 2 des Vorruhestandsgesetzes gezahlt wird.
- (4) Als Bezieher von Vorruhestandsgeld ist nicht versicherungspflichtig, wer im Ausland seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einem Staat hat, mit dem für Arbeitnehmer mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt in diesem Staat keine über- oder zwischenstaatlichen Regelungen über Sachleistungen bei Krankheit bestehen.
- (4a) Auszubildende, die im Rahmen eines Berufsausbildungsvertrages nach dem Berufsbildungsgesetz in einer außerbetrieblichen Einrichtung ausgebildet werden, stehen den Beschäftigten zur Berufsausbildung im Sinne des Absatzes 1 Nr. 1 gleich. Als zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte im Sinne des Absatzes 1 Nr. 1 gelten Personen, die als nicht satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften oder ähnlicher religiöser Gemeinschaften für den Dienst in einer solchen Genossenschaft oder ähnlichen religiösen Gemeinschaft außerschulisch ausgebildet werden.
- (5) Nach Absatz 1 Nr. 1 oder 5 bis 12 ist nicht versicherungspflichtig, wer hauptberuflich selbständig erwerbstätig ist.
- (5a) Nach Absatz 1 Nr. 2a ist nicht versicherungspflichtig, wer unmittelbar vor dem Bezug von Arbeitslosengeld II privat krankenversichert war oder weder gesetzlich noch privat krankenversichert war und zu den in Absatz 5 oder den in § 6 Absatz 1 oder 2 genannten Personen gehört oder bei Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit im Inland gehört hätte. Satz 1 gilt nicht für Personen, die am 31. Dezember 2008 nach § 5 Absatz 1 Nr. 2a versicherungspflichtig waren, für die Dauer ihrer Hilfebedürftigkeit.
- (6) Nach Absatz 1 Nr. 5 bis 7 oder 8 ist nicht versicherungspflichtig, wer nach Absatz 1 Nr. 1 versicherungspflichtig ist. Trifft eine Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nr. 6 mit einer Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nr. 7 oder 8 zusammen, geht die Versicherungspflicht vor, nach der die höheren Beiträge zu zahlen sind.
- (7) Nach Absatz 1 Nr. 9 oder 10 ist nicht versicherungspflichtig, wer nach Absatz 1 Nr. 1 bis 8, 11 oder 12 versicherungspflichtig oder nach § 10 versichert ist, es sei denn der Ehegatte, der Lebenspartner oder das Kind des Studenten oder Praktikanten ist nicht versichert. Die Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nr. 9 geht der Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nr. 10 vor.
- (8) Nach Absatz 1 Nr. 11 oder 12 ist nicht versicherungspflichtig, wer nach Absatz 1 Nr. 1 bis 7 oder 8 versicherungspflichtig ist. Satz 1 gilt für die in § 190 Absatz 11a genannten Personen entsprechend. Bei Beziehern einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung, die nach dem 31. März 2002 nach § 5 Absatz 1 Nr. 11 versicherungspflichtig geworden sind, deren Anspruch auf Rente schon an diesem Tag bestand und die bis zu diesem Zeitpunkt nach § 10 oder § 7 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte versichert waren, aber nicht die Vorversicherungszeit des § 5 Absatz 1 Nr. 11 in der seit 1. Januar 1993 geltenden Fassung erfüllt hatten und deren Versicherung nach § 10 oder § 7 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte nicht von einer der in § 9 Absatz 1 Nr. 6 genannten Person abgeleitet worden ist, geht die Versi-

cherung nach § 10 oder § 7 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte der Versicherung nach § 5 Absatz 1 Nr. 11 vor.

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

(9) Kommt eine Versicherung nach den §§ 5, 9 oder 10 nach Kündigung des Versicherungsvertrages nicht zustande oder endet eine Versicherung nach den §§ 5 oder 10 vor Erfüllung der Vorversicherungszeit nach § 9, ist das private Krankenversicherungsunternehmen zum erneuten Abschluss eines Versicherungsvertrages verpflichtet, wenn der vorherige Vertrag für mindestens fünf Jahre vor seiner Kündigung ununterbrochen bestanden hat. Der Abschluss erfolgt ohne Risikoprüfung zu gleichen Tarifbedingungen, die zum Zeitpunkt der Kündigung bestanden haben; die bis zum Ausscheiden erworbenen Altersrückstellungen sind dem Vertrag zuzuschreiben. Wird eine gesetzliche Krankenversicherung nach Satz 1 nicht begründet, tritt der neue Versicherungsvertrag am Tag nach der Beendigung des vorhergehenden Versicherungsvertrages in Kraft. Endet die gesetzliche Krankenversicherung nach Satz 1 vor Erfüllung der Vorversicherungszeit, tritt der neue Versicherungsvertrag am Tag nach Beendigung der gesetzlichen Krankenversicherung in Kraft. Die Verpflichtung nach Satz 1 endet drei Monate nach der Beendigung des Versicherungsvertrages, wenn eine Versicherung nach den §§ 5, 9 oder 10 nicht begründet wurde. Bei Beendigung der Versicherung nach den §§ 5 oder 10 vor Erfüllung der Vorversicherungszeiten nach § 9 endet die Verpflichtung nach Satz 1 längstens zwölf Monate nach der Beendigung des privaten Versicherungsvertrages. Die vorstehenden Regelungen zum Versicherungsvertrag sind auf eine Anwartschaftsversicherung in der privaten Krankenversicherung entsprechend anzuwenden.

(10) nicht belegt

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

§ 309 SGB V

Versicherter Personenkreis

(1) ...

(2) - (4) aufgehoben

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

§ 20 SGB XI

Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung für Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung

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

1. - 10. ...

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

12. Personen, die, weil sie bisher keinen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall hatten, nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 des Fünften Buches oder nach § 2 Absatz 1 Nr. 7 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte der Krankenversicherungspflicht unterliegen.

(2) - (4) ...

§ 1 FRG

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

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

b) - e) ...

§ 17a FRG

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

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

1. dem deutschen Sprach- und Kulturkreis angehört haben,

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

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

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

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

§ 20 WGSVG

Gleichstellung vertriebener Verfolgter mit Vertriebenen

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

(2) - (3) ...

§ 4 BVFG

Spätaussiedler

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

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

seinen Wohnsitz in den Aussiedlungsgebieten hatte.

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

(3) ...

1 Allgemeines

1.1 Aktuelles Recht

Die Versicherungspflicht in der KVdR tritt nach § 5 Absatz 1 Nr. 11 SGB V grundsätzlich nur dann ein, wenn seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Stellung des Rentenanspruchs mindestens neun Zehntel der zweiten Hälfte des Zeitraums eine Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung oder eine Familienversicherung nach § 10 SGB V oder § 7 KVLG 1989 bestand (hinsichtlich bestehender Übergangs- und Besitzstandsregelungen vgl. A I 1.2 und I.3).

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

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

Für Rentner und Rentenantragsteller im Beitrittsgebiet gilt seit dem 1. Januar 1991 das in der bisherigen Bundesrepublik schon bestehende Krankenversicherungsrecht. Personen, die am 31. Dezember 1990 Rente bezogen, unterliegen seit dem 1. Januar 1991 für die Dauer des Rentenbezuges der Versicherungspflicht in der KVdR.

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

Rentner, die nach § 5 Absatz 1 Nr. 11, 11a oder 12 SGB V der Krankenversicherungspflicht unterliegen, sind nach § 20 Absatz 1 Satz 2 Nr. 11 SGB XI versicherungspflichtig in der sozialen Pflegeversicherung. Rentnantragsteller gelten wie in der gesetzlichen Krankenversicherung auch in der sozialen Pflegeversicherung als Mitglieder (§ 49 Absatz 2 SGB XI i.V.m. § 189 SGB V).

Ein Antrag auf Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung und der alleinige Bezug einer solchen Rente können keine Mitgliedschaft in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung begründen. Dagegen kann durch die Stellung eines solchen Antrages oder durch den Bezug einer solchen Rente die Kassenzuständigkeit (Versicherungskonkurrenz) beeinflusst werden (vgl. B II). Auch haben aufgrund eines anderen Tatbestandes pflichtversicherte Personen Beiträge aus einer Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung an die landwirtschaftliche Krankenkasse zu zahlen, bei der die Mitgliedschaft besteht (vgl. A VIII 2.2.1.2). Dies gilt sowohl für die Krankenversicherung als auch für die Pflegeversicherung.

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

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

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

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

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

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

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

Artikel 33 § 14 GSG beinhaltet eine Besitzschutzregelung für Rentner und Rentenantragsteller, bei denen am 31. Dezember 1992 eine KVdR-Versicherungspflicht bzw. eine Rentenantragstellermemberschaft bestand oder wegen besonderer Tatbestände ausgeschlossen war und die die Vorversicherungszeit nach § 5 Absatz 1 Nr. 11 SGB V in der - die Zugangsvoraussetzungen verschärfenden - Fassung des GSG nicht erfüllt gehabt hätten. Von praktischer Bedeutung war diese Übergangsbestimmung allerdings nur für die Zeit vom 1. Januar 1993 bis 31. März 2002. Für Zeiten ab 1. April 2002 dagegen entfaltet die Regelung des Artikel 33 § 14 GSG als Folge des Bundesverfassungsgerichtsbeschlusses vom 15. März 2000 dem Grunde nach keine Rechtswirkungen mehr. Mit diesem Beschluss hatte das Bundesverfassungsgericht die Regelung des § 5 Absatz 1 Nr. 11 SGB V in der Fassung des GSG für mit dem Grundgesetz unvereinbar erklärt und die Zulässigkeit ihrer Anwendung auf die Zeit bis 31. März 2002 beschränkt. Da es zu einer im Beschluss geforderten gesetzlichen Neuregelung nicht gekommen ist, findet seit 1. April 2002 wieder § 5 Absatz 1 Nr. 11 SGB V in der Fassung des GRG Anwendung mit der Folge, dass von diesem Zeitpunkt an die von Artikel 33 § 14 GSG erfassten Personen ohnehin – wieder – nach § 5 Absatz 1 Nr. 11 SGB V versicherungspflichtig sind. Durch das GKV-WSG wurde mit Wirkung vom 1. April 2007 die vom Bundesverfassungsgericht festgestellte Rechtslage in § 5 Absatz 1 Nr. 11 SGB V redaktionell nachvollzogen. Die geltende Rechtslage hat sich hierdurch nicht geändert.

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

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

1.3.1 Optionsrecht für freiwillig versicherte Rentner

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

Hat der Rentner von seinem Optionsrecht nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nr. 6 SGB V Gebrauch gemacht, ist der Eintritt der Versicherungspflicht in der KVdR auf Dauer ausgeschlossen, selbst wenn eine weitere Rente hinzutritt. Dies ergibt sich unmittelbar aus § 5 Absatz 8 Satz 2 SGB V.

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

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

1.3.2 Auswirkungen des Optionsrechts auf den familienversicherten Rentner

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

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

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

In allen vorgenannten Fällen ist für den bisher Familienversicherten auf Antrag eine freiwillige Versicherung gemäß § 9 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V zu begründen. Wird der Antrag nicht gestellt, kommt ggf. eine Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V in Betracht. Die Versicherungspflicht in der KVdR nach § 5 Absatz 1 Nr. 11 SGB V ist auf Dauer ausgeschlossen; dies gilt auch bei Hinzutritt einer weiteren Rente. Sofern der familienversicherte Rentner eines nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nr. 6 SGB V versicherten Rentners wegen Überschreitens der Einkommensgrenze aus der Familienversicherung ausscheidet, aber in Folge die Einkommensgrenze wieder unterschreitet, ist bei Erfüllung der sonstigen Voraussetzungen die Familienversicherung nach § 10 SGB V in Verbindung mit § 190 Absatz 11a SGB V und unter Berücksichtigung des § 191 Nr. 3 SGB V erneut zu begründen.

2 Personenkreis

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

Von der Versicherungspflicht ausgenommen sind Bezieher einer Rente, die nur auf Höherversicherungsbeiträgen beruht (vgl. Urteil des BSG vom 14. Juli 1977 - 3 RK 66/76 -, USK 7790).

3 Voraussetzungen

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

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

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

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

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

3.1 Rentenanspruch

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

Altersrenten (Voll- oder Teilrenten) sind

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

Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit sind

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

Renten wegen Todes sind

- Witwenrenten oder Witwerrenten,
- Waisenrenten und
- Erziehungsrenten.

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

Als Renten der gesetzlichen Rentenversicherung gelten auch die nach Artikel 2 RÜG zu leistenden Renten wegen Alters, verminderter Erwerbsfähigkeit oder Todes.

Renten wegen Alters werden geleistet als

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

Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit werden geleistet als

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

Renten wegen Todes werden geleistet als

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

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

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

Für den Eintritt der Versicherungspflicht ist nicht erforderlich, dass die Rente tatsächlich ausgezahlt wird; es genügt, dass der Anspruch auf die Rente dem Grunde nach besteht. Die KVdR wird demnach auch durchgeführt, wenn die

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

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

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

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

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

Beispiel:

Rentantrag und Beginn der Rentenantragstellermemberschaft am	13.1.2005
Rentenablehnung mit Bescheid vom	19.5.2005
Ende der Rentenantragstellermemberschaft mit Bindung des Ablehnungsbescheides am	21.6.2005
Überprüfungsantrag nach § 44 SGB X wird gestellt am	12.2.2009
Bekanntgabe des Bewilligungsbescheides am	24.8.2009
- Rentenbeginn 1.2.2005 -	

Ergebnis:

Die Versicherungspflicht als Rentner nach § 5 Absatz 1 Nr. 11 SGB V beginnt am 24.8.2009. Die Rahmenfrist zur Prüfung der KVdR-Vorversicherungszeit endet am 13.1.2005. Zur Prüfung der weiteren KVdR-Voraussetzungen sind die Vorschriften zu beachten, die am 12.1.2005 Gültigkeit hatten.

3.2 Renten Antrag

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

Als Tag der Rentenantragstellung ist auch der Tag des Antrags auf Weiterzahlung einer befristeten Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit, Wiedergewährung einer Waisenrente (vgl. A I 3. 6) sowie auf Witwen- oder Witwerrentenvorschuss (§ 115 Absatz 2 SGB VI) anzusehen.

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

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

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

Für die Feststellung, ob der Rentenantragsteller die Vorversicherungszeit erfüllt, sieht die KVdR-Meldung nach § 201 Absatz 1 SGB V entsprechende Angaben vor. Der Prüfung können diese Angaben zugrunde gelegt werden. Darüber hinaus sollten grundsätzlich keine besonderen Nachweise über Mitgliedszeiten gefordert werden.

3.3.1 Rahmenfrist

Die Rahmenfrist, innerhalb der Versicherungszeiten anrechenbar sind, beginnt mit dem Tag der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit; sie endet mit dem Tag der Rentenantragstellung, und zwar auch dann, wenn die KVdR zunächst nicht wirksam wird (z.B. wegen einer Vorrangversicherung).

Als Erwerbstätigkeit gilt jede auf Erwerb gerichtete oder zur Berufsausbildung ausgeübte Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit, und zwar auch im Ausland (Urteil des BSG vom 8. November 1983 - 12 RK 12/83 -, USK 83202). Nach der Begründung zum vorgenannten Urteil des BSG kommt es für den Beginn der Rahmenfrist nicht darauf an, ob die Erwerbstätigkeit den Zugang zur Krankenversicherung eröffnete. Deshalb löst auch die Aufnahme einer Tätigkeit, die nicht zur Versicherungspflicht führte oder kein Recht zum freiwilligen Beitritt eröffnete, den Beginn der Rahmenfrist aus. Die Rahmenfrist beginnt auch dann, wenn ein Student ein vorgeschriebenes Praktikum gegen Entgelt ableistete (Urteil des BSG vom 22. Februar 1996 - 12 RK 33/94 -, USK 9647).

Nicht als erstmalige Aufnahme einer Erwerbstätigkeit gelten

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

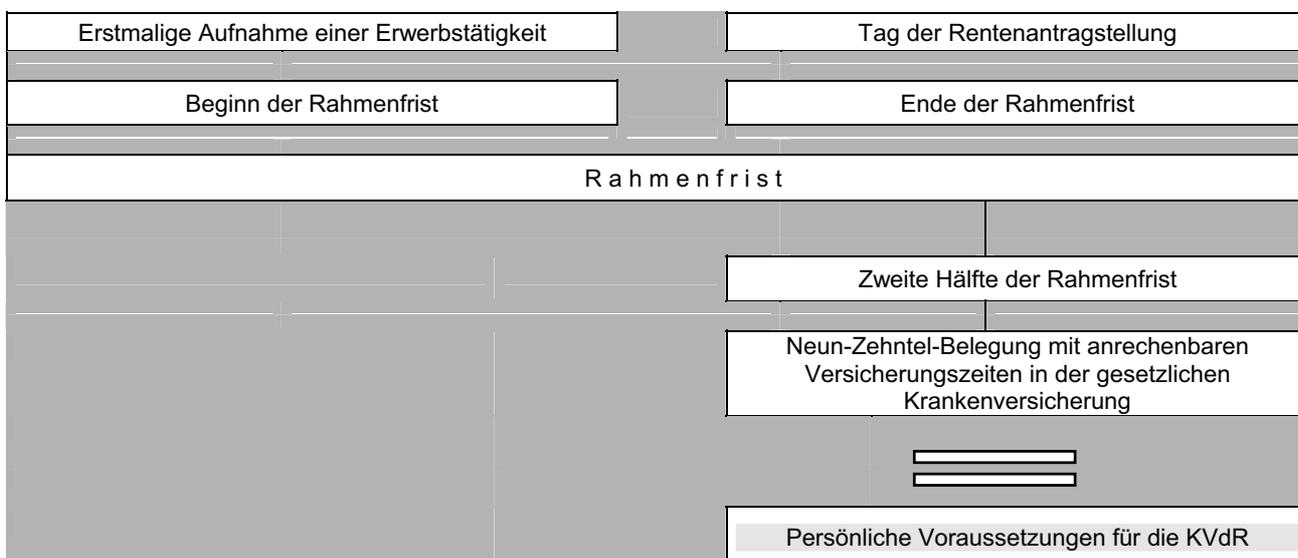
Bei Personen, die wegen ihrer Behinderung eine Erwerbstätigkeit nicht ausüben konnten, gilt der Eintritt der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 7 und 8 SGB V als erstmalige Aufnahme einer Erwerbstätigkeit. Gleiches gilt für die Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 5 und 6 SGB V.

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

- der Tag der Eheschließung bzw. der Tag der Eintragung einer Lebenspartnerschaft im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes

oder

- wenn eine Ehe bzw. eingetragene Lebenspartnerschaft nicht bestand, die Vollendung des 18. Lebensjahres, bei minderjährigen Waisen der Tag der Geburt.



Beispiel 1:

Rentantragstellung am	19.7.2009
Erstmalige Aufnahme einer Erwerbstätigkeit am	1.3.1967
Rahmenfrist beginnt am	1.3.1967
und endet am	19.7.2009

Beispiel 2:

Rentantragstellung am	14.9.2009
Eheschließung am	18.5.1965
Erstmalige Aufnahme einer Erwerbstätigkeit am	1.4.1965
Rahmenfrist beginnt am	1.4.1965
und endet am	14.9.2009

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

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

3.3.2 Neun-Zehntel-Belegung

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

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

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

Beispiel 1:

Rentenantrag am 24.7.2009
 Erstmalige Aufnahme einer Erwerbstätigkeit am 1.3.1967

Ermittlung der Rahmenfrist:

Vom 1.3.1967 bis 24.7.2009

Ermittlung des Beginns der zweiten Hälfte der Rahmenfrist:

	Tage	Monate	Jahre	
	24.	07.	2009	
./.	01.	03.	1967	
=	24 (23+01)	04	42	: 2
=	12	02	21	
+	01.	03.	1967	(Datum der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit)
=	13.	05.	1988	Beginn der zweiten Hälfte der Rahmenfrist

Ermittlung der erforderlichen Vorversicherungszeit:

	Tage	Monate	Jahre
	24.	07.	2009
./.	13.	05.	1988
=	12 (11+01)	02	21

Hiervon 9/10 lt. Tabelle (Anhang):

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

Erforderliche Vorversicherungszeit = 19 Jahre 1 Monat 4 Tage

Der Rentenantragsteller muss in der Zeit vom 13.5.1988 bis 24.7.2009 mindestens 19 Jahre, 1 Monat, 4 Tage anrechenbare Versicherungszeiten nachweisen.

Beispiel 2:

Rentenantrag am 22.10.2009
 Erstmalige Aufnahme einer Erwerbstätigkeit am 1.2.1966

Ermittlung der Rahmenfrist:

Vom 1.2.1966 bis 22.10.2009

Ermittlung des Beginns der zweiten Hälfte der Rahmenfrist:

	Tage	Monate	Jahre	
	22.	10.	2009	
<u>./.</u>	<u>01.</u>	<u>02.</u>	<u>1966</u>	
=	22 (21+01)	08	43	
=	23	20	42	: 2 (Umwandlung)
=	12 *)	10	21	
+	01.	02.	1966	(Datum der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit)
=	13.	12.	1987	Beginn der zweiten Hälfte der Rahmenfrist

*) Rundung zu Gunsten des Versicherten

Ermittlung der erforderlichen Vorversicherungszeit:

	Tage	Monate	Jahre	
	22.	10.	2009	
	22.	22.	2008	(Umwandlung)
<u>./.</u>	<u>13.</u>	<u>12.</u>	<u>1987</u>	
=	10 (09+01)	10	21	

Hiervon 9/10 lt. Tabelle (Anhang):

21 Jahre	= 18 Jahre	10 Monate	29 Tage
10 Monate	= - Jahre	9 Monate	- Tage
10 Tage	= - Jahre	- Monate	9 Tage
	18 Jahre	19 Monate	38 Tage
	19 Jahre	8 Monate	8 Tage (Umwandlung)

Erforderliche Vorversicherungszeit = 19 Jahre 8 Monate 8 Tage

Der Rentenantragsteller muss in der Zeit vom 13.12.1987 bis 22.10.2009 mindestens 19 Jahre, 8 Monate, 8 Tage anrechenbare Versicherungszeiten nachweisen.

3.3.3 Anrechenbare Versicherungszeiten

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

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

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

Anrechenbare Zeiten zur Erfüllung der Vorversicherungszeit nach § 5 Absatz 1 Nr. 11 SGB V sind^{*}:

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

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

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

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

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

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

3.3.4 Über- und zwischenstaatliches Recht

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

Eine solche Gleichstellung enthalten die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 und einige Sozialversicherungsabkommen sowie das Rheinschiffer-Übereinkommen.

3.3.4.1 EWG-Verordnung Nr. 1408/71

Das Recht der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 gilt außer in Deutschland in folgenden Staaten: Belgien, Bulgarien¹, Dänemark, Estland², Finnland, Frankreich, Griechenland, Großbritannien und Nordirland, Irland, Island, Italien, Lett-

¹ Seit 1. Januar 2007 infolge EU-Beitritt

² Seit 1. Mai 2004 infolge EU-Beitritt

land³, Liechtenstein, Litauen³, Luxemburg, Malta³, Niederlande, Norwegen, Österreich, Polen³, Portugal, Rumänien², Schweden, Schweiz³, Slowakei¹, Slowenien¹, Spanien, Tschechien³, Ungarn³ und Zypern (griechischer Teil)³.

Die in der gesetzlichen Krankenversicherung der vorgenannten Staaten zurückgelegten Versicherungszeiten sind bei Prüfung der Vorversicherungszeit nach § 5 Absatz 1 Nr. 11 SGB V zu berücksichtigen, wobei in mehreren dieser Staaten (z.B. Deutschland, Frankreich, Österreich, Spanien) zurückgelegte Versicherungszeiten insgesamt zusammenzurechnen sind.⁴

Zeiten der gesetzlichen Krankenversicherung sind im Verhältnis zur Schweiz die bei einer schweizerischen anerkannten Krankenkasse zurückgelegten Versicherungszeiten.

3.3.4.2 Abkommen über soziale Sicherheit

Folgende Sozialversicherungsabkommen enthalten zur Vorversicherungszeit des § 5 Absatz 1 Nr. 11 SGB V Regelungen über die Zusammenrechnung von deutschen mit ausländischen Zeiten: Kroatien, Mazedonien⁵, Tunesien und Türkei. Diese gelten allerdings nur im Verhältnis zu Kroatien und Mazedonien unabhängig von der Staatsangehörigkeit des Rentners.

Zu beachten ist, dass bei Anwendung der Abkommen eine multilaterale Vertragsanwendung (d.h. die Zusammenrechnung insgesamt von deutschen mit Versicherungszeiten verschiedener ausländischer Vertragsstaaten) nicht zulässig ist. Zusammengerechnet werden somit jeweils nur deutsche und kroatische, deutsche und mazedonische, deutsche und tunesische oder deutsche und türkische Versicherungszeiten.

Beispiel:

Der Rentenberechtigte/-antragsteller ist Deutscher und wohnt in Deutschland. Er hat neben Versicherungszeiten in Deutschland (120 Monate) auch solche in Kroatien (60 Monate) und Tunesien (60 Monate) zurückgelegt. Damit kommt es sowohl zur Anwendung des deutsch-kroatischen als auch des deutsch-tunesischen Sozialversicherungsabkommens.

Ergebnis:

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

Es ist nur folgende Zusammenrechnung zulässig:

Deutsch-kroatisches SV-Abkommen

Für die Vorversicherungszeit nach § 5 Absatz 1 Nr. 11 SGB V dürfen nur deutsche und kroatische Versicherungszeiten zusammengerechnet werden.

oder

Deutsch-tunesisches SV-Abkommen

Für die Vorversicherungszeit nach § 5 Absatz 1 Nr. 11 SGB V dürfen nur deutsche und tunesische Versicherungszeiten zusammengerechnet werden.

Durch das Verbot der multilateralen Vertragsanwendung können insgesamt nur 180 Monate berücksichtigt werden.

3.3.4.3 Mehrseitige Abkommen über soziale Sicherheit

Das Rheinschiffer-Abkommen von 1979 enthält für den besonderen Personenkreis der Rheinschiffer Regelungen über die Berücksichtigung bestimmter ausländischer Krankenversicherungszeiten. Einzelheiten ergeben sich aus dem Rundschreiben Nr. 50/1988 der Deutschen Verbindungsstelle Krankenversicherung Ausland.

³ Seit 1. Juni 2002 aufgrund des Freizügigkeitsabkommens zwischen der EG und der Schweiz

⁴ Ausnahmen können sich für Drittstaatsangehörige im Verhältnis zu Island, Liechtenstein, Norwegen und der Schweiz ergeben. Einzelheiten hierzu siehe Rundschreiben Nr. 36/2003 der DVKA vom 30. Mai 2003.

⁵ In Kraft getreten am 1. Januar 2005

3.3.4.4 Sozialversicherungsabkommen der früheren DDR

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

3.3.5 Überschneidung mehrerer anrechenbarer Zeiten

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

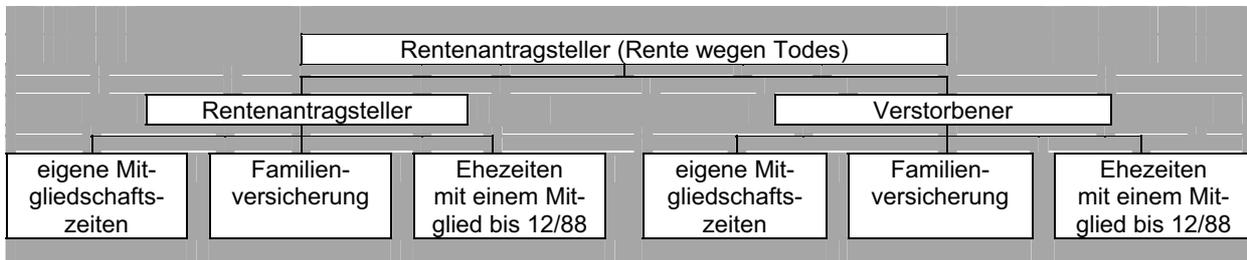
Beispiel:

Antrag auf Rente aus der eigenen Versicherung am	16.4.2009
Erstmalige Aufnahme einer Erwerbstätigkeit am	1.3.1967
Eigene Mitgliedschaft vom	1.3.1967 bis 31.10.1979
Tag der Eheschließung am	15.7.1977
Mitgliedschaft des Ehegatten vom	1.2.1966 bis lfd. *)
Familienversicherung vom	1.1.1989 bis lfd.

*) In dieser Zeit war der Rentenantragsteller nicht mehr als nur geringfügig beschäftigt.

Ergebnis:

Rahmenfrist vom	1.3.1967 bis 16.4.2009
Beginn der zweiten Hälfte der Rahmenfrist am	24.3.1988
Anrechenbare Zeiten:	
Ehezeiten mit einem Mitglied vom	24.3.1988 bis 31.12.1988
Familienversicherung vom	1.1.1989 bis 16.4.2009



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

Beispiel:

Antrag auf Rente wegen Todes am	7.12.2009
Tod des Ehegatten am	26.11.2009
Erstmalige Aufnahme einer Erwerbstätigkeit der Hinterbliebenen am	1.3.1978
Mitgliedschaft der Hinterbliebenen vom	1.3.1978 bis 31.5.1982
	1.9.1985 bis 30.6.1988
	1.10.1992 bis 31.3.2000
Familienversicherung der Hinterbliebenen vom	1.4.2000 bis 30.4.2006
	1.10.2009 bis 26.11.2009
Tag der Eheschließung am	9.9.1980
Erstmalige Aufnahme einer Erwerbstätigkeit des verstorbenen Ehegatten am	1.3.1972
Mitgliedschaft des verstorbenen Ehegatten vom	1.3.1972 bis 26.11.2009

Die Hinterbliebene war vom 1.5.2006 bis 30.9.2009 aufgrund einer selbständigen Tätigkeit privat krankenversichert.

Ergebnis:**a) Vorversicherungszeit der Hinterbliebenen****Ermittlung der Rahmenfrist:**

Vom 1.3.1978 bis 7.12.2009

Ermittlung des Beginns der zweiten Hälfte der Rahmenfrist:

	Tage	Monate	Jahre	
	07.	12.	2009	
<u>./.</u>	<u>01.</u>	<u>03.</u>	<u>1978</u>	
=	07 (06+01)	09	31	
=	37	20	30	: 2 (Umwandlung)
=	19 *)	10	15	
+	01.	03.	1978	(Datum der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit)
=	20	13	1993	
=	20.	01.	1994	Beginn der zweiten Hälfte der Rahmenfrist (Umwandlung)

*) Rundung zu Gunsten des Versicherten

Ermittlung der erforderlichen Vorversicherungszeit:

	Tage	Monate	Jahre
	07.	12.	2009
	37.	23.	2008(Umwandlung)
<u>./.</u>	<u>20.</u>	<u>01.</u>	<u>1994</u>
=	18 (17+01)	22	14
=	18	10	15

Hiervon 9/10 lt. Tabelle (Anhang):

Erforderliche Vorversicherungszeit = 14 Jahre 3 Monate 20 Tage

Anrechenbare Zeiten:

		Tage	Monate	Jahre
Eigene Mitgliedschaft	vom 20.1.1994 bis 31.3.2000	12	02	06
Zeiten einer Familienversicherung	vom 1.4.2000 bis 30.4.2006	-	01	06
	vom 1.10.2009 bis 26.11.2009	<u>26</u>	<u>01</u>	-
	insgesamt =	08	05	12 (Umwandlung)

Die erforderliche Vorversicherungszeit ist in der Person der Hinterbliebenen nicht erfüllt.

b) Vorversicherungszeit des verstorbenen Ehegatten**Ermittlung der Rahmenfrist:**

Vom 1.3.1972 bis 26.11.2009 (Todesstag)

Ermittlung des Beginns der zweiten Hälfte der Rahmenfrist:

	Tage	Monate	Jahre	
	26.	11.	2009	
<u>./.</u>	<u>01.</u>	<u>03.</u>	<u>1972</u>	
=	26 (25+01)	08	37	
=	26	20	36	: 2 (Umwandlung)
=	13	10	18	
+	01.	03.	1972	(Datum der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit)
=	14.	13.	1990	
=	14.	01.	1991	Beginn der zweiten Hälfte der Rahmenfrist (Umwandlung)

Ermittlung der erforderlichen Vorversicherungszeit:

	Tage	Monate	Jahre
	26.	11.	2009
<u>./.</u>	<u>14.</u>	<u>01.</u>	<u>1991</u>
=	13 (12+01)	10	18

Hiervon 9/10 lt. Tabelle (Anhang):

Erforderliche Vorversicherungszeit = 16 Jahre 11 Monate 25 Tage

Anrechenbare Zeiten:

	Tage	Monate	Jahre
Eigene Mitgliedschaft vom 14.1.1991 bis 26.11.2009	13	10	18

Die erforderliche Vorversicherungszeit ist in der Person des Verstorbenen erfüllt, so dass die KVdR-Versicherungspflicht bei Vorliegen der sonstigen Voraussetzungen für die Hinterbliebene eintritt .

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

Die Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 11a SGB V tritt ein, wenn eine selbständige künstlerische oder publizistische Tätigkeit vor dem 1. Januar 1983 aufgenommen wurde und mindestens neun Zehntel des Zeitraums zwischen dem 1. Januar 1985 bzw. 1. Januar 1992 und der Stellung des Rentenanspruches in der gesetzlichen Krankenversicherung eine Versicherung nach dem KSVG bestand.

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

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

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

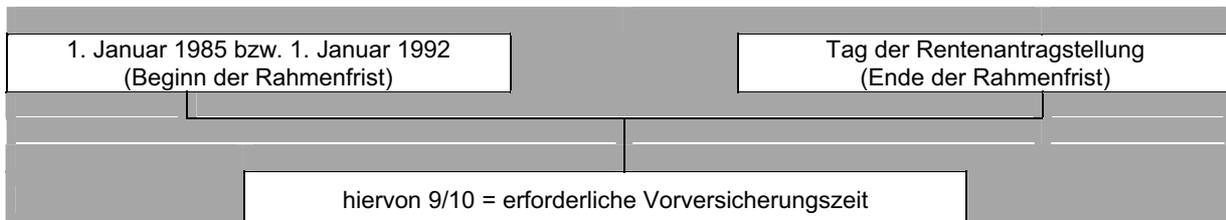
3.4.1 Rahmenfrist

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

3.4.2 Neun-Zehntel-Belegung

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

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



Beispiel 1:

Rentantrag am	25.5.2009
Aufnahme der selbständigen künstlerischen Tätigkeit am	1.3.1982
- Wohnsitz am 3.10.1990 in den alten Bundesländern -	

Ermittlung der Rahmenfrist:

Vom 1.1.1985 bis 25.5.2009

Ermittlung der erforderlichen Vorversicherungszeit:

	Tage	Monate	Jahre
	25.	05.	2009
<u>./.</u>	<u>1.</u>	<u>01.</u>	<u>1985</u>
=	25 (24+01)	04	24

Hiervon 9/10 lt. Tabelle (Anhang):

24 Jahre	= 21 Jahre	7 Monate	9 Tage
04 Monate	= - Jahre	3 Monate	18 Tage
25 Tage	= - Jahre	- Monate	23 Tage
	21 Jahre	10 Monate	50 Tage
	21 Jahre	11 Monate	20 Tage (Umwandlung)

Erforderliche Vorversicherungszeit = 21 Jahre 11 Monate 20 Tage

Der Rentenantragsteller muss in der Zeit vom 1.1.1985 bis 25.5.2009 mindestens 21 Jahre, 11 Monate, 20 Tage anrechenbare Versicherungszeiten nachweisen.

Beispiel 2:

Rentenantrag am	22.10.2009
Aufnahme der selbständigen künstlerischen Tätigkeit am	1.3.1982
- Wohnsitz am 3.10.1990 im Beitrittsgebiet -	

Ermittlung der Rahmenfrist:

Vom 1.1.1992 bis 22.10.2009

Ermittlung der erforderlichen Vorversicherungszeit:

	Tage	Monate	Jahre
	22.	10.	2009
<u>./.</u>	<u>1.</u>	<u>01.</u>	<u>1992</u>
=	22 (21+01)	09	17

Hiervon 9/10 lt. Tabelle (Anhang):

17 Jahre	= 15 Jahre	3 Monate	20 Tage
09 Monate	= - Jahre	8 Monate	3 Tage
22 Tage	= - Jahre	- Monate	20 Tage
	15 Jahre	11 Monate	43 Tage
	16 Jahre	- Monate	13 Tage (Umwandlung)

Erforderliche Vorversicherungszeit = 16 Jahre - Monate 13 Tage

Der Rentenantragsteller muss in der Zeit vom 1.1.1992 bis 22.10.2009 mindestens 16 Jahre, 0 Monate, 13 Tage anrechenbare Versicherungszeiten nachweisen.

3.4.3 Anrechenbare Versicherungszeiten

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

3.5 Personen nach § 5 Absatz 1 Nr. 12 SGB V

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

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

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

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

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

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

3.6 Weiterer Rentenantrag

Stellt der Rentner einen weiteren Rentenantrag, ist grundsätzlich eine erneute Prüfung der KVdR-Vorversicherungszeit nicht erforderlich. Dies gilt insbesondere dann, wenn bereits aufgrund des ersten Rentenbezugs die KVdR-Voraussetzungen erfüllt waren. Personen nach § 9 Absatz 1 Nr. 6 SGB V bleiben auch bei Stellung eines weiteren Rentenantrages freiwillig versichert (vgl. A IV 1).

3.6.1 Wechsel der Leistungsart

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

3.6.2 Antrag auf Weiterzahlung einer befristeten Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit

Ein Antrag auf Weiterzahlung einer befristeten Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit gilt grundsätzlich als neuer Rentenantrag. Eine erneute Prüfung der Vorversicherungszeit ist jedoch nur dann erforderlich, wenn aufgrund des bisherigen Rentenbezugs Versicherungspflicht in der KVdR nicht bestand. Kommt es zur Zahlungseinstellung der befristeten Rente, ist vom Tag nach Ablauf der befristeten Rente - frühestens jedoch ab Antragstellung - ggf. zunächst eine Mitgliedschaft als Rentenantragsteller (§ 189 SGB V) durchzuführen. Wird dem Antrag auf Weiterzahlung entsprochen, so dass die Rente (rückschauend betrachtet) nicht entfallen ist, wird auch die bisherige KVdR (rückwirkend) fortgeführt, selbst wenn der Antrag auf Weiterzahlung erst nach Wegfall der befristeten Rente gestellt wurde. Waren die KVdR-Voraussetzungen dagegen bislang nicht erfüllt, beginnt diese frühestens mit dem Tag, an dem der Antrag auf Weiterzahlung gestellt wurde.

3.6.3 Antrag auf Weiterzahlung oder Wiedergewährung einer Waisenrente

Ein Antrag auf Weiterzahlung einer Waisenrente gilt nicht als neuer Rentenanspruch. Daher ist keine erneute Prüfung der KVdR-Vorversicherungszeit vorzunehmen, und zwar unabhängig davon, ob die Vorversicherungszeit bislang erfüllt war oder nicht. Eine Weiterzahlung liegt vor, wenn es nicht zur Zahlungseinstellung der Waisenrente kommt oder sich der erneute Beginn der Waisenrente - ggf. rückwirkend - unmittelbar an das Ende der bisherigen Rentenzahlung anschließt. Eine wegen Zahlungseinstellung beendete KVdR lebt bei Weiterzahlung der Waisenrente wieder auf, so dass eine ggf. nach Zahlungseinstellung geführte Familienversicherung, studentische oder freiwillige Krankenversicherung rückwirkend wieder verdrängt wird.

Ein Antrag auf Wiedergewährung einer Waisenrente ist dagegen stets als neuer Rentenanspruch zu werten, so dass eine erneute Prüfung der KVdR-Vorversicherungszeit vorzunehmen ist, unabhängig davon, ob diese bislang erfüllt war oder nicht. Eine Wiedergewährung liegt vor, wenn sich zwischen dem Wegfallzeitpunkt und dem Zeitpunkt des erneuten Beginns der Waisenrente eine zeitliche Lücke ergibt. Vom Tag der Antragstellung auf Wiedergewährung einer Waisenrente bis zur Entscheidung über den Rentenanspruch ist ggf. zunächst eine Mitgliedschaft als Rentenanspruchsteller (§ 189 SGB V) durchzuführen.

3.6.4 Hinzutritt einer Rente

Sind die Voraussetzungen zur Durchführung einer Pflichtversicherung in der KVdR bisher nicht, sondern erst durch den Hinzutritt einer weiteren Rente erfüllt, beginnt die KVdR bereits mit dem Tag der Rentenanspruchstellung.

Beispiel:

Rente aus eigener Versicherung seit	15.7.2005
- Vorversicherungszeit nicht erfüllt -	
Antrag auf Hinterbliebenenrente am	22.10.2009
- Vorversicherungszeit durch Verstorbenen erfüllt -	

Ergebnis:

Die Pflichtversicherung in der KVdR beginnt am 22.10.2009. Ab diesem Zeitpunkt sind aus der bereits bewilligten Rente Pflichtbeiträge nach § 237 SGB V zu erheben.

3.6.5 Wechsel von Teilrente in Vollrente

Bei einem Wechsel von einer Teilrente in eine Vollrente und umgekehrt handelt es sich nicht um einen neuen Rentenanspruch, wenn sich dieser Wechsel innerhalb derselben Leistungsart vollzieht. In diesen Fällen ist daher keine erneute Prüfung der Versicherungspflicht in der KVdR vorzunehmen, unabhängig davon, ob eine Versicherungspflicht bislang vorlag oder nicht.

4 Ausschluss der Versicherungspflicht

4.1 Allgemeines

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

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

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

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

Dagegen ist die Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 11, 11a und 12 SGB V vorrangig gegenüber einer Pflichtversicherung nach § 5 Absatz 1 Nr. 9, 10 oder 13 SGB V (Student/Praktikant ohne Arbeitsentgelt/zur Berufsausbildung Beschäftigter ohne Arbeitsentgelt/Auszubildender des Zweiten Bildungsweges, Person ohne anderweitigen Anspruch

auf Absicherung im Krankheitsfall), einer nicht aus § 5 Absatz 8 Satz 3 resultierenden Familienversicherung nach § 10 SGB V bzw. § 7 KVLG 1989 oder einer nicht nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nr. 6 SGB V bestehenden freiwilligen Versicherung.

4.2 Hauptberufliche selbständige Erwerbstätigkeit

Hauptberuflich ist eine selbständige Erwerbstätigkeit dann, wenn sie von der wirtschaftlichen Bedeutung und dem zeitlichen Aufwand her den Mittelpunkt der Erwerbstätigkeit darstellt. Zur Beurteilung ist auf die tatsächlichen Verhältnisse im jeweiligen Einzelfall abzustellen.

Merkmale für eine hauptberuflich ausgeübte selbständige Tätigkeit können die Anzeige bzw. Genehmigung eines Gewerbes (§§ 14 ff. GewO), die Beschäftigung von Arbeitnehmern im Betrieb oder der zeitliche Umfang der selbständigen Tätigkeit sein. Vom zeitlichen Umfang her ist eine selbständige Tätigkeit dann als hauptberuflich anzusehen, wenn sie mindestens 18 Stunden in der Woche umfasst. Dabei ist neben dem reinen Zeitaufwand für die eigentliche Ausübung der selbständigen Tätigkeit auch der zeitliche Aufwand für eventuell erforderliche Vor- und Nacharbeiten zu berücksichtigen. Bei geringerem Zeitaufwand als wöchentlich 18 Stunden ist die Annahme einer hauptberuflichen selbständigen Tätigkeit dann nicht ausgeschlossen, wenn die daraus erzielten Einnahmen die Hauptquelle zur Bestreitung des Lebensunterhalts bilden. In diese Beurteilung sind selbständige Tätigkeiten als land- oder forstwirtschaftlicher Unternehmer oder als Künstler oder Publizist einzubeziehen. § 5 Absatz 5 SGB V wirkt sich bei diesen Personengruppen praktisch nicht aus; sie sind nach den geltenden Sondervorschriften (§ 2 KVLG 1989, § 1 KSVG) versicherungspflichtig.

Für die Prüfung der Hauptberuflichkeit bei Rentnern und Rentenantragstellern ist das Arbeitseinkommen im Sinne des § 15 SGB IV maßgebend.

4.3 Anderweitige Versicherungspflicht

Versicherungspflicht in der KVdR tritt nach § 5 Absatz 8 SGB V nicht ein, wenn Rentner versicherungspflichtig sind als

- Arbeiter, Angestellte oder zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte (§ 5 Absatz 1 Nr. 1 SGB V),
- Leistungsbezieher nach dem SGB III (§ 5 Absatz 1 Nr. 2 SGB V, § 2 Absatz 1 Nr. 6 KVLG 1989),
- Bezieher von Arbeitslosengeld II (§ 5 Absatz 1 Nr. 2a SGB V, § 2 Absatz 1 Nr. 6 KVLG 1989),
- Landwirte, mitarbeitende Familienangehörige oder Altenteiler (§ 5 Absatz 1 Nr. 3 SGB V), soweit sich aus dem KVLG 1989 nichts anderes ergibt (vgl. B),
- Künstler oder Publizisten (§ 5 Absatz 1 Nr. 4 SGB V),
- Jugendliche, die in einer Einrichtung der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen (§ 5 Absatz 1 Nr. 5 SGB V),
- Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an Abklärungen der beruflichen Eignung oder Arbeitserprobung, es sei denn, die Maßnahmen werden nach den Vorschriften des BVG erbracht (§ 5 Absatz 1 Nr. 6 SGB V),
- Behinderte Menschen, die in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen oder in Blindenwerkstätten im Sinne des § 143 SGB IX oder für diese Einrichtungen in Heimarbeit tätig sind (§ 5 Absatz 1 Nr. 7 SGB V),
- Behinderte Menschen, die in Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen in gewisser Regelmäßigkeit eine Leistung erbringen, die einem Fünftel der Leistung eines voll erwerbsfähigen Beschäftigten in gleichartiger Beschäftigung entspricht; hierzu zählen auch Dienstleistungen für den Träger der Einrichtung (§ 5 Absatz 1 Nr. 8 SGB V)

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

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

Die Versicherungspflicht von Leistungsbeziehern nach dem SGB III, welche die KVdR verdrängt, wird ebenfalls nicht im Nachhinein dadurch berührt, dass der Anspruch z.B. auf Arbeitslosengeld nach § 142 SGB III in Folge der Zubilligung einer Rentenleistung rückwirkend entfällt und insoweit ein Erstattungsanspruch der Agentur für Arbeit gegenüber dem Rentenversicherungsträger entsteht (§ 5 Absatz 1 Nr. 2 2. Halbsatz SGB V). Vielmehr ergibt sich hier hinsichtlich der Krankenversicherungsbeiträge ein finanzieller Ausgleich zwischen der Agentur für Arbeit und dem Träger der Rentenversicherung nach § 335 Absatz 2 SGB III. Gleiches gilt nach § 40 Absatz 1 Satz 2 Nr. 3 SGB II für Bezieher von Arbeitslosengeld II.

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

Beispiel:

Familienversicherung seit Jahren	
Bezug von Arbeitslosengeld II seit	1.1.2009
Rentantrag am	2.4.2009
- Vorversicherungszeit für die KVdR ist erfüllt -	

Ergebnis:

Die Familienversicherung dauert zunächst über den 31.12.2008 hinaus an, da die Familienversicherung gegenüber der Versicherungspflicht als Bezieher von Arbeitslosengeld II vorrangig ist. Aufgrund des Rentenanspruches ist die Familienversicherung jedoch zum 1.4.2009 zu beenden, da eine Mitgliedschaft als Rentnantragsteller vorrangig gegenüber der Familienversicherung ist. Allerdings ist die Versicherungspflicht als Bezieher von Arbeitslosengeld II wiederum vorrangig gegenüber der Krankenversicherung der Rentner, so dass vom 2.4.2009 an Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 2a SGB V eintritt.

Bestand unmittelbar vor dem Bezug von Arbeitslosengeld II eine private Krankenversicherung oder war der Leistungsbezieher weder gesetzlich noch privat krankenversichert und hauptberuflich selbständig tätig oder versicherungsfrei im Sinne von § 6 Absatz 1 oder 2 SGB V ist nach § 5 Abs. 5a Satz 1 SGB V die Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 2a SGB V ausgeschlossen. Dies gilt auch, wenn der Bezieher von Arbeitslosengeld II bei Ausübung seiner beruflichen Tätigkeit im Inland zum vorgenannten Personenkreis gehört hätte. Von dieser Regelung sind Personen für die Dauer der Hilfebedürftigkeit ausgenommen, wenn bereits am 31. Dezember 2008 eine Pflichtmitgliedschaft nach § 5 Absatz 1 Nr. 2a SGB V bestand.

Insoweit bleibt nach § 5 Abs. 5a Satz 2 SGB V in Bestandsfällen bei erfüllten Voraussetzungen für eine Pflichtmitgliedschaft in der KVdR die Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 2a SGB V vorrangig bestehen. Für Sachverhalte, die ab dem 1. Januar 2009 erstmals zu beurteilen sind, richtet sich der Eintritt der Versicherungspflicht in der KVdR nach den Ausführungen unter Abschnitt A I 3.

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

Die Versicherungspflicht in der KVdR tritt nach § 5 Absatz 8 Satz 2 SGB V nicht ein, wenn der Rentner bzw. der familienversicherte Rentner zum Personenkreis des § 190 Absatz 11a SGB V gehört (vgl. A I 3.8).

4.5 Private Krankenversicherung

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

4.6 Auslandsaufenthalt

Nach § 3 Nr. 2 SGB IV kann es zur Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 11, 11a oder 12 SGB V nur für solche Personen kommen, die ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland haben. Bezieher von Renten aus

der gesetzlichen Rentenversicherung, die sich gewöhnlich im Ausland aufhalten, unterliegen damit grundsätzlich nicht der Versicherungspflicht in der KVdR. Dies gilt ebenso für die Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung.

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

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

Bei gewöhnlichem Aufenthalt in

- **einem ausländischen Staat, der die VO (EWG) Nr. 1408/71 anzuwenden hat,**

d. h. in Belgien, Bulgarien, Dänemark, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Großbritannien und Nordirland, Irland, Island, Italien, Lettland, Liechtenstein, Litauen, Luxemburg, Malta, Niederlande, Norwegen, Österreich, Polen, Portugal, Rumänien, Schweden, Schweiz, Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechien, Ungarn und Zypern (griechischer Teil), kann es aufgrund der deutschen Rente/des deutschen Rentenanspruchs sowohl zur Versicherungspflicht in der deutschen KVdR als auch in der sozialen Pflegeversicherung kommen⁶. Voraussetzung hierfür ist, dass die Vorversicherungszeit erfüllt ist (vgl. A I 3.3.4.1) und nach dem Recht des ausländischen Wohnstaates kein Anspruch auf Leistungen im Falle der Krankheit besteht (aufgrund einer Rente dieses Staates oder aufgrund einer Beschäftigung/Tätigkeit).

Beispiel:

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

Ergebnis:

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

- **Bosnien und Herzegowina, Kosovo, Kroatien, Mazedonien, Montenegro, Serbien, der Türkei oder Tunesien** kann es aufgrund der deutschen Rente/des deutschen Rentenanspruches zur Versicherungspflicht in der deutschen KVdR (nicht hingegen in der sozialen Pflegeversicherung) kommen. Voraussetzung hierfür ist, dass die Vorversicherungszeit erfüllt ist (vgl. A I 3.3.4.2) und allein eine deutsche Rente bezogen wird.

Besteht hingegen auch Anspruch auf eine Rente des ausländischen Wohnstaates, oder wird im Wohnstaat eine Beschäftigung/Tätigkeit ausgeübt, die dort zu einem Anspruch auf Leistungen bei Krankheit führt, kommt es nicht zur deutschen KVdR.

4.7 Rückkehr aus dem Ausland

Für Rentner, die nur deshalb nicht in der deutschen KVdR/sozialen Pflegeversicherung versichert waren, weil sie sich gewöhnlich im Ausland aufhielten, kommt es bei Rückwanderung nach Deutschland zu den vorgenannten Pflichtversicherungen.

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

Für die übrigen Rentner ist vom 1. April 2007 an zu prüfen, ob es zu einer Pflichtmitgliedschaft nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V kommen kann.

⁶ Ausnahmen können sich für Drittstaatsangehörige im Verhältnis zu Dänemark, Island, Liechtenstein, Norwegen und die Schweiz ergeben. Einzelheiten hierzu siehe Rundschreiben Nr. 36/2003 der DVKA vom 30. Mai 2003.

II Versicherungsfreiheit

§ 6 SGB V

Versicherungsfreiheit

(1) Versicherungsfrei sind

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

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

(3) Die nach Absatz 1 oder anderen gesetzlichen Vorschriften mit Ausnahme von Absatz 2 und § 7 versicherungsfreien oder von der Versicherungspflicht befreiten Personen bleiben auch dann versicherungsfrei, wenn sie eine der in § 5 Absatz 1 Nr. 1 oder 5 bis 13 genannten Voraussetzungen erfüllen. Dies gilt nicht für die in Absatz 1 Nr. 3 genannten Personen, solange sie während ihrer Beschäftigung versicherungsfrei sind.

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

(4) ...

(5) aufgehoben

(6) Die Jahresarbeitsentgeltgrenze nach Absatz 1 Nr. 1 beträgt im Jahr 2003 45.900 Euro. Sie ändert sich zum 1. Januar eines jeden Jahres in dem Verhältnis, in dem die Bruttolohn- und -gehaltssumme je durchschnittlich beschäftigten Arbeitnehmer im vergangenen Kalenderjahr zur entsprechenden Bruttolohn- und -gehaltssumme im vorvergangenen Kalenderjahr steht. Die veränderten Beträge werden nur für das Kalenderjahr, für das die Jahresarbeitsentgeltgrenze bestimmt wird, auf das nächsthöhere Vielfache von 450 aufgerundet. Die Bundesregierung setzt die Jahresarbeitsentgeltgrenze in der Rechtsverordnung nach § 160 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch fest.

(7) Abweichend von Absatz 6 Satz 1 beträgt die Jahresarbeitsentgeltgrenze für Arbeiter und Angestellte, die am 31. Dezember 2002 wegen Überschreitens der an diesem Tag geltenden Jahresarbeitsentgeltgrenze versicherungsfrei und bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen in einer substitutiven Krankenversicherung versichert waren, im Jahr 2003 41.400 Euro. Absatz 6 Satz 2 bis 4 gilt entsprechend.

(8) - (9) ...

1 Allgemeines

Unter den in § 6 SGB V genannten Voraussetzungen sind bestimmte Personen, die eigentlich der Versicherungspflicht unterliegen, kraft Gesetzes versicherungsfrei. Die Versicherungsfreiheit schließt auch die Mitgliedschaft in der KVdR aus.

2 Personenkreis

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

Nach § 6 Absatz 1 Nr. 1 SGB V sind Arbeitnehmer, deren Jahresarbeitsentgelt die Jahresarbeitsentgeltgrenze überschreitet und in drei aufeinander folgenden Kalenderjahren überstiegen hat, versicherungsfrei. Hierbei wird zwischen der Jahresarbeitsentgeltgrenze für Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 6 Absatz 6 SGB V) bzw. Versicherten bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen, die bereits am 31. Dezember 2002 dort versichert waren (§ 6 Absatz 7 SGB V), unterschieden.

Versicherungsfrei sind auch die Hinterbliebenen von Beamten, beamtenähnlichen Personen und Pensionären, wenn sie ihren Rentenanspruch nur von dem Verstorbenen ableiten und nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe haben (vgl. § 6 Absatz 2 SGB V). Beziehen sie eine Rente aus eigener Rentenversicherung oder haben sie eine solche beantragt, kommt Versicherungsfreiheit nach § 6 Absatz 2 SGB V für sie nicht in Betracht; ggf. können aber die Voraussetzungen für eine Versicherungsfreiheit nach § 6 Absatz 1 Nr. 1, 2 und 4 bis 8 SGB V gegeben sein.

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

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

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

Für Hinterbliebene, die seit Jahren privat krankenversichert sind, weil sie die KVdR-Voraussetzungen bei einem eigenen Rentenbezug nicht erfüllt haben, gilt § 6 Absatz 3a SGB V auch dann, wenn sie bei Beantragung einer Hinterbliebenenrente nach § 5 Absatz 1 Nr. 11 i.V.m. Absatz 2 Satz 2 SGB V Mitglied in der KVdR werden könnten, weil die KVdR-Vorversicherungszeit über den Verstorbenen erfüllt ist.

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

Beispiel 1:

Hinterbliebenenrentenantrag am	20.7.2009
- KVdR-Vorversicherungszeit ist über den Verstorbenen erfüllt -	
Die 1944 geborene Hinterbliebene war aufgrund einer hauptberuflich selbständigen Tätigkeit privat krankenversichert seit	1.4.1999

Ergebnis:

Durch den Rentenantrag tritt ab dem 20.7.2009 grundsätzlich eine Pflichtmitgliedschaft in der KVdR ein. Da die Hinterbliebene jedoch das 55. Lebensjahr vollendet hat, innerhalb der letzten fünf Jahre vor Beginn der Versicherungspflicht (20.7.2004 bis 19.7.2009) nicht gesetzlich krankenversichert und wenigstens die Hälfte dieser Zeit nach § 5 Absatz 5 SGB V nicht versicherungspflichtig war, besteht Versicherungsfreiheit nach § 6 Absatz 3a SGB V.

Beispiel 2:

Eigener Rentenbezug seit	1.3.2002
Hinterbliebenenrentenantrag am	23.7.2009
- KVdR-Vorversicherungszeit ist über den Verstorbenen erfüllt -	

Die am 16.2.1935 geborene Hinterbliebene war wegen Nichterfüllung der KVdR-Vorversicherungszeit seit dem 1.3.2002 privat krankenversichert.

Ergebnis:

Bei wörtlicher Auslegung des § 6 Absatz 3a SGB V müsste die Rentnerin in die KVdR aufgenommen werden, da sie in den letzten 5 Jahren weder versicherungsfrei, noch von der Versicherungspflicht befreit, noch hauptberuflich selbständig war, sondern wegen Nichterfüllung der KVdR-Vorversicherungszeit nicht versicherungspflichtig war.

Eine Mitgliedschaft in der KVdR wird aufgrund der Hinterbliebenenrente nicht begründet, da der Gesetzgeber mit der Einführung des § 6 Absatz 3a SGB V eine klare Abgrenzung zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung verfolgte. Die Aufnahme langjährig privat versicherter Personen über die Regelung des § 5 Absatz 1 Nr. 11 i.V.m. Absatz 2 Satz 2 SGB V liefe dem Abgrenzungsgedanken zuwider.

Beispiel 3:

Zuzug eines anerkannten Spätaussiedlers am	15.3.2005
Ausübung einer hauptberuflich selbständigen Tätigkeit vom	1.11.2003 bis 17.9.2009
Antrag auf Regelaltersrente am	18.9.2009

Ergebnis:

Ab dem 18.9.2009 tritt nach § 5 Absatz 1 Nr. 12 SGB V Versicherungspflicht in der KVdR ein. Zwar bestand innerhalb der letzten fünf Jahre (18.9.2004 bis 17.9.2009) keine gesetzliche Krankenversicherung und auch in der Hälfte dieses Zeitraums nach § 5 Absatz 5 SGB V keine Versicherungspflicht, jedoch werden die Zeiten der "Nichtversicherung" im Herkunftsland vom 18.9.2004 bis 14.3.2005 nicht auf die Fünf-Jahres-Frist angerechnet. Somit ist nur eine der Voraussetzungen des § 6 Absatz 3a SGB V erfüllt.

Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung, die am 1. Juli 2000 bereits 55 Jahre alt und versicherungspflichtig waren, bleiben weiterhin versicherungspflichtig.

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

3 Ende der Versicherungsfreiheit

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

III Befreiung von der Versicherungspflicht

§ 8 SGB V

Befreiung von der Versicherungspflicht

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

- 1. wegen Änderung der Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Absatz 6 Satz 2 oder Absatz 7,**
- 1a. durch den Bezug von Arbeitslosengeld oder Unterhaltsgeld (§ 5 Absatz 1 Nr. 2) und in den letzten fünf Jahren vor dem Leistungsbezug nicht gesetzlich krankenversichert war, wenn er bei einem Krankenversicherungsunternehmen versichert ist und Vertragsleistungen erhält, die der Art und dem Umfang nach den Leistungen dieses Buches entsprechen,**
- 2. durch Aufnahme einer nicht vollen Erwerbstätigkeit nach § 2 des Bundeserziehungsgeldgesetzes oder nach § 1 Absatz 6 Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetzes während der Elternzeit; die Befreiung erstreckt sich nur auf die Zeit der Elternzeit,**
- 2a. durch Herabsetzung der regelmäßigen Wochenarbeitszeit während der Pflegezeit nach § 3 des Pflegezeitgesetzes; die Befreiung erstreckt sich nur auf die Dauer der Pflegezeit,**
- 3. weil seine Arbeitszeit auf die Hälfte oder weniger als die Hälfte der regelmäßigen Wochenarbeitszeit vergleichbarer Vollbeschäftigter des Betriebes herabgesetzt wird; dies gilt auch für Beschäftigte, die im Anschluss an ihr bisheriges Beschäftigungsverhältnis bei einem anderen Arbeitgeber ein Beschäftigungsverhältnis aufnehmen, das die Voraussetzungen des vorstehenden Halbsatzes erfüllt; Voraussetzung ist ferner, dass der Beschäftigte seit mindestens fünf Jahren wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze versicherungsfrei ist,**
- 4. durch den Antrag auf Rente oder den Bezug von Rente oder die Teilnahme an einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben (§ 5 Absatz 1 Nr. 6, 11 oder 12),**
- 5. durch die Einschreibung als Student oder die berufspraktische Tätigkeit (§ 5 Absatz 1 Nr. 9 oder 10),**
- 6. durch die Beschäftigung als Arzt im Praktikum,**
- 7. durch die Tätigkeit in einer Einrichtung für behinderte Menschen (§ 5 Absatz 1 Nr. 7 oder 8).**

(2) Der Antrag ist innerhalb von drei Monaten nach Beginn der Versicherungspflicht bei der Krankenkasse zu stellen. Die Befreiung wirkt vom Beginn der Versicherungspflicht an, wenn seit diesem Zeitpunkt noch keine Leistungen in Anspruch genommen wurden, sonst vom Beginn des Kalendermonats an, der auf die Antragstellung folgt. Die Befreiung kann nicht widerrufen werden.

1 Allgemeines

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

Eine Befreiung von der Versicherungspflicht in der KVdR zu Gunsten einer freiwilligen Krankenversicherung nach § 9 SGB V, einer Familienversicherung nach § 10 SGB V oder für die Zeit ab 1. April 2007 einer Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V ist ausgeschlossen.

Rentner oder Rentenantragsteller, deren Versicherungspflicht in der KVdR durch eine Vorrangversicherung verdrängt war, können sich von der Versicherungspflicht in der KVdR nach § 8 Absatz 1 Nr. 4 und Absatz 2 SGB V befreien lassen, wenn die Vorrangversicherung entfällt.

2 Antragstellung

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

Beispiel:

Rentantrag am	18.6.2009
Beginn der Versicherungspflicht am	18.6.2009
Beginn der Antragsfrist am	19.6.2009
Ende der Antragsfrist am	18.9.2009

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

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

Die in § 8 Absatz 2 SGB V genannte Frist ist eine von Amts wegen zu beachtende Ausschlussfrist, die eine Wiedereinsetzung in den vorigen Stand selbst dann nicht zulässt, wenn der Berechtigte ohne sein Verschulden an der Einhaltung der Frist gehindert war.

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

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

3 Befreiungsbescheid

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

4 Wirkung der Befreiung

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

Beispiel 1:

Rentantrag und Beginn der Rentenantragstellermemberschaft am	10.4.2009
Antrag auf Befreiung von der Versicherungspflicht am	16.4.2009
Beginn der Antragsfrist am	11.4.2009
Ende der Antragsfrist am	10.7.2009
Die Befreiung wirkt vom	10.4.2009

Beispiel 2:

Rentantrag und Beginn der Rentenantragstellermemberschaft am	16.4.2009
Antrag auf Befreiung von der Versicherungspflicht am	7.5.2009

Der Versicherte ist am 4.5.2009 noch von seinem Hausarzt für Rechnung der Krankenkasse behandelt worden.

Beginn der Antragsfrist am	17.4.2009
Ende der Antragsfrist am	16.7.2009
Die Befreiung wirkt vom	1.6.2009

Beispiel 3:

Rentantrag und Beginn der Rentenantragstellermemberschaft am	10.4.2009
Antrag auf Befreiung von der Versicherungspflicht am	6.7.2009

Der bisher familienversicherte Sohn hat am 26.6.2009 eine Leistung für Rechnung der Krankenkasse erhalten.

Beginn der Antragsfrist am	11.4.2009
Ende der Antragsfrist am	10.7.2009
Die Befreiung wirkt vom	1.8.2009

Die Befreiung von der Versicherungspflicht in der KVdR kann nicht widerrufen werden (§ 8 Absatz 2 SGB V).

Die Befreiung gilt für die Dauer des Rentenverfahrens bzw. des Rentenbezugs. Sie wirkt auch weiter, wenn z.B. im Anschluss an eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit eine Altersrente gezahlt wird.

Beantragt ein von der Versicherungspflicht in der KVdR befreiter Rentner eine weitere Rente, dann gilt die zu der ersten Rente ausgesprochene Befreiung auch für die zweite Rente (z.B. zu einer Altersrente tritt eine Witwenrente). Unterbrechungen in der Rentenzahlung haben keine Auswirkung auf diesen Befreiungstatbestand. Insoweit ist auch nicht zu unterscheiden, ob im Anschluss an die Unterbrechung die selbe Rente weitergezahlt oder wieder gewährt wird.

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

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

IV Freiwillige Versicherung/Familienversicherung

§ 9 SGB V

Freiwillige Versicherung

(1) Der Versicherung können beitreten

1. **Personen, die als Mitglieder aus der Versicherungspflicht ausgeschieden sind und in den letzten fünf Jahren vor dem Ausscheiden mindestens vierundzwanzig Monate oder unmittelbar vor dem Ausscheiden ununterbrochen mindestens zwölf Monate versichert waren; Zeiten der Mitgliedschaft nach § 189 und Zeiten in denen eine Versicherung allein deshalb bestanden hat, weil Arbeitslosengeld II zu Unrecht bezogen wurde, werden nicht berücksichtigt,**

2. **Personen, deren Versicherung nach § 10 erlischt oder nur deswegen nicht besteht, weil die Voraussetzungen des § 10 Absatz 3 vorliegen, wenn sie oder der Elternteil, aus dessen Versicherung die Familienversicherung abgeleitet wurde, die in Nummer 1 genannte Vorversicherungszeit erfüllen,**
3. **aufgehoben**
4. - 5. ...
6. **innerhalb von sechs Monaten nach dem Eintritt der Versicherungspflicht Bezieher einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung, die nach dem 31. März 2002 nach § 5 Absatz 1 Nr. 11 versicherungspflichtig geworden sind, deren Anspruch auf Rente schon an diesem Tag bestand, die aber nicht die Vorversicherungszeit nach § 5 Absatz 1 Nr. 11 in der seit dem 1. Januar 1993 geltenden Fassung erfüllt hatten und die deswegen bis zum 31. März 2002 freiwillige Mitglieder waren.**
7. - 8. ...

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

- (2) **Der Beitritt ist der Krankenkasse innerhalb von drei Monaten anzuzeigen,**
1. **im Falle des Absatzes 1 Nr. 1 nach Beendigung der Mitgliedschaft,**
 2. **im Falle des Absatzes 1 Nr. 2 nach Beendigung der Versicherung oder nach Geburt des Kindes,**
 3. **aufgehoben**
 4. - 5. ...

§ 10 SGB V

Familienversicherung

- (1) **Versichert sind der Ehegatte, der Lebenspartner und die Kinder von Mitgliedern sowie die Kinder von familienversicherten Kindern, wenn diese Familienangehörigen**
1. - 3. ...
 4. **nicht hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind**
 5. **kein Gesamteinkommen haben, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches überschreitet; bei Renten wird der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt; für geringfügig Beschäftigte nach § 8 Absatz 1 Nr. 1, § 8a des Vierten Buches beträgt das zulässige Gesamteinkommen 400 Euro.**

Eine hauptberufliche selbständige Tätigkeit im Sinne des Satzes 1 Nr. 4 ist nicht deshalb anzunehmen, weil eine Versicherung nach § 1 Abs. 3 des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte vom 29. Juli 1994 (BGBl. I S. 1890, 1891) besteht. Das Gleiche gilt bis zum 31. Dezember 2013 für eine Tagespflegeperson, die bis zu fünf gleichzeitig anwesende, fremde Kinder in Tagespflege betreut. Ehegatten und Lebenspartner sind für die Dauer der Schutzfristen nach § 3 Abs. 2 und § 6 Abs. 1 des Mutterschutzgesetzes sowie der Elternzeit nicht versichert, wenn sie zuletzt vor diesen Zeiträumen nicht gesetzlich krankenversichert waren.

(2) - (6) ...

§ 188 SGB V

Beginn der freiwilligen Mitgliedschaft

(1) ...

(2) Die Mitgliedschaft der in § 9 Absatz 1 Nr. 1 und 2 genannten Versicherungsberechtigten beginnt mit dem Tag nach dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht oder mit dem Tag nach dem Ende der Versicherung nach § 10. Die Mitgliedschaft der in § 9 Absatz 1 Nr. 6 genannten Versicherungsberechtigten beginnt mit dem Eintritt der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 11.

(3) Der Beitritt ist schriftlich zu erklären.

§ 309 SGB V

Versicherter Personenkreis

(1) Soweit Vorschriften dieses Buches

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

2. ...

(2) - (4) aufgehoben

(5) ...

§ 6 KVLG 1989

Freiwillige Versicherung

(1) Der Versicherung können beitreten

1. Personen, die aus der Versicherungspflicht nach diesem Gesetz ausgeschieden sind und in den letzten fünf Jahren vor dem Ausscheiden mindestens vierundzwanzig Monate oder unmittelbar vor dem Ausscheiden ununterbrochen mindestens zwölf Monate versichert waren; Zeiten der Mitgliedschaft nach § 23 und Zeiten in denen eine Mitgliedschaft deshalb bestanden hat, weil Arbeitslosengeld II zu Unrecht bezogen wurde, werden nicht berücksichtigt,

2. Personen, deren Versicherung nach § 7 erlischt oder nur deswegen nicht besteht, weil die Voraussetzungen des § 10 Absatz 1 Satz 1 Nr. 4 oder Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vorliegen, wenn sie oder der Elternteil, aus dessen Versicherung die Familienversicherung abgeleitet wurde, die in Nummer 1 genannte Vorversicherungszeit erfüllen.

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

(2) ...

§ 7 KVLG 1989

Familienversicherung

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

(2) Die Satzung kann die Familienversicherung auf sonstige Angehörige erstrecken, die mit dem Versicherten in häuslicher Gemeinschaft leben, von ihm ganz oder überwiegend unterhalten werden, sich gewöhnlich im Inland aufhalten und kein Gesamteinkommen haben, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch überschreitet; bei Renten wird der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt; für geringfügig Beschäftigte nach § 8 Absatz 1 Nr. 1, § 8a des Vierten Buches beträgt das zulässige Gesamteinkommen 400 Euro.

§ 20 SGB XI

Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung für Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung

(1) - (2) ...

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

(4) ...

§ 25 SGB XI

Familienversicherung

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

1. - 4. ...

5. **kein Gesamteinkommen haben, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches überschreitet; bei Renten wird der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt; für geringfügig Beschäftigte nach § 8 Absatz 1 Nr. 1, § 8a des Vierten Buches beträgt das zulässige Gesamteinkommen 400 Euro.**

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

(2) - (4) ...

1 Allgemeines

Familienversicherte, die einen Rentenantrag stellen und die Voraussetzungen für die Versicherungspflicht in der KVdR nicht erfüllen, bleiben bis zum Beginn des Monats, für den die Rente erstmalig laufend gezahlt wird, beitragsfrei in der Familienversicherung versichert. Der weitere Anspruch auf eine Familienversicherung ist - unter Berücksichtigung der sonstigen in § 10 SGB V und § 25 SGB XI geforderten Voraussetzungen - davon abhängig, dass das Gesamteinkommen des Rentners unter Berücksichtigung des Zahlbetrags der Rente regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 SGB IV, bei geringfügig Beschäftigten nach § 8 Absatz 1 Nr. 1, § 8a SGB IV gilt ein Betrag von 400 Euro, nicht überschreitet. Bei der Prüfung der Einkommensgrenze ist - im Gegensatz zum Beitragsrecht - zu beachten, dass bei Renten der gesetzlichen Rentenversicherung der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil Berücksichtigung findet.

Rentner, die die Voraussetzungen für die Versicherungspflicht in der KVdR nicht erfüllen oder als Mitglieder aus der KVdR bzw. aus der Familienversicherung ausscheiden, können sich im Rahmen des § 9 SGB V freiwillig versichern. Dafür sind die in dieser Vorschrift genannten Voraussetzungen zu erfüllen.

Freiwillig krankenversicherte Rentner sind nach § 20 Absatz 3 SGB XI versicherungspflichtig in der sozialen Pflegeversicherung.

Ein Ausscheiden aus der Mitgliedschaft als Rentnantragsteller nach § 189 SGB V berechtigt allerdings nicht ohne weiteres zum freiwilligen Beitritt; das Recht zur freiwilligen Versicherung besteht vielmehr nur dann, wenn bis zum Beginn der Mitgliedschaft nach § 189 SGB V die Vorversicherungszeit nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 oder 2 SGB V erfüllt war

bzw. bis dahin eine freiwillige Versicherung bestanden hat. Eine Weiterversicherung in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung ist nur bei Erfüllen der Vorversicherungszeit des § 6 Absatz 1 Nr. 1 oder 2 KVLG 1989 möglich.

Der freiwilligen Krankenversicherung konnten nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nr. 6 SGB V auch bisher freiwillig versicherte Rentner beitreten, die aufgrund des Beschlusses des Bundesverfassungsgerichts vom 15. März 2000 ab dem 1. April 2002 nach § 5 Absatz 1 Nr. 11 SGB V versicherungspflichtig in der KVdR wurden, wenn die hierfür erforderlichen Voraussetzungen erfüllt waren. Ergänzend hierzu wird auf die Ausführungen unter A I 1.2 verwiesen.

2 Vorversicherungszeit

Der aus der Pflichtversicherung oder Familienversicherung ausgeschiedene Rentner kann sich nur dann freiwillig versichern, wenn er eine gewisse Vorversicherungszeit in der gesetzlichen Krankenversicherung zurückgelegt hat. Gefordert wird - abgestellt auf das Ausscheiden aus der KVdR - eine Versicherung von

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

Zu beachten ist, dass für die Vorversicherungszeit nach § 9 SGB V oder § 6 KVLG 1989 Zeiten der Mitgliedschaft nach § 189 SGB V nur dann berücksichtigt werden können, wenn ohne die Rentenantragstellermemberschaft eine Familienversicherung bestanden hätte.

3 Anzeigefrist

Der Beitritt zur gesetzlichen Krankenversicherung muss der Krankenkasse innerhalb von drei Monaten nach Beendigung der Mitgliedschaft in der KVdR angezeigt werden. Die Anzeigefrist berechnet sich nach § 26 Absatz 1 SGB X i.V.m. §§ 187, 188, 193 BGB. Da der Rentenanspruch und damit auch die Mitgliedschaft in der KVdR regelmäßig mit dem Ablauf eines Monats endet, beginnt die Anzeigefrist in diesen Fällen stets mit dem Ersten des Folgemonats; sie dauert bis zum Ablauf des letzten Tages des dritten Monats. Bei der Anzeigefrist handelt es sich um eine Ausschlussfrist.

V Krankenkassenwahlrecht/-zuständigkeit

§ 53 SGB V

Wahltarife

(1) - (7) ...

(8) Die Mindestbindungsfrist für Wahltarife mit Ausnahme der Tarife nach Absatz 3 beträgt drei Jahre. Abweichend von § 175 Absatz 4 kann die Mitgliedschaft frühestens zum Ablauf der dreijährigen Mindestbindungsfrist gekündigt werden. Die Satzung hat für Tarife ein Sonderkündigungsrecht in besonderen Härtefällen vorzusehen. Die Prämienzahlung an Versicherte darf bis zu 20 vom Hundert, für einen oder mehrere Tarife einschließlich Prämienzahlungen nach § 242 30 vom Hundert der vom Mitglied im Kalenderjahr getragenen Beiträge mit Ausnahme der Beitragszuschüsse nach § 106 des Sechsten Buches sowie § 257 Absatz 1 Satz 1, jedoch nicht mehr als 600 Euro, bei einem oder mehreren Tarifen einschließlich Prämienzahlungen nach § 242 900 Euro jährlich betragen. Satz 4 gilt nicht für Versicherte, die Teilkostenerstattung nach § 14 gewählt haben. Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können nur Tarife nach Absatz 3 wählen.

(9) ...

§ 173 SGB V

Allgemeine Wahlrechte

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

(2) Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte können wählen

1. die Ortskrankenkasse des Beschäftigungs- oder Wohnorts,
2. jede Ersatzkasse, deren Zuständigkeit sich nach der Satzung auf den Beschäftigungs- oder Wohnort erstreckt,
3. die Betriebs- oder Innungskrankenkasse, wenn sie in dem Betrieb beschäftigt sind, für den die Betriebs- oder die Innungskrankenkasse besteht,
4. die Betriebs- oder Innungskrankenkasse, wenn die Satzung der Betriebs- oder Innungskrankenkasse dies vorsieht,
- 4a. die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See⁷,
5. die Krankenkasse, bei der vor Beginn der Versicherungspflicht oder Versicherungsberechtigung zuletzt eine Mitgliedschaft oder eine Versicherung nach § 10 bestanden hat,
6. die Krankenkasse, bei der der Ehegatte versichert ist.

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

(2a) - (3)...

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

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

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

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

§ 174 SGB V

Besondere Wahlrechte

(1) aufgehoben

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

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

⁷ Entsprechend der Gesetzesbegründung zum § 167 SGB V kann die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See die Krankenversicherung unter einem in der Satzung festgelegten Namen durchführen. Sofern in den angeführten Gesetzestexten die „Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See“ genannt ist, handelt es sich daher um die Knappschaft.

(4) aufgehoben

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

§ 175 SGB V

Ausübung des Wahlrechts

(1) Die Ausübung des Wahlrechts ist gegenüber der gewählten Krankenkasse zu erklären. Diese darf die Mitgliedschaft nicht ablehnen. Das Wahlrecht kann nach Vollendung des 15. Lebensjahres ausgeübt werden.

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

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

(4) Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte sind an die Wahl der Krankenkasse mindestens 18 Monate gebunden, wenn sie das Wahlrecht ab dem 1. Januar 2002 ausüben⁸. Eine Kündigung der Mitgliedschaft ist zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats möglich, gerechnet von dem Monat, in dem das Mitglied die Kündigung erklärt. Die Krankenkasse hat dem Mitglied unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Kündigung eine Kündigungsbestätigung auszustellen. Die Kündigung wird wirksam, wenn das Mitglied innerhalb der Kündigungsfrist eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse durch eine Mitgliedsbescheinigung oder das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall nachweist. Erhebt die Krankenkasse ab dem 1. Januar 2009 einen Zusatzbeitrag, erhöht sie ihren Zusatzbeitrag oder verringert sie ihre Prämienzahlung, kann die Mitgliedschaft abweichend von Satz 1 bis zur erstmaligen Fälligkeit der Beitragserhebung, der Beitragserhöhung oder der Prämienverringerung gekündigt werden. Die Krankenkasse hat ihre Mitglieder auf das Kündigungsrecht nach Satz 5 spätestens einen Monat vor erstmaliger Fälligkeit hinzuweisen. Kommt die Krankenkasse ihrer Hinweispflicht nach Satz 6 gegenüber einem Mitglied verspätet nach, verschiebt sich für dieses Mitglied die Erhebung oder die Erhöhung des Zusatzbeitrages und die Frist für die Ausübung des Sonderkündigungsrechts um den entsprechenden Zeitraum. Die Sätze 1 und 4 gelten nicht, wenn die Kündigung eines Versicherungsberechtigten erfolgt, weil die Voraussetzungen einer Versicherung nach § 10 erfüllt sind, Satz 1 gilt nicht, wenn die Kündigung erfolgt, weil keine Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse begründet werden soll. Die Krankenkassen können in ihrer Satzung vorsehen, dass die Frist nach Satz 1 nicht gilt, wenn eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse der gleichen Kassenart begründet werden soll. Die Kündigung der Mitgliedschaft durch eine Person, die am 2. Februar 2007 oder später erfolgt, um in ein privates Krankenversicherungsunternehmen zu wechseln, ist unwirksam, wenn die Voraussetzungen des § 6 Absatz 1 Nr. 1 zu diesem Zeitpunkt nicht vorliegen.

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

⁸ Nach § 53 Absatz 8 Satz 2 SGB V kann die Mitgliedschaft abweichend von § 175 Absatz 4 Satz 1 SGB V frühestens zum Ablauf der dreijährigen Mindestbindungsfrist an einen Wahltarif nach § 53 Absatz 1, 2, 4, 5, 6 und 7 SGB V gekündigt werden.

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

§ 186 SGB V

Beginn der Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger

(1) – (9) ...

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

(11) ...

§ 191 SGB V

Ende der freiwilligen Mitgliedschaft

Die freiwillige Mitgliedschaft endet

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

§ 24 KVLG 1989

Ende der Mitgliedschaft

(1) ...

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

§ 48 SGB XI

Zuständigkeit für Versicherte einer Krankenkasse und sonstige Versicherte

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

(2) - (3) ...

1 Allgemeines

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

Grundsätzlich können alle in der KVdR versicherungspflichtigen Rentner und Rentenantragsteller, die das 15. Lebensjahr vollendet haben, zwischen den in § 173 und § 174 SGB V genannten Krankenkassen wählen. Abgesehen von der Sonderzuständigkeit der landwirtschaftlichen Krankenkasse ist damit eine Krankenkassenzuständigkeit kraft Gesetzes nicht vorgesehen.

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

Die §§ 173 bis 175 SGB V gelten nicht für die landwirtschaftlichen Krankenkassen; ein Antrag auf Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung allein oder der alleinige Bezug einer solchen Rente kann eine Mitgliedschaft in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung nicht begründen. Für die Fälle, in denen die Voraussetzungen

sowohl

- für eine Mitgliedschaft als Antragsteller auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder
- für die Versicherungspflicht als Rentenbezieher nach § 5 Absatz 1 Nr. 11, 11a oder 12 SGB V als auch
- für eine Versicherungspflicht nach dem KVLG 1989 (einschließlich der Versicherungspflicht als Bezieher einer Rente aus der Alterssicherung der Landwirte) oder
- für eine Mitgliedschaft als Antragsteller auf eine Rente aus der Alterssicherung der Landwirte

erfüllt sind, enthält Abschnitt B nähere Ausführungen; insbesondere die §§ 3 und 23 KVLG 1989 sind zu beachten.

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

2 Krankenkassenzuständigkeit kraft Wahl

2.1 Allgemeines

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

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

2.2 AOK des Wohnortes

Rentner und Rentenantragsteller können nach § 173 Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V beantragen, Mitglied der AOK ihres Wohnortes zu werden. Als Wohnort gilt dabei der Wohnsitz oder der gewöhnliche Aufenthalt im Sinne des § 30 Absatz 3 SGB I.

2.3 Ersatzkassen

Rentner und Rentenantragsteller können nach § 173 Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V für die Durchführung der KVdR jede Ersatzkasse wählen, deren Zuständigkeitsbereich sich nach der Satzung auf den Wohnort des Versicherten erstreckt.

2.4 Betriebskrankenkassen

Rentner und Rentenantragsteller können nach § 173 Absatz 2 Satz 1 Nr. 4 SGB V die Betriebskrankenkasse wählen, wenn die Satzung der Betriebskrankenkasse dies vorsieht. Die Mitgliedschaft bei einer Betriebskrankenkasse ist daher nur möglich, wenn diese geöffnet ist und der Rentner/Rentenantragsteller im Krankenkassenbezirk der jeweiligen Betriebskrankenkasse wohnt.

Zusätzlich können versicherungspflichtige Rentner und Rentenantragsteller eine Betriebskrankenkasse wählen, wenn sie in dem Betrieb beschäftigt gewesen sind, für den diese Betriebskrankenkasse besteht (§ 173 Absatz 5 SGB V). Dabei kommt es nicht darauf an, ob sie während des Beschäftigungsverhältnisses tatsächlich bei der Betriebskrankenkasse versichert waren. Außerdem muss es sich nicht um eine zuletzt ausgeübte Beschäftigung handeln.

Versicherungspflichtige Rentner und Rentenantragsteller, die vor dem Rentenbezug bei einer Betriebskrankenkasse beschäftigt waren, können diese Betriebskrankenkasse wählen; ferner können die vor dem Rentenbezug bei einem Verband der Betriebskrankenkassen Beschäftigten jede Betriebskrankenkasse am Wohnort wählen (§ 174 Absatz 2 und 3 SGB V).

2.5 Innungskrankenkassen

Rentner und Rentenantragsteller können nach § 173 Absatz 2 Satz 1 Nr. 4 SGB V die Innungskrankenkasse wählen, wenn die Satzung der Innungskrankenkasse dies vorsieht. Die Mitgliedschaft bei einer Innungskrankenkasse ist daher nur möglich, wenn diese geöffnet ist und der Rentner/Rentenantragsteller im Krankenkassenbezirk der jeweiligen Innungskrankenkasse wohnt.

Zusätzlich können versicherungspflichtige Rentner und Rentenantragsteller eine Innungskrankenkasse wählen, wenn sie in dem Betrieb beschäftigt gewesen sind, für den diese Innungskrankenkasse besteht (§ 173 Absatz 5 SGB V). Dabei kommt es nicht darauf an, ob sie während des Beschäftigungsverhältnisses tatsächlich bei der Innungskrankenkasse versichert waren. Außerdem muss es sich nicht um eine zuletzt ausgeübte Beschäftigung handeln.

Versicherungspflichtige Rentner und Rentenantragsteller, die vor dem Rentenbezug bei einer Innungskrankenkasse beschäftigt waren, können diese Innungskrankenkasse wählen; ferner können die vor dem Rentenbezug bei einem Verband der Innungskrankenkassen Beschäftigten jede Innungskrankenkasse am Wohnort wählen (§ 174 Absatz 2 und 3 SGB V).

2.6 Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See (Knappschaft)

Rentner und Rentenantragsteller können nach § 173 Absatz 2 Satz 1 Nr. 4a SGB V die Knappschaft für die Durchführung der KVdR wählen.

2.7 "Letzte" Krankenkasse

Nach § 173 Absatz 2 Satz 1 Nr. 5 SGB V können Rentner und Rentenantragsteller Mitglied der Krankenkasse werden, bei der vor Beginn der KVdR zuletzt eine Mitgliedschaft oder eine Versicherung nach § 10 SGB V bestanden hat. Unerheblich dabei ist, wie lange die letzte Versicherung zurückliegt. Eine Mitgliedschaft bei einer landwirtschaftlichen Krankenkasse wird in diesem Zusammenhang nicht berücksichtigt.

2.8 Krankenkasse des Ehegatten

Ein Rentner oder Rentenantragsteller kann nach § 173 Absatz 2 Satz 1 Nr. 6 SGB V beantragen, Mitglied der Krankenkasse zu werden, bei der sein Ehegatte versichert ist. Auf die Art der Versicherung kommt es nicht an. Ausgenommen hiervon sind jedoch die landwirtschaftlichen Krankenkassen. Das Wahlrecht steht nur Ehegatten zu, nicht aber anderen Angehörigen.

Immer dann, wenn beide Ehegatten Mitglieder verschiedener Krankenkassen sind, kann die Mitgliedschaft bei der Krankenkasse des anderen Ehegatten gewählt werden. Wechselt der Ehegatte die Krankenkasse, kann der Rentner/Rentenantragsteller ihm folgen.

2.9 Krankenkasse, bei der ein Elternteil versichert ist

Die versicherungspflichtigen Rentner und Rentenantragsteller können zusätzlich die Krankenkasse wählen, bei der ein Elternteil versichert ist (§ 173 Absatz 4 SGB V). Auf die Art der Versicherung kommt es nicht an.

3 Krankenkassenzuständigkeit der landwirtschaftlichen Krankenkassen

Die bei den landwirtschaftlichen Krankenkassen Pflichtversicherten, die eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung beantragt haben oder eine solche Rente beziehen, werden (weiterhin) kraft Gesetzes bei diesen Krankenkassen versichert. Diese Personen haben kein Wahlrecht zu einer nichtlandwirtschaftlichen Krankenkasse. Das hat zur Folge, dass eine vorrangige Pflichtversicherung nach dem KVLG 1989 in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung durchzuführen ist, unabhängig von dem Bestehen einer achtzehnmonatigen Bindungsfrist auf Grund des ausgeübten Wahlrechts in der allgemeinen Krankenversicherung. Die landwirtschaftliche Krankenkasse unterrichtet den Versicherten über Beginn und Ende einer Pflichtversicherung bei ihr. Endet die Pflichtversicherung bei der landwirtschaftlichen Krankenkasse, unterrichtet diese im maschinellen KVdR-Meldeverfahren die Krankenkasse, die vor ihr die Mitgliedschaft durchgeführt hat. Das Ausstellen einer Kündigungsbestätigung oder einer Mitgliedsbescheinigung auf der Grund-

lage des § 175 SGB V durch die landwirtschaftliche Krankenkasse kommt für die Pflichtversicherten nicht in Betracht. Im Übrigen enthält Abschnitt B nähere Ausführungen; insbesondere die §§ 3 und 23 KVLG 1989 sind zu beachten.

4 Ausübung der Krankenkassenwahl, Bindungswirkung und Zeitpunkt des Krankenkassenwechsels

4.1 Allgemeines

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

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

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

4.2 Kündigungsbestätigung und Mitgliedsbescheinigung

Von den Krankenkassen sind im Zusammenhang mit den Wahl- und Kündigungsmöglichkeiten den Rentnern und Rentenantragstellern Mitgliedsbescheinigungen und Kündigungsbestätigungen auszustellen. Hierzu zählt:

- einerseits die Kündigungsbestätigung nach § 175 Absatz 4 Satz 3 SGB V,
- andererseits die Mitgliedsbescheinigung nach Ausübung des Wahlrechts oder nach Eintritt einer Versicherungspflicht (§ 175 Absatz 2 Satz 1 oder Satz 3 SGB V).

Die Mitgliedsbescheinigungen und Kündigungsbestätigungen sind unverzüglich auszustellen, damit der Krankenkassenwechsel nicht unnötig erschwert wird und der Rentenversicherungsträger rechtzeitig Klarheit über die zuständige Krankenkasse erhält. Für die Kündigungsbestätigung bestimmt § 175 Absatz 4 Satz 3 SGB V ausdrücklich, dass sie spätestens innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Kündigung ausgestellt werden muss.

Die Krankenkasse hat nach Ausübung des Wahlrechts oder bei Eintritt einer Versicherungspflicht dem Rentner/Rentenantragsteller unverzüglich eine Mitgliedsbescheinigung auszustellen. Da die Mitgliedsbescheinigung dem Rentenversicherungsträger nicht vorzulegen ist, wird davon abgesehen, eine einheitliche Form vorzugeben. Der Rentenversicherungsträger als zur Meldung verpflichtete Stelle wird über den Krankenkassenwechsel bereits durch die neu gewählte Krankenkasse informiert. Dies ist bei Rentnern durch die unverzügliche bis zum Ende der Kündigungsfrist abzugebende Meldung nach § 201 Absatz 2 SGB V sichergestellt; Entsprechendes gilt bei Rentenantragstellern. Insofern ersetzt die Meldung nach § 201 Absatz 2 SGB V die Vorlage der Mitgliedsbescheinigung beim Rentenversicherungsträger. Eine separate Vorlage der Mitgliedsbescheinigung bei der bisherigen Krankenkasse ist aufgrund des Vorhandenseins einer zur Meldung verpflichteten Stelle nicht erforderlich. Vor diesem Hintergrund ist es unerlässlich, dass im Rahmen des zuvor durchzuführenden Meldeverfahrens zwischen den Krankenkassen (Meldeverfahren KV-KV) der Datenaustausch entsprechend den gesetzlichen Vorgaben unverzüglich erfolgt. Nur so kann sichergestellt werden, dass auf Basis der übermittelten Rentendaten von der bisherigen Krankenkasse eine fristgerechte Meldung gegenüber dem Rentenversicherungsträger durch die neu gewählte Krankenkasse ermöglicht wird.

Sollte es zu Verzögerungen im Meldeverfahren KV-KV kommen, die nicht von der neu gewählten Krankenkasse zu verantworten sind, und somit eine fristgerechte Meldung der neu gewählten Krankenkasse an den Rentenversicherungsträger bis zum Ende der Kündigungsfrist nicht möglich sein, vollzieht sich der Krankenkassenwechsel gleichwohl zum Ablauf der Kündigungsfrist. Voraussetzung hierfür ist, dass eine vorherige Meldung an den Rentenversicherungsträger bis zum Ende der Kündigungsfrist aufgrund der fehlenden Rentendaten aus dem Meldeverfahren KV-KV nicht möglich war.

4.3 Ausübung der Krankenkassenwahl

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

Das Wahlrecht kann bis zum Zeitpunkt der Rechtswirksamkeit der Kündigung ausgeübt werden. Hierdurch ist in den Fällen des § 175 Absatz 4 Sätze 1 und 2 SGB V noch bis zum Ende der Kündigungsfrist eine „Korrektur“ der Wahl oder des Aufnahmeantrages möglich. Ein Widerruf der Kündigung oder Krankenkassenwahl nach diesem Zeitpunkt ist ausgeschlossen.

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

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

Familienversicherte haben kein eigenes Wahlrecht; für sie gilt die Wahlentscheidung des Mitglieds (§ 173 Absatz 6 SGB V).

4.4 Bindungswirkung und Kündigung der Mitgliedschaft

4.4.1 Bindungswirkung

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

Sofern sich Rentner oder Rentenantragsteller für einen Wahltarif nach § 53 Absatz 1, 2 oder 4 bis 7 SGB V entschieden haben, sind sie nach § 53 Absatz 8 Satz 2 SGB V für mindestens drei Jahre an ihre Krankenkasse gebunden.

Dabei ist zu beachten, dass die allgemeine Bindungsfrist von 18 Monaten (§ 175 Absatz 4 Satz 1 SGB V) und die dreijährige Bindungsfrist bei Wahlтарifen (§ 53 Absatz 8 Satz 2 SGB V) nicht zwingend eine zeitliche Parallelität aufweisen müssen. Die 18-monatige Bindungsfrist beginnt mit der Wahl der Krankenkasse bzw. dem entsprechenden Mitgliedschaftsbeginn; die dreijährige Bindungsfrist beginnt dagegen mit dem Eintritt in den Wahlтарif.

Ist bei Eintritt der KVdR-Versicherungspflicht oder der Rentenantragstellermemberschaft die Bindungsfrist bei der derzeitigen Krankenkasse noch nicht erfüllt, kann der Rentner/Rentenantragsteller erst zum Ablauf der Bindungsfrist - vgl. aber auch 4.5 - die Mitgliedschaft kündigen und eine andere Krankenkasse für die Durchführung seiner Mitgliedschaft wählen. Dementsprechend löst der Eintritt der KVdR-Versicherungspflicht bzw. der Beginn der Rentenantragstellermemberschaft auch keine neue Bindungsfrist aus.

Beispiel:

Krankenkassenwechsel als freiwilliges Mitglied zur Krankenkasse A zum	1.2.2009
Rentantrag und gleichzeitige Wahl der Krankenkasse B am	13.7.2009
Beschäftigungsverhältnis endet am	31.8.2009
Rentenbeginn am	1.9.2009

Ergebnis:

Ein Krankenkassenwechsel zur Krankenkasse B ab 1.9.2009 ist nicht möglich, da die achtzehnmonatige Bindungsfrist zur Krankenkasse A (bis 31.7.2010) noch nicht erfüllt ist.

Die Bindungsfrist ist ein Zeitraum von 18 zusammenhängenden Zeitmonaten. Unterbrechungen der Mitgliedschaft, die innerhalb der Bindungsfrist beginnen und enden, führen nicht zu einem erneuten Beginn der 18-Monats-Frist bei der gleichen Krankenkasse. Vielmehr wird die Gesamtdauer der Mitgliedschaft einschließlich der Unterbrechungszeiträume berücksichtigt.

Beispiel:

Pflichtmitgliedschaft als Beschäftigter bei Krankenkasse A vom	1.4.2007 bis 31.8.2007
Familienversicherung bei Krankenkasse A vom	1.9.2007 bis 31.1.2008
Pflichtmitgliedschaft als Beschäftigter bei Krankenkasse A vom	1.2.2008 bis lfd.
Renten Antragstellung und Wahl der Krankenkasse B am	4.8.2008
Rentenbeginn am	1.10.2008

Ergebnis:

Ein Krankenkassenwechsel zur Krankenkasse B könnte sich ab 1.10.2008 vollziehen, sofern die Mitgliedschaft bei Krankenkasse A spätestens am 31.7.2008 gekündigt worden ist. Die achtzehnmonatige Bindungsfrist ist am 30.9.2008 erfüllt.

Sofern vor Beginn der KVdR-Versicherungspflicht oder der Renten Antragstellermitgliedschaft eine Unterbrechung der Mitgliedschaft von mindestens einem Tag - z.B. wegen einer Familienversicherung - bestanden hat, ist die Wahl einer anderen Krankenkasse möglich, wenn die Bindungsfrist zur früheren Krankenkasse, die die letzte Mitgliedschaft durchgeführt hat, erfüllt ist. In diesen Fällen kann die gewählte Krankenkasse ohne Vorlage einer Kündigungsbestätigung die Mitgliedschaft begründen und ihre Zuständigkeit gegenüber dem Rentenversicherungsträger anzeigen (BSG-Urteil vom 13. Juli 2007 B 12 KR 19/06 R, USK 2007-51).

Beispiel:

Pflichtversicherung bei Krankenkasse A bis	31.7.2007
Familienversicherung bei der Krankenkasse A vom	1.8.2007 bis 3.8.2009
Renten Antragstellung am	4.8.2009
Wahl der Krankenkasse B am	4.8.2009
Zustellung des Rentenbewilligungsbescheides (Rentenbeginn 1.9.2009) am	13.11.2009

Ergebnis:

Der Krankenkassenwechsel vollzieht sich zum 4.8.2009, da die Bindungsfrist zur Krankenkasse A erfüllt ist und im Anschluss an die Familienversicherung (Unterbrechungstatbestand) vom Wahlrecht Gebrauch gemacht wurde.

Demgegenüber besteht bei Beginn der KVdR-Versicherungspflicht oder der Renten Antragstellermitgliedschaft zunächst kein Wahlrecht, wenn vor diesem Zeitpunkt eine Unterbrechung der Mitgliedschaft (z.B. eine Familienversicherung) bestand und die Bindungsfrist zur letzten Mitgliedskasse noch nicht erfüllt ist. In diesen Fällen wird für den Rentner/Renten Antragsteller wieder die Krankenkasse zuständig, bei der zuletzt die (ungekündigte) Mitgliedschaft durchgeführt wurde. Eine Kündigung der Mitgliedschaft bei dieser Krankenkasse ist unter Beachtung des § 175 Absatz 4 Sätze 1 und 2 SGB V möglich.

Beispiel:

Mitgliedschaft aufgrund einer versicherungspflichtigen Beschäftigung bei Krankenkasse A seit	1.2.2008
Familienversicherung bei der Krankenkasse B seit	1.5.2008
Renten Antragstellung am	4.2.2009
Wahl der Krankenkasse B am	6.2.2009
Zustellung des Rentenbewilligungsbescheides (Rentenbeginn 1.2.2008) am	20.3.2009

Ergebnis:

Ein neues Wahlrecht besteht für den Renten Antragsteller nicht, da die Bindungsfrist zur Krankenkasse A (1.2.2008 bis 31.7.2009) noch nicht erfüllt ist. Die Renten Antragstellermitgliedschaft ist somit zunächst ab dem 4.2.2009 bei Krankenkasse A durchzuführen. Ein Krankenkassenwechsel kann sich nur nach Ablauf der Bindungsfrist zu Krankenkasse A (bis 31.7.2009) vollziehen.

4.4.2 Kündigung der Mitgliedschaft

Die Krankenkasse kann grundsätzlich nur gewechselt werden, wenn der Rentner oder Renten Antragsteller die Mitgliedschaft bei seiner bisherigen Krankenkasse wirksam gekündigt hat. Als Nachweis dient die von der bisherigen Krankenkasse innerhalb von zwei Wochen (14 Tagen) nach Eingang der Kündigung auszustellende Kündigungsbestätigung.

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

Beispiel:

Kündigung der seit 1.1.2008 bestehenden Mitgliedschaft am	7.7.2009
Kündigung zum	30.9.2009
Ende der Bindungsfrist am	30.6.2009
Ausstellung der Kündigungsbestätigung am	9.7.2009

Ergebnis:

Der Krankenkassenwechsel vollzieht sich zum 1.10.2009, da die Mitgliedschaft fristgerecht gekündigt wurde und die achtzehnmonatige Bindungsfrist bereits am 30.6.2009 erfüllt war.

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

Beispiel:

Kündigung der seit 1.1.2008 bestehenden Mitgliedschaft am	10.12.2008
Kündigung zum	28.2.2009
Ende der Bindungsfrist am	30.6.2009

Ergebnis:

Ein Krankenkassenwechsel vollzieht sich nicht zum 1.3.2009, da die achtzehnmonatige Bindungsfrist noch nicht erfüllt ist und die Kündigung nicht fristgerecht erklärt wurde. Gleichwohl ist die Kündigung so umzudeuten, als wenn sie im Monat April 2009 ausgesprochen worden wäre, damit sich zum 1.7.2009 ein Krankenkassenwechsel vollziehen kann.

Die Kündigung wird zum Ablauf der Kündigungsfrist wirksam. Sie ist damit zunächst nur schwebend wirksam mit der Folge, dass, sofern keine neue Krankenkasse bis zum Ende der Kündigungsfrist gewählt wird, die Kündigung keine Bestandskraft erlangt. Die Mitgliedschaft wird in diesen Fällen bei der bisherigen Krankenkasse fortgesetzt. Die bisherige Krankenkasse hat daher den Eingang der Meldung der neu gewählten Krankenkasse als auch des Rentenversicherungsträgers über den Krankenkassenwechsel zu überwachen. Geht eine entsprechende Meldung nicht ein, ist der Versicherte von der bisherigen Krankenkasse über den Fortbestand der Mitgliedschaft bei ihr zu informieren und aufzuklären.

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

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

4.5 Sonderkündigungsrechte

Sofern eine Krankenkasse einen Zusatzbeitrag erhebt, einen bereits erhobenen Zusatzbeitrag erhöht oder eine Prämienzahlung verringert, kann die Mitgliedschaft ohne Einhaltung der achtzehnmonatigen Bindungsfrist gekündigt werden. Auf das Sonderkündigungsrecht muss die Krankenkasse ihre Mitglieder spätestens einen Monat vor Fälligkeit hinweisen. Die Kündigung muss bis zum Ablauf des Tages der erstmaligen Fälligkeit der Krankenkasse zugegangen sein. Der Krankenkassenwechsel vollzieht sich dann mit Ablauf des übernächsten Kalendermonats. Eine entsprechende Entscheidung zugunsten einer anderen Krankenkasse kann allerdings nur dann getroffen werden, wenn das Mitglied grundsätzlich berechtigt ist, das Krankenkassenwahlrecht auszuüben.

Beispiel:

Erhebung des Zusatzbeitrags zum - Fälligkeit 15. des Folgemonats -	1.5.2009
Die Kündigung muss der Krankenkasse spätestens vorliegen bis zum	15.6.2009
Die Mitgliedschaft endet spätestens am	31.8.2009
Neue Mitgliedschaft ist nachzuweisen bis zum Ende der Kündigungsfrist am	31.8.2009

Das Sonderkündigungsrecht hebt die Bindungswirkung nach § 175 Absatz 4 Satz 1 SGB V auf, löst aber gleichzeitig bei der neu gewählten Krankenkasse eine neue Bindungswirkung aus. Wird das Sonderkündigungsrecht hingegen nicht genutzt, ist dies nicht mit einer passiven Ausübung des Wahlrechts gleichzusetzen. Die achtzehnmonatige Bindungsfrist beginnt also nicht erneut, so dass der Betroffene die Mitgliedschaft zu einem späteren Zeitpunkt unter den Voraussetzungen des § 175 Absatz 4 Satz 2 SGB V kündigen kann.

Innerhalb der dreijährigen Bindungsfrist nach § 53 Absatz 8 Satz 2 SGB V besteht kein Sonderkündigungsrecht.

Demgegenüber löst die Festlegung des einheitlichen allgemeinen Beitragssatzes durch den Gesetzgeber nach § 241 SGB V - anders als bei krankenkassenindividuellen Beitragssatzerhöhungen nach § 175 Absatz 4 SGB V in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung - kein Sonderkündigungsrecht aus.

4.6 Zeitpunkt des Krankenkassenwechsels

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

VI Mitgliedschaft

§ 186 SGB V

Beginn der Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger

(1) - (8) ...

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

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

(11) Die Mitgliedschaft der nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 Versicherungspflichtigen beginnt mit dem ersten Tag ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall im Inland. Die Mitgliedschaft von Ausländern, die nicht Angehörige eines Mitgliedstaates der Europäischen Union, eines Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder Staatsangehörige der Schweiz sind, beginnt mit dem ersten Tag der Geltung der Niederlassungserlaubnis oder der Aufenthaltserlaubnis. Für Personen, die am 1. April 2007 keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben, beginnt die Mitgliedschaft an diesem Tag. Zeigt der Versicherte aus Gründen, die er nicht zu vertreten hat, das Vorliegen der Voraussetzungen der Versicherungspflicht nach den in Satz 1 und 2 genannten Zeitpunkten an, hat die Krankenkasse in ihrer Satzung vorzusehen, dass der für die Zeit seit dem Eintritt der Versicherungspflicht nachzuzahlende Beitrag angemessen ermäßigt, gestundet oder von seiner Erhebung abgesehen werden kann.

§ 187 SGB V

Beginn der Mitgliedschaft bei einer neu errichteten Krankenkasse

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

§ 188 SGB V

Beginn der freiwilligen Mitgliedschaft

- (1) Die Mitgliedschaft Versicherungsberechtigter beginnt mit dem Tag ihres Beitritts zur Krankenkasse.
- (2) Die Mitgliedschaft der in § 9 Absatz 1 Nr. 1 und 2 genannten Versicherungsberechtigten beginnt mit dem Tag nach dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht oder mit dem Tag nach dem Ende der Versicherung nach § 10. Die Mitgliedschaft der in § 9 Absatz 1 Nr. 6 genannten Versicherungsberechtigten beginnt mit dem Eintritt der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 11.
- (3) Der Beitritt ist schriftlich zu erklären.

§ 189 SGB V

Mitgliedschaft von Rentenantragstellern

- (1) Als Mitglieder gelten Personen, die eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beantragt haben und die Voraussetzungen nach § 5 Absatz 1 Nr. 11 und 12 und Absatz 2, jedoch nicht die Voraussetzungen für den Bezug der Rente erfüllen. Satz 1 gilt nicht für Personen, die nach anderen Vorschriften versicherungspflichtig oder nach § 6 Absatz 1 versicherungsfrei sind.
- (2) Die Mitgliedschaft beginnt mit dem Tag der Stellung des Rentenantrags. Sie endet mit dem Tod oder mit dem Tag, an dem der Antrag zurückgenommen oder die Ablehnung des Antrags unanfechtbar wird.

§ 190 SGB V

Ende der Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger

- (1) Die Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger endet mit dem Tod des Mitglieds.
- (2) - (10) ...
- (11) Die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Rentner endet
 1. mit Ablauf des Monats, in dem der Anspruch auf Rente wegfällt oder die Entscheidung über den Wegfall oder den Entzug der Rente unanfechtbar geworden ist, frühestens mit Ablauf des Monats, für den letztmalig Rente zu zahlen ist,
 2. bei Gewährung einer Rente für zurückliegende Zeiträume mit Ablauf des Monats, in dem die Entscheidung unanfechtbar wird.
- (11a) Die Mitgliedschaft der in § 9 Absatz 1 Nr. 6 genannten Personen, die das Beitrittsrecht ausgeübt haben, sowie ihrer Familienangehörigen, die nach dem 31. März 2002 nach § 5 Absatz 1 Nr. 11 versicherungspflichtig geworden sind, deren Anspruch auf Rente schon an diesem Tag bestand, die aber nicht die Vorversicherungszeit des § 5 Absatz 1 Nr. 11 in der seit dem 1. Januar 1993 geltenden Fassung erfüllt hatten und die bis zum 31. März 2002 nach § 10 oder nach § 7 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte versichert waren, endet mit dem Eintritt der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 11.
- (12) ...
- (13) Die Mitgliedschaft der in § 5 Absatz 1 Nr. 13 genannten Personen endet mit Ablauf des Vortages, an dem
 1. ein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall begründet wird oder
 2. der Wohnsitz oder gewöhnliche Aufenthalt in einen anderen Staat verlegt wird.

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

§ 49 SGB XI

Mitgliedschaft

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

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

(3) ...

1 Allgemeines

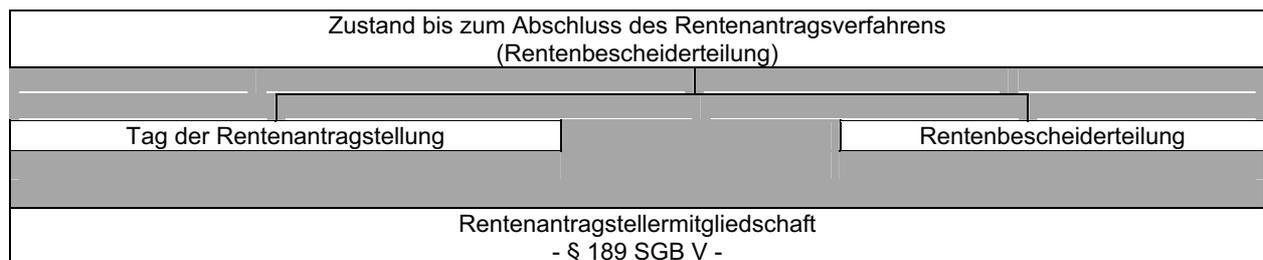
Beginn und Ende der Mitgliedschaft für Rentenantragsteller sind in § 189 SGB V und für Rentner in den §§ 186 Absatz 9, 188 Absatz 2 Satz 2 und 190 Absatz 11 und 11a SGB V geregelt.

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

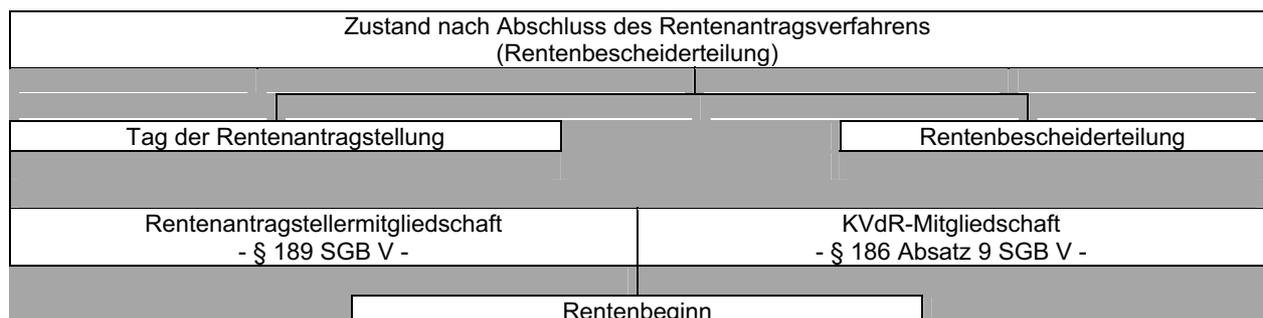
2 Mitgliedschaft als Rentenantragsteller

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

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



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



2.1 Voraussetzungen

Als Mitglieder gelten nach § 189 SGB V Personen, die

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

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

2.2 Unbegründeter Rentenantrag

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

2.3 Fehlende Mitwirkung des Rentenantragstellers

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

2.4 Beginn der Mitgliedschaft als Rentenantragsteller

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

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

Anders als bei versicherungspflichtigen Rentnern (vgl. A VI 2.1) ist die Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 9 und 10 SGB V vorrangig gegenüber der Rentenantragstellermithin nach § 189 SGB V.

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

2.5 Ende der Mitgliedschaft als Rentenantragsteller

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

Beispiel:

Rentenantrag am	14.4.2009
Bekanntgabe des Bescheides über die Rentenbewilligung/Vorschusszahlung am	25.6.2009
Rentenbeginn/Beginn der Vorschusszahlung am	1.5.2009

Ergebnis:

Die Rentenantragstellermemberschaft nach § 189 SGB V beginnt am 14.4.2009; sie endet mit dem Tag vor Rentenbeginn am 30.4.2009. Vom 1.5.2009 an ist eine Mitgliedschaft als Rentner nach § 186 Absatz 9 SGB V zu begründen.

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

Beispiel:

Rentantrag am	14.4.2009
Bekanntgabe des Bescheides über die Rentenbewilligung am	25.6.2009
Rentenbeginn am	1.4.2009

Ergebnis:

Vom 14.4.2009 an ist zunächst eine Rentenantragstellermemberschaft nach § 189 SGB V zu begründen. Durch die Gewährung der Rente besteht grundsätzlich vom Rentenbeginn an Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 11 SGB V. Da der Rentenantrag aber erst am 10.4.2009 gestellt worden ist, kann die Rentnermemberschaft entsprechend § 189 Absatz 9 SGB V auch erst von diesem Zeitpunkt an beginnen. Für eine Rentenantragstellermemberschaft bleibt im Nachhinein kein Raum mehr.

Die Mitgliedschaft nach § 189 SGB V endet darüber hinaus mit dem Tod des Rentenantragstellers oder mit dem Tag, an dem der Rentenantrag zurückgenommen oder seine Ablehnung durch den Rentenversicherungsträger unanfechtbar wird. Bei Rücknahme des Rentenantrags kommt es darauf an, wann die entsprechende Erklärung des Rentenantragstellers beim Rentenversicherungsträger eingeht. Kommt es zur Antragsrücknahme während eines Sozialgerichtsverfahrens, wirkt sie mit der Annahme der Erklärung durch das Gericht.

Der Bescheid über die Ablehnung eines Rentenantrags wird unanfechtbar, wenn ein Rechtsbehelf oder Rechtsmittel nicht mehr zulässig ist. Ablehnungsbescheide gelten mit dem dritten Tag nach der Aufgabe zur Post als bekannt gegeben, es sei denn, sie sind nicht oder zu einem späteren Zeitpunkt zugegangen. Da die Meldung des Rentenversicherungsträgers jedoch keine Angaben über die Art der Absendung des Bescheides bzw. das tatsächliche Datum der Zustellung beinhaltet (vgl. A VII 2.3.3), sondern nur das Datum des Ablehnungsbescheides, ist davon auszugehen, dass der Bescheid auch an diesem Tag aufgegeben wurde. Wird gegen eine Rentenablehnung kein Rechtsbehelf eingelegt, endet die Mitgliedschaft einen Monat nach Bekanntgabe des Ablehnungsbescheides.

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

Beispiel:

Rentantragstellermemberschaft nach § 189 SGB V ab	12.3.2009
Ablehnung des Rentenantrags mit Bescheid vom	29.5.2009
Eingang des Widerspruchs beim Rentenversicherungsträger am	26.6.2009
Zurückweisung des Widerspruchs mit Bescheid vom	13.7.2009

Ergebnis:

Die Rentenantragstellermemberschaft besteht während des Widerspruchsverfahrens fort. Sie endet mit der Unanfechtbarkeit des Widerspruchsbescheides. Da dieser am 16.7.2009 als bekannt gegeben gilt, endet die Mitgliedschaft nach § 189 Absatz 2 Satz 2 SGB V einen Monat nach der Bekanntgabe am 16.8.2009.

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

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

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

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

2.6 Befreiung von der Mitgliedschaft

Die in § 8 Absatz 1 Nr. 4 SGB V vorgesehene Befreiung von der KVdR gilt für Rentenantragsteller entsprechend (vgl. A III). Die Befreiung wirkt vom Beginn der Mitgliedschaft an.

3 Mitgliedschaft als Rentner

3.1 Beginn der Mitgliedschaft als Rentner

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

Beispiel:

Rentenantrag am	14.5.2009
Rentenbeginn am	1.4.2009
Beginn der Mitgliedschaft am	14.5.2009

Als Tag der Rentenantragstellung ist auch der Antrag auf Witwen- oder Witwerrentenvorschuss anzusehen (§ 115 Absatz 2 SGB VI).

In den Fällen, in denen ein Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben nach § 116 Absatz 2 SGB VI als Rentenantrag umgedeutet wird, gilt als Tag der Rentenantragstellung der Tag, an dem der Antrag auf medizinische Leistungen gestellt worden ist.

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

Beispiel:

Rentenantrag am	5.2.2009
Ausübung einer versicherungspflichtigen Beschäftigung bis	30.4.2009
Beschaid über die Bewilligung der Rente zugestellt am (Rentenbeginn 1.2.2009)	24.4.2009

Ergebnis:

Die KVdR-Mitgliedschaft nach § 186 Absatz 9 SGB V wird durch die versicherungspflichtige Beschäftigung bis 30.4.2009 ausgeschlossen. Ab 1.5.2009 besteht eine Pflichtmitgliedschaft als Rentner.

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

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

Beispiel:

Kündigung bei alter Krankenkasse eingereicht am	17.9.2009
Rechtswirksamkeit der Kündigung zum	30.11.2009
Mitgliedschaft bei neuer Krankenkasse ab	1.12.2009

3.2 Ende der Mitgliedschaft als Rentner

3.2.1 Allgemeines

Die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Rentner endet mit dem Tod des Mitglieds sowie grundsätzlich mit Ablauf des Monats, in dem der Anspruch auf Rente wegfällt oder die Entscheidung über den Wegfall oder den Entzug der Rente unanfechtbar geworden ist, frühestens jedoch mit Ablauf des Monats, für den letztmalig Rente zu zahlen ist. Die Entscheidung ist unanfechtbar, wenn gegen sie ein Rechtsbehelf (Widerspruch, Klage) oder Rechtsmittel (Berufung, Revision) nicht mehr eingelegt werden kann.

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

3.2.2 Wegfall oder Entzug der Rente

Eine Rente fällt kraft Gesetzes beim Vorliegen bestimmter Tatbestände weg, z.B. wenn die Witwe oder der Witwer heiratet, die Waise das 18. Lebensjahr vollendet, der Bezieher einer Altersrente eine rentenschädliche Beschäftigung ausübt oder die befristete Rente endet. Zum Ende der Mitgliedschaft bei befristeten Renten oder Waisenrenten vgl. A I 3.6.2 und 3.6.3.

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

Entfällt der Rentenanspruch bei einer befristeten Rente vor Ablauf der Befristung oder bei einer unbefristeten Rente (z.B. durch Wiederheirat, Besserung des Gesundheitszustandes oder Überschreiten von Hinzuverdienstgrenzen vor Vollendung des 65. Lebensjahres), erteilt der Rentenversicherungsträger einen förmlichen Bescheid über den Wegfall oder den Entzug der Rente. Die Mitgliedschaft endet in diesen Fällen erst mit Ablauf des Monats, in dem der Bescheid des Rentenversicherungsträgers unanfechtbar wird, frühestens mit Ablauf des Monats, für den die Rente letztmalig gezahlt wird.

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

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

Beispiel 1:

Zubilligung einer Zeitrente am	9.2.2009
Wegfall der Zeitrente am	30.4.2009
Sozialgerichtsverfahren bestätigt den Wegfall der Rente	
Zustellung des Urteils am	17.9.2009
Rechtskraft des Urteils am	19.10.2009
Ende der Mitgliedschaft am	31.10.2009

Beispiel 2:

Zubilligung der Rente am	9.2.2009
Wegfall der Zeitrente am	30.6.2009
Sozialgerichtsverfahren führt zur Weitergewährung der Rente bis zum	31.12.2009
Zustellung des Urteils am	23.9.2009
Rechtskraft des Urteils am	26.10.2009
Ende der Mitgliedschaft am	31.12.2009

Beispiel 3:

Entzug der Rente zum	30.9.2009
Zustellung des Bescheides am	16.8.2009
- kein Rechtsbehelf eingelegt -	
Bescheid unanfechtbar am	17.9.2009
Ende der Mitgliedschaft am	30.9.2009

3.2.3 Rente für zurückliegende Zeiträume

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

Beispiel:

Zeitrente bis	30.6.2009
Bekanntgabe des Bescheides am	3.8.2009
Bescheid wird bindend am	4.9.2009
Ende der Mitgliedschaft am	30.9.2009

3.2.4 Fortbestand der Mitgliedschaft

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

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

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

4 Mitgliedschaft bei Wehr- oder Zivildienst

Nach § 193 Absatz 2 und 3 SGB V berührt die gesetzliche Dienstpflicht eine bestehende Mitgliedschaft nicht. Somit bleiben Rentenantragsteller und Rentner weiterhin Mitglied, wenn sie ihren Wehr- oder Zivildienst ableisten. Dies gilt auch für Personen, die Dienstleistungen oder Übungen nach den Vorschriften des Vierten Abschnittes des Soldatengesetzes verrichten (§ 193 Absatz 4 SGB V).

VII Meldungen

§ 201 SGB V

Meldepflichten bei Rentenantragstellung und Rentenbezug

(1) Wer eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beantragt, hat mit dem Antrag eine Meldung für die zuständige Krankenkasse einzureichen. Der Rentenversicherungsträger hat die Meldung unverzüglich an die zuständige Krankenkasse weiterzugeben.

(2) Wählen versicherungspflichtige Rentner oder Hinterbliebene eine andere Krankenkasse, hat die gewählte Krankenkasse dies der bisherigen Krankenkasse und dem zuständigen Rentenversicherungsträger unverzüglich mitzuteilen.

(3) Nehmen versicherungspflichtige Rentner oder Hinterbliebene eine versicherungspflichtige Beschäftigung auf, für die eine andere als die bisherige Krankenkasse zuständig ist, hat die für das versicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnis zuständige Krankenkasse dies der bisher zuständigen Krankenkasse und dem Rentenversicherungsträger mitzuteilen. Satz 1 gilt entsprechend, wenn das versicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnis endet.

(4) Der Rentenversicherungsträger hat der zuständigen Krankenkasse unverzüglich mitzuteilen

1. Beginn und Höhe einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung, den Monat, für den die Rente erstmalig laufend gezahlt wird,
2. den Tag der Rücknahme des Rentenantrages,
3. bei Ablehnung des Rentenantrages den Tag, an dem über den Rentenantrag verbindlich entschieden worden ist,
4. Ende, Entzug, Wegfall und sonstige Nichtleistung der Rente sowie
5. Beginn und Ende der Beitragszahlung aus der Rente.

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

(6) Die Meldungen sind auf maschinell verwertbaren Datenträgern oder durch Datenübertragung zu erstatten. Die Spitzenverbände der Krankenkassen vereinbaren gemeinsam und einheitlich mit der Deutschen Rentenversicherung Bund das Nähere über das Verfahren im Benehmen mit dem Bundesversicherungsamt. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 3 bis zum 31. Dezember 1995 nicht zu Stande, bestimmt das Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales das Nähere über das Verfahren.

§ 202 SGB V

Meldepflichten bei Versorgungsbezügen

(1) Die Zahlstelle hat bei der erstmaligen Bewilligung von Versorgungsbezügen sowie bei Mitteilung über die Beendigung der Mitgliedschaft eines Versorgungsempfängers die zuständige Krankenkasse des Versorgungsempfängers zu ermitteln und dieser Beginn, Höhe, Veränderungen und Ende der Versorgungsbezüge unverzüglich mitzuteilen. Bei den am 1. Januar 1989 vorhandenen Versorgungsempfängern hat die Ermittlung der Krankenkasse innerhalb von sechs Monaten zu erfolgen. Der Versorgungsempfänger hat der Zahlstelle seine Krankenkasse anzugeben und einen Kassenwechsel sowie die Aufnahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung anzuzeigen. Die Krankenkasse hat der Zahlstelle der Versorgungsbezüge und dem Bezieher von Versorgungsbezügen unverzüglich die Beitragspflicht des Versorgungsempfängers, deren Umfang und den Beitragsatz aus Versorgungsbezügen mitzuteilen. Die Krankenkasse kann mit der Zahlstelle der Versorgungsbezüge Abweichendes vereinbaren.

(2) Die Zahlstelle kann der zuständigen Krankenkasse die Meldung durch gesicherte und verschlüsselte Datenübertragung aus systemgeprüften Programmen oder mittels maschineller Ausfüllhilfen erstatten. Den Aufbau des Datensatzes, notwendige Schlüsselzahlen und Angaben legt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen in Grundsätzen fest, die vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit zu genehmigen sind; die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände ist anzuhören.

(3) Übermittelt die Zahlstelle die Meldungen nach Absatz 2, so hat die Krankenkasse alle Angaben gegenüber der Zahlstelle durch Datenübertragung zu erstatten. Absatz 2 Satz 2 gilt entsprechend.

§ 205 SGB V

Meldepflichten bestimmter Versicherungspflichtiger

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

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

§ 206 SGB V

Auskunfts- und Mitteilungspflichten der Versicherten

(1) Wer versichert ist oder als Versicherter in Betracht kommt, hat der Krankenkasse, soweit er nicht nach § 28o des Vierten Buches auskunftspflichtig ist,

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

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

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

§ 50 SGB XI

Melde- und Auskunftspflichten bei Mitgliedern der sozialen Pflegeversicherung

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

(2) - (5) ...

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

1 Allgemeines

Die Meldepflichten bei Rentenantragstellung, Rentenbezug und Versorgungsbezügen regeln die §§ 201, 202 und 205 SGB V. Die Meldungen sollen eine reibungslose Abwicklung des Beitragsverfahrens zwischen allen Beteiligten gewährleisten. Für die Meldungen der Pflegekassen an die Rentenversicherungsträger gilt § 201 SGB V entsprechend.

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

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

Nach § 201 Absatz 6 SGB V sind die Meldungen zur KVdR auf maschinell verwertbaren Datenträgern oder mittels Datenübertragung abzugeben. Die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Deutsche Rentenversicherung Bund haben im Einvernehmen mit dem Bundesversicherungsamt auf der Grundlage des § 201 Absatz 6 Satz 2 SGB V eine Vereinbarung über ein maschinell unterstütztes Meldeverfahren geschlossen. Bestandteile dieser Vereinbarung sind:

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

2 Meldepflichten bei Rentenantragstellung und -bezug

2.1 Meldungen der Versicherten

2.1.1 Rentenantragstellung

Nach § 201 Absatz 1 SGB V haben Rentenantragsteller zugleich mit dem Rentenantrag eine Meldung für die zuständige Krankenkasse einzureichen, welche der Rentenversicherungsträger oder die den Rentenantrag aufnehmende Stelle unverzüglich an die Krankenkasse weiterzugeben hat. Eine Meldung nach § 201 Absatz 1 SGB V ist grundsätzlich bei jeder Rentenantragstellung abzugeben.

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

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

2.1.2 Zuständigkeit für die Bearbeitung der Meldung nach § 201 Absatz 1 SGB V

Zuständig für die Bearbeitung der Meldung nach § 201 Absatz 1 SGB V ist grundsätzlich die Krankenkasse (AOK, Betriebs-, Innungs- -Krankenkasse, landwirtschaftliche Krankenkasse, Knappschaft, Ersatzkasse), bei der die Krankenversicherung (Mitgliedschaft oder Familienversicherung) bzw. Pflegeversicherung zur Zeit der Rentenantragstellung besteht. Liegt im Zeitpunkt der Rentenantragstellung kein Versicherungsverhältnis in der gesetzlichen Krankenversicherung vor, ist die KVdR-Meldung der Krankenkasse zuzuleiten, bei der eine Versicherung zuletzt durchgeführt wurde; eine Mitgliedschaft bei einer landwirtschaftlichen Krankenkasse wird in diesem Zusammenhang nicht berücksichtigt.

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

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

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

Die Krankenkasse prüft ihre Zuständigkeit für die Bearbeitung der Meldung. Stellt die Krankenkasse fest, dass eine andere Krankenkasse zuständig ist, so leitet sie die Meldung zur KVdR an diese weiter. Eine Abgabennachricht an die den Rentenantrag aufnehmende Stelle ist nicht erforderlich.

Ist für die Durchführung der Rentenantragstellermemberschaft nach § 189 SGB V eine andere Krankenkasse zuständig, als die, bei der bis zum Tag der Rentenantragstellung eine Versicherung bestand, hat die gewählte oder neu zuständige Krankenkasse die Meldung zur KVdR nach § 201 Absatz 1 SGB V zu bearbeiten (z.B. weil vor Beginn der Familienversicherung eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse bestand und die Bindungsfrist nach § 175 Absatz 4 Satz 1 SGB V noch nicht abgelaufen ist, vgl. A V 4.4.1). Dies gilt selbst dann, wenn die bisherige Krankenkasse die Meldung nach § 201 Absatz 1 SGB V gegenüber dem Rentenversicherungsträger bereits abgesetzt hat; in diesem Fall hat die bisherige Krankenkasse ihre Meldung gegenüber dem Rentenversicherungsträger zu stornieren. Die gewählte oder neu zuständige Krankenkasse hat auch die Prüfung der Vorversicherungszeit vorzunehmen.

Von der bisher zuständigen Krankenkasse, die die Meldung nach § 201 Absatz 1 SGB V erhalten hat, sind vor Weiterleitung der Meldung die Versicherungszeiten mit den in ihrem Bestand vorhandenen Versicherungszeiten zu vergleichen. Abweichende Zeiten sind der zuständigen Krankenkasse mitzuteilen.

Führt zur Zeit der Rentenantragstellung eine landwirtschaftliche Krankenkasse aufgrund einer Familienversicherung die Krankenversicherung durch und ergibt die Prüfung, dass die Voraussetzungen für die KVdR erfüllt sind, beendet die landwirtschaftliche Krankenkasse die Familienversicherung; sie unterrichtet die zeitlich letzte Krankenkasse, die vor Beginn der Familienversicherung die Krankenversicherung durchgeführt hat über das Ergebnis ihrer Prüfung. Die unterrichtete Krankenkasse erstattet die Meldung nach § 201 Absatz 1 SGB V an die Rentenversicherung und übernimmt das weitere Verfahren.

2.1.3 Rentenbezug

Nach § 205 Nr. 1 SGB V bzw. § 31 KVLG 1989 haben die Versicherungspflichtigen ihrer Krankenkasse den Beginn und die Höhe ihrer Rente zu melden. Diese Sachverhalte sind der Krankenkasse regelmäßig schon durch die Meldung des Rentenversicherungsträgers nach § 201 Absatz 4 Nr. 1 SGB V bekannt, sodass eine zusätzliche Mitteilung des Rentners bei Rentenbewilligung entbehrlich ist.

Eine Meldung des Rentners ist immer dann erforderlich, wenn er erst nach Rentenbewilligung (z.B. durch Aufnahme einer Beschäftigung) krankenversicherungspflichtig wird.

2.2 Meldungen der Krankenkasse

2.2.1 Wahl einer Krankenkasse

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

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

2.2.2 Beginn und Ende einer Vorrangversicherung bei in der KVdR versicherten Rentnern

Die KVdR wird durch die Versicherungspflicht aufgrund einer Beschäftigung verdrängt. Eine Meldung braucht nicht erstattet zu werden, wenn für die Durchführung des Versicherungsverhältnisses aufgrund der Beschäftigung dieselbe Krankenkasse zuständig ist, die auch die KVdR durchführt.

Für den Fall, dass für die Versicherung im Rahmen der Beschäftigung eine andere Krankenkasse zuständig ist als für die KVdR, schreibt § 201 Absatz 3 SGB V vor, dass die für die Beschäftigung zuständige Krankenkasse der bisherigen Krankenkasse und dem Rentenversicherungsträger den Beginn des versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisses mitzuteilen hat. Entsprechendes gilt bei Beendigung einer solchen Beschäftigung, sofern eine landwirtschaftliche Krankenkasse berührt ist.

2.2.3 Beginn und Ende einer Pflichtversicherung bei nicht in der KVdR versicherten Rentnern

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

2.2.4 Beginn und Ende von Ausschlussgründen für die KVdR

Nach § 5 Absatz 5 SGB V ist die KVdR für hauptberuflich selbständig Erwerbstätige ausgeschlossen. Das Gleiche gilt für Personen, die nach § 6 Absatz 3 SGB V nicht in der KVdR zu versichern sind, weil sie nach § 6 Absatz 1 SGB V oder nach anderen gesetzlichen Vorschriften krankenversicherungsfrei sind oder von der Versicherungspflicht befreit wurden. In diesen Fällen hat die Krankenkasse - obgleich nach dem Gesetz eine Verpflichtung hierzu nicht besteht - dem Rentenversicherungsträger den Beginn und das Ende eines solchen Ausschlussgrundes mitzuteilen, damit dieser den Beitragseinbehalt aus der Rente nach § 255 SGB V einstellt bzw. wieder aufnimmt. Diese Meldung ist unabhängig davon erforderlich, ob der Rentner für die Dauer des Ausschlussgrundes in der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig oder nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V pflicht- oder bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert ist.

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

2.2.5 Besonderheiten in der Pflegeversicherung

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

2.3 Meldungen des Rentenversicherungsträgers

2.3.1 Allgemeines

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

2.3.2 Beginn und Höhe der Rente sowie der laufenden Rentenzahlung

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

2.3.3 Ablehnung oder Rücknahme des Rentenanspruchs

Die Mitgliedschaft als Rentenantragsteller endet mit dem Tag, an dem der Rentenanspruch zurückgenommen oder die Ablehnung des Anspruchs unanfechtbar wird (§ 189 Absatz 2 SGB V, vgl. A VI 3.5). Nach § 201 Absatz 4 Nr. 2 und 3 SGB V besteht daher für den Rentenversicherungsträger eine entsprechende Mitteilungspflicht. Zu melden ist der zuständigen Krankenkasse der Tag, an dem die Rücknahmemitteilung beim Rentenversicherungsträger eingegangen ist oder das Datum des Ablehnungsbescheides.

2.3.4 Beginn, Ende und Rücknahme eines Widerspruchs-/Sozialgerichtsverfahrens

Wird gegen einen ablehnenden Bescheid oder gegen einen Bewilligungsbescheid, mit dem eine befristete Rente bewilligt worden ist, ein Rechtsbehelf oder Rechtsmittel eingelegt, besteht die Rentenantragstellermemberschaft auch für die Dauer des Streitverfahrens (vgl. A VI 2.5). Der Rentenversicherungsträger hat daher der zuständigen Krankenkasse

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

zu melden. Gleiches gilt für den Beginn und das Ende von entsprechenden Klage-, Berufungs- oder Revisionsverfahren und für die Rücknahme eines Rechtsmittels.

2.3.5 Ende, Entzug, Wegfall und sonstige Nichtleistung

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

2.3.6 Beginn und Ende der Beitragszahlung aus der Rente

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

2.3.7 Abgabe des Rentenanspruchs an einen anderen Rentenversicherungsträger oder Rentenzahlung durch einen anderen Rentenversicherungsträger

Ändert sich die Zuständigkeit für die Bearbeitung des Rentenanspruchs, unterrichtet - obgleich nach dem Gesetz eine Verpflichtung hierzu nicht besteht - der bisher zuständige Rentenversicherungsträger die bisherige Krankenkasse hierüber unter Angabe des Abgabedatums.

Wird die Rentenzahlung an einen anderen Rentenversicherungsträger abgegeben, teilt der neu zuständige Rentenversicherungsträger dies der Krankenkasse unter Angabe des Beginns der laufenden Zahlung mit.

3 Meldepflichten bei Versorgungsbezügen

3.1 Allgemeines

Die Meldepflichten bei Versorgungsbezügen regelt § 202 SGB V. Nach § 30 KVLG 1989 gilt § 202 SGB V auch in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung.

Die Meldungen sollen eine reibungslose Abwicklung des Beitragsverfahrens zwischen allen Beteiligten gewährleisten. Für die Meldungen der Pflegekassen an die Zahlstellen von Versorgungsbezügen gilt § 202 SGB V entsprechend.

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

Nach § 202 Absatz 2 SGB V können die Zahlstellen ab dem 1. Januar 2009 ihre Meldungen auf maschinell verwertbaren Datenträgern oder mittels Datenübertragung abgeben. Vom 1. Januar 2011 an ist der maschinelle Datenaustausch zwischen den Zahlstellen und den Krankenkassen verpflichtend. Den Aufbau des Datensatzes, notwendige Schlüsselzahlen und Angaben legt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen in Grundsätzen fest, die vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit zu genehmigen sind; die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände ist anzuhören. Bestandteil dieser Festlegungen sind

- die "Gemeinsame(n) Grundsätze zum maschinell unterstützten Zahlstellen-Meldeverfahren", in denen die Tatbestände enthalten sind, die eine Meldung erfordern und
- die "Beschreibung der Datensätze zur Durchführung des maschinellen Zahlstellen-Meldeverfahrens", in der die Datensatzinhalte und die technische Form der Meldungen zwischen Krankenkasse und Zahlstelle von Versorgungsbezügen festgelegt wurden.

3.2 Meldungen der Versorgungsempfänger

Nach § 202 Absatz 1 Satz 3 SGB V haben Empfänger von Versorgungsbezügen der Zahlstelle ihre Krankenkasse anzugeben, einen Krankenkassenwechsel mitzuteilen sowie die Aufnahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung anzuzeigen.

Darüber hinaus haben nach § 205 Nr. 2 SGB V versicherungspflichtige Versorgungsempfänger ihrer Krankenkasse den Beginn, die Höhe, Veränderungen und die Zahlstelle von Versorgungsbezügen mitzuteilen. Bedeutsam kann diese Meldepflicht dann sein, wenn die Zahlstelle ihrer Meldepflicht noch nicht nachkommen konnte, weil ihr die zuständige Krankenkasse nicht bekannt war oder, wenn der Empfänger der Versorgungsbezüge erst nach deren Zubilligung (z.B. durch Aufnahme einer Beschäftigung) krankenversicherungspflichtig wird.

3.3 Meldungen der Krankenkasse

Die Krankenkasse ist nach § 202 Absatz 1 Satz 4 SGB V verpflichtet, der Zahlstelle bei laufend gezahlten Versorgungsbezügen unverzüglich mitzuteilen:

- die Beitragspflicht des Versorgungsempfängers,
- deren Umfang (maximal beitragspflichtiger Versorgungsbezug) und
- nach welchem Beitragssatz ein Versicherungspflichtiger Beiträge zur Krankenversicherung und Pflegeversicherung aus seinen Versorgungsbezügen zu entrichten hat.

Die Meldung der Krankenkasse ist nach § 202 Absatz 3 SGB V auf maschinellem Wege zu erstatten, wenn die Zahlstelle von Versorgungsbezügen die Zahlung eines laufenden Versorgungsbezuges entsprechend § 202 Absatz 2 SGB V bereits in maschineller Form gegenüber der Krankenkassen angezeigt hat.

Darüber hinaus ist der Bezieher von Versorgungsbezügen unverzüglich über die Beitragspflicht, den Umfang der Beitragspflicht und die für die Versorgungsbezüge maßgebenden Beitragssätze zur Krankenversicherung und Pflegeversicherung zu unterrichten.

Eine Mitteilung über das Ende der Beitragspflicht ist im Gesetz nicht vorgeschrieben. Um Überzahlungen zu vermeiden, empfiehlt es sich dennoch, der Zahlstelle auch das Ende der Beitragspflicht mitzuteilen.

3.4 Meldungen der Zahlstelle von Versorgungsbezügen

Um eine möglichst frühzeitige beitragsrechtliche Erfassung der Versorgungsbezüge zu erreichen, haben die Zahlstellen nach § 202 Absatz 1 Satz 1 SGB V die zuständige Krankenkasse/Pflegekasse von sich aus zu ermitteln und ihr neben Veränderungen der Versorgungsbezüge auch deren Beginn, ihre Höhe sowie das Ende unverzüglich zu melden. Dies gilt entsprechend für Kapitaleistungen und Kapitalabfindungen.

Die Entscheidung über die Beitragspflicht obliegt letztendlich der Krankenkasse. Deshalb ist die Zahlstelle von Versorgungsbezügen verpflichtet, die Höhe des Versorgungsbezuges auch dann in vollem Umfang zu melden, wenn sie der Ansicht ist, dass Teile des Versorgungsbezuges nicht beitragspflichtig sind.

Bei laufenden Beitragszahlungen aus Versorgungsbezügen sind nur Veränderungen zu melden. Als Veränderung im vorgenannten Sinne gilt jede Änderung des Zahlbetrags, auch soweit sich die Änderung auf einen in der Vergangenheit liegenden Zeitraum bezieht. Änderungsmeldungen sind auch dann zu erstatten, wenn sich der Zahlbetrag der Versorgungsbezüge durch Gewährung einer Einmalzahlung erhöht. In diesen Fällen ist einmal für den Monat, in dem die Einmalzahlung gewährt wird, eine Meldung abzugeben; darüber hinaus muss für die anschließende Zeit wiederum der laufende Versorgungsbezug gemeldet werden.

Im Übrigen ist - soweit nichts Abweichendes vereinbart wird - die Änderungsmeldung unabhängig davon zu erstatten, ob die auf die Versorgungsbezüge entfallenden Beiträge von der Zahlstelle einbehalten oder unmittelbar von der Krankenkasse eingezogen werden.

Die Meldungen der Zahlstelle können nach § 202 Absatz 2 SGB V ab dem 1. Januar 2009 im Rahmen des maschinell unterstützten Zahlstellen-Meldeverfahren vorgenommen werden. Bis zum 31. Dezember 2010 sind Papiermeldungen alternativ zulässig.

Die in § 202 SGB V festgelegte Meldeverpflichtung gilt auch für freiwillig versicherte Mitglieder und Familienversicherte, weil im Gegensatz zur Regelung der Beitragszahlung (§ 256 SGB V) ausschließlich die Bewilligung des Versorgungsbezugs die Meldepflicht auslöst. Dies entspricht dem Normzweck der Vorschrift, der darin besteht, eine rechtzeitige, korrekte und vollständige Erfassung der Versorgungsbezüge zu sichern.

Die Zahlstellen haben die Meldungen unverzüglich abzugeben.

3.5 Abweichende Vereinbarungen und Altenteiler-Meldeverfahren

Durch § 202 Absatz 1 Satz 5 SGB V wird den Krankenkassen und den Zahlstellen ermöglicht, praxisgerechte Abweichungen zu vereinbaren, sofern eine korrekte Beitragsabführung gewährleistet ist. Einzelheiten enthält die "Verfahrensbeschreibung der Beitragsabführung zur Kranken- und Pflegeversicherung durch die Zahlstellen".

Hinsichtlich der Feststellung der für die Durchführung der Krankenversicherung zuständigen Krankenkasse bei Beantragung oder Bezug einer Rente aus der Alterssicherung der Landwirte und des weiteren Verfahrens zwischen den Beteiligten finden die gemeinsamen Empfehlungen zum Altenteiler-Meldeverfahren nach § 29 Absatz 1, 4, 5 und 6 KVLG 1989 vom 15. Mai 2001 Anwendung.

4 Meldepflichten bei Arbeitseinkommen

Nach § 205 Nr. 3 SGB V haben Versicherungspflichtige ihrer Krankenkasse den Beginn, die Höhe sowie Veränderungen des Arbeitseinkommens mitzuteilen. Die Meldepflicht gilt für alle in der KVdR versicherten Rentner sowie für die nach anderen Vorschriften krankenversicherungspflichtigen Rentner, wobei nicht erforderlich ist, dass der Rentner ohne diese anderweitige Versicherung in der KVdR versicherungspflichtig wäre. Eine Meldung ist deshalb auch dann zu erstatten, wenn der Rentner die Voraussetzungen für die KVdR nicht erfüllt. Darüber hinaus gilt die Meldepflicht für diejenigen Versicherungspflichtigen, die zwar keine Rente, aber Versorgungsbezüge erhalten.

Die Meldepflicht nach § 205 Nr. 3 SGB V besteht nicht nur dann, wenn während des Bestehens von Versicherungspflicht erstmals Arbeitseinkommen bezogen wird; eine Meldung ist vielmehr auch dann erforderlich, wenn während des Bezugs von Arbeitseinkommen Versicherungspflicht eintritt.

Entsprechendes gilt nach § 31 Nr. 3 KVLG 1989 auch für Versicherungspflichtige der landwirtschaftlichen Krankenkassen.

VIII Beiträge der Rentenantragsteller und Rentner

§ 223 SGB V

Beitragspflicht, beitragspflichtige Einnahmen, Beitragsbemessungsgrenze

(1) - (2) ...

(3) Beitragspflichtige Einnahmen sind bis zu einem Betrag von 1/360 der Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Absatz 7 für den Kalendertag zu berücksichtigen (Beitragsbemessungsgrenze). Einnahmen, die diesen Betrag übersteigen, bleiben außer Ansatz, soweit dieses Buch nichts Abweichendes bestimmt.

§ 225 SGB V

Beitragsfreiheit bestimmter Rentenantragsteller

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

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

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

§ 226 SGB V

Beitragspflichtige Einnahmen versicherungspflichtig Beschäftigter

- (1) Bei versicherungspflichtig Beschäftigten werden der Beitragsbemessung zugrunde gelegt
1. das Arbeitsentgelt aus einer versicherungspflichtigen Beschäftigung,
 2. der Zahlbetrag der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung,
 3. der Zahlbetrag der der Rente vergleichbaren Einnahmen (Versorgungsbezüge),
 4. das Arbeitseinkommen, soweit es neben einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung oder Versorgungsbezügen erzielt wird.

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

(2) Die nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 3 und 4 zu bemessenden Beiträge sind nur zu entrichten, wenn die monatlichen beitragspflichtigen Einnahmen nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 3 und 4 insgesamt ein Zwanzigstel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches übersteigen.

(3) - (4) ...

§ 227 SGB V

Beitragspflichtige Einnahmen versicherungspflichtiger Rückkehrer in die gesetzliche Krankenversicherung und bisher nicht Versicherte

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

§ 228 SGB V

Rente als beitragspflichtige Einnahmen

(1) Als Rente der gesetzlichen Rentenversicherung gelten Renten der allgemeinen Rentenversicherung sowie Renten der knappschaftlichen Rentenversicherung einschließlich der Steigerungsbeträge aus Beiträgen der Höherversicherung.

(2) Bei der Beitragsbemessung sind auch Nachzahlungen einer Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung zu berücksichtigen, soweit sie auf einen Zeitraum entfallen, in dem der Rentner Anspruch auf Leistungen nach diesem Buch hatte. Die Beiträge aus der Nachzahlung gelten als Beiträge für die Monate, für die die Rente nachgezahlt wird.

§ 229 SGB V

Versorgungsbezüge als beitragspflichtige Einnahmen

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

1. Versorgungsbezüge aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis oder aus einem Arbeitsverhältnis mit Anspruch auf Versorgung nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen; außer Betracht bleiben
 - a) lediglich übergangsweise gewährte Bezüge,
 - b) unfallbedingte Leistungen und Leistungen der Beschädigtenversorgung,
 - c) bei einer Unfallversorgung ein Betrag von 20 vom Hundert des Zahlbetrags und
 - d) bei einer erhöhten Unfallversicherung der Unterschiedsbetrag zum Zahlbetrag der Normalversorgung, mindestens 20 vom Hundert des Zahlbetrags der erhöhten Unfallversorgung,
2. Bezüge aus der Versorgung der Abgeordneten, Parlamentarischen Staatssekretäre und Minister,
3. Renten der Versicherungs- und Versorgungseinrichtungen, die für Angehörige bestimmter Berufe errichtet sind,
4. Renten und Landabgaberenten nach dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte mit Ausnahme einer Übergangshilfe,
5. Renten der betrieblichen Altersversorgung einschließlich der Zusatzversorgung im öffentlichen Dienst und der hüttenknappschaftlichen Zusatzversorgung.

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

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

§ 230 SGB V

Rangfolge der Einnahmearten versicherungspflichtig Beschäftigter

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

§ 232a SGB V

Beitragspflichtige Einnahmen der Bezieher von Arbeitslosengeld, Unterhaltsgeld oder Kurzarbeitergeld

(1) Als beitragspflichtige Einnahmen gelten

1. bei Personen, die Arbeitslosengeld oder Unterhaltsgeld nach dem Dritten Buch beziehen, 80 vom Hundert des der Leistung zugrunde liegenden, durch sieben geteilten wöchentlichen Arbeitsentgelts nach § 226 Absatz 1 Satz 1 Nr. 1, soweit es ein Dreihundertsechzigstel der Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Absatz 7 nicht übersteigt; 80 vom Hundert des beitragspflichtigen Arbeitsentgelts aus einem nicht geringfügigen Beschäftigungsverhältnisses sind abzuziehen,
2. bei Personen, die Arbeitslosengeld II beziehen, der dreißigste Teil des 0,3450fachen der monatlichen Bezugsgröße; in Fällen, in denen diese Personen weitere beitragspflichtige Einnahmen haben, wird der Zahlbetrag des Arbeitslosengeldes II für die Beitragsbemessung diesen beitragspflichtigen Einnahmen mit der Maßgabe hinzugerechnet, dass als beitragspflichtige Einnahmen insgesamt der in diesem Satz genannte Teil der Bezugsgröße gilt. Die Festlegung der beitragspflichtigen Einnahmen von Personen, die Arbeitslosengeld II beziehen, wird jeweils bis zum 30. September, erstmals bis zum 30. September 2007, für den gesamten Zeitraum der zweiten Hälfte des Vorjahres und der ersten Hälfte des laufenden Jahres im Vergleich zum Zeitraum vom 1. Juli 2005 bis zum 30. Juni 2006 überprüft. Unterschreiten die Beitragsmehreinnahmen des Gesundheitsfonds aus der Erhöhung des pauschalen Krankenversicherungsbeitrags für geringfügig Beschäftigte im gewerblichen Bereich (§ 249b) in dem in Satz 1 genannten Zeitraum den Betrag von 170 Millionen Euro im Vergleich zum Zeitraum 1. Juli 2005 bis 30. Juni 2006, hat der Gesundheitsfonds gegen den Bund einen entsprechenden Ausgleichsanspruch, der jeweils bis zum Ende des Jahres, in dem die Festlegung durchgeführt wird, abzuwickeln ist. Das Bundesversicherungsamt regelt im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales, dem Bundesministerium für Gesundheit sowie dem Bundesministerium der Finanzen das Nähere über die Höhe des Ausgleichsanspruchs. Dabei ist die Veränderung der Anzahl der geringfügig Beschäftigten zu berücksichtigen.

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

(2) ...

(3) § 226 gilt entsprechend.

§ 236 SGB V

Beitragspflichtige Einnahmen der Studenten und Praktikanten

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

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

§ 237 SGB V

Beitragspflichtige Einnahmen versicherungspflichtiger Rentner

Bei versicherungspflichtigen Rentnern werden der Beitragsbemessung zugrunde gelegt

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

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

§ 238 SGB V

Rangfolge der Einnahmearten versicherungspflichtiger Rentner

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

§ 238a SGB V

Rangfolge der Einnahmearten freiwillig versicherter Rentner

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

§ 239 SGB V

Beitragsbemessung bei Rentenantragstellern

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

§ 240 SGB V

Beitragspflichtige Einnahmen freiwilliger Mitglieder

(1) Für freiwillige Mitglieder wird die Beitragsbemessung einheitlich durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen geregelt. Dabei ist sicherzustellen, dass die Beitragsbelastung die gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des freiwilligen Mitglieds berücksichtigt.

(2) Bei der Bestimmung der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit sind mindestens die Einnahmen des freiwilligen Mitglieds zu berücksichtigen, die bei einem vergleichbaren versicherungspflichtig Beschäftigten der Beitragsbemessung zugrunde zu legen sind. Abstufungen nach dem Familienstand oder der Zahl der Angehörigen, für die eine Versicherung nach § 10 besteht sind unzulässig. Der in Absatz 4 Satz 2 genannte Existenzgründungszuschuss und der zur sozialen Sicherung vorgesehene Teil des Gründungszuschusses nach § 57 des Dritten Buches in Höhe von monatlich 300 Euro dürfen nicht berücksichtigt werden. Die §§ 223 und 228 Absatz 2, § 229 Absatz 2 und die § 238a, § 247 Absatz 1 und § 248 dieses Buches sowie § 23a des Vierten Buches gelten entsprechend.

(3) Für freiwillige Mitglieder, die neben dem Arbeitsentgelt eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, ist der Zahlbetrag der Rente getrennt von den übrigen Einnahmen bis zur Beitragsbemessungsgrenze

zu berücksichtigen. Soweit dies insgesamt zu einer über der Beitragsbemessungsgrenze liegenden Beitragsbelastung führen würde, ist statt des entsprechenden Beitrags aus der Rente nur der Zuschuss des Rentenversicherungsträgers einzuzahlen.

(3a) aufgehoben

(4) Als beitragspflichtige Einnahmen gilt für den Kalendertag mindestens der neunzigste Teil der monatlichen Bezugsgröße. Für freiwillige Mitglieder, die hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind, gilt als beitragspflichtige Einnahmen für den Kalendertag der dreißigste Teil der monatlichen Beitragsbemessungsgrenze (§ 223), bei Nachweis niedrigerer Einnahmen jedoch mindestens der vierzigste, für freiwillige Mitglieder, die Anspruch auf einen monatlichen Gründungszuschuss nach § 57 des Dritten Buches oder einen monatlichen Existenzgründungszuschuss nach § 4211 des Dritten Buches oder eine entsprechende Leistung nach § 16 des Zweiten Buches haben, der sechzigste Teil der monatlichen Bezugsgröße. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmt, unter welchen Voraussetzungen darüber hinaus der Beitragsbemessung hauptberuflich selbständig Erwerbstätiger niedrigere Einnahmen, mindestens jedoch der sechzigste Teil der monatlichen Bezugsgröße, zugrunde gelegt werden. Dabei sind insbesondere das Vermögen des Mitglieds sowie Einkommen und Vermögen von Personen, die mit dem Mitglied in Bedarfsgemeinschaft leben, zu berücksichtigen. Für die Beurteilung der selbständigen Erwerbstätigkeit einer Tagespflegeperson gilt § 10 Abs. 1 Satz 2 und 3 entsprechend. Veränderungen der Beitragsbemessung auf Grund eines vom Versicherten geführten Nachweises nach Satz 2 können nur zum ersten Tag des auf die Vorlage dieses Nachweises folgenden Monats wirksam werden. Für freiwillige Mitglieder, die Schüler einer Fachschule oder Berufsfachschule oder als Studenten an einer ausländischen staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule eingeschrieben sind oder regelmäßig als Arbeitnehmer ihre Arbeitsleistung im Umherziehen anbieten (Wandergesellen), gilt § 236 in Verbindung mit § 245 Absatz 1 entsprechend. Satz 1 gilt nicht für freiwillige Mitglieder, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Stellung des Rentenanspruchs mindestens neun Zehntel der zweiten Hälfte dieses Zeitraums Mitglied oder nach § 10 versichert waren; § 5 Absatz 2 Satz 1 gilt entsprechend.

(4a) ...

(5) aufgehoben

§ 241 SGB V

Allgemeiner Beitragssatz

(1) Die Bundesregierung legt nach Auswertung der Ergebnisse eines beim Bundesversicherungsamt zu bildenden Schätzerkreises durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates erstmalig bis zum 1. November 2008 mit Wirkung ab dem 1. Januar 2009 den allgemeinen Beitragssatz in Hundertstel der beitragspflichtigen Einnahmen fest.

(2) Erforderliche Veränderungen des allgemeinen Beitragssatzes sollen jeweils bis zum 1. November eines Jahres mit Wirkung vom 1. Januar des Folgejahres festgelegt werden. Der Beitragssatz ist jeweils auf eine Dezimalstelle aufzurunden. Wenn der Beitragssatz durch Rechtsverordnung zum 1. eines Monats in Kraft treten soll, hat die Festlegung spätestens zum 1. des vorvergangenen Monats zu erfolgen. Die Anpassung des Beitragssatzes erfolgt durch Rechtsverordnung der Bundesregierung ohne Zustimmung des Bundesrates.

(3) Über den beabsichtigten Erlass einer Rechtsverordnung nach Absatz 2 unterrichtet die Bundesregierung den Deutschen Bundestag so rechtzeitig, dass diesem die Möglichkeit zur Befassung mit der beabsichtigten Festsetzung oder Anpassung gegeben wird.

(4) Die Frist nach Absatz 3 gilt als erfüllt, wenn zwischen der Unterrichtung und der Beschlussfassung über die Verordnung nach Absatz 2 mindestens drei Wochen liegen.

§ 242 SGB V

Kassenindividueller Zusatzbeitrag

(1) Soweit der Finanzbedarf einer Krankenkasse durch die Zuweisungen aus dem Fonds nicht gedeckt ist, hat sie in ihrer Satzung zu bestimmen, dass von ihren Mitgliedern ein Zusatzbeitrag erhoben wird. Der Zusatzbei-

trag ist auf 1 vom Hundert der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds begrenzt. Abweichend von Satz 2 erhebt die Krankenkasse den Zusatzbeitrag ohne Prüfung der Höhe der Einnahmen des Mitglieds, wenn der monatliche Zusatzbeitrag den Betrag von 8 Euro nicht übersteigt. Von Mitgliedern, die das Sonderkündigungsrecht nach § 175 Absatz 4 Satz 5 wegen der erstmaligen Erhebung des Zusatzbeitrags fristgemäß ausgeübt haben, wird der Zusatzbeitrag nicht erhoben. Wird das Sonderkündigungsrecht wegen einer Erhöhung des Zusatzbeitrags ausgeübt, wird der erhöhte Zusatzbeitrag nicht erhoben. Wird die Kündigung nicht wirksam, wird der Zusatzbeitrag im vollen Umfang erhoben.

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

(3) Die Krankenkassen haben den Zusatzbeitrag nach Absatz 1 so zu bemessen, dass er zusammen mit den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds und den sonstigen Einnahmen die im Haushaltsjahr voraussichtlich zu leistenden Ausgaben und die vorgeschriebene Auffüllung der Rücklage deckt. Ergibt sich während des Haushaltsjahres, dass die Betriebsmittel der Krankenkasse einschließlich der Zuführung aus der Rücklage zur Deckung der Ausgaben nicht ausreichen, ist der Zusatzbeitrag durch Änderung der Satzung zu erhöhen. Muss eine Kasse kurzfristig ihre Leistungsfähigkeit erhalten, so hat der Vorstand zu beschließen, dass der Zusatzbeitrag bis zur satzungsmäßigen Neuregelung erhöht wird; der Beschluss bedarf der Genehmigung der Aufsichtsbehörde. Kommt kein Beschluss zustande, ordnet die Aufsichtsbehörde die notwendige Erhöhung des Zusatzbeitrags an. Klagen gegen die Anordnung nach Satz 4 haben keine aufschiebende Wirkung.

(4) Der Spitzenverband Bund legt dem Deutschen Bundestag über das Bundesministerium für Gesundheit spätestens bis zum 30. Juni 2011 einen Bericht vor, in dem die Erfahrungen mit der Überforderungsklausel nach Absatz 1 wiedergegeben werden. Die Bundesregierung überprüft anhand dieses Berichts, ob Änderungen der Vorschrift vorgenommen werden sollen.

§ 243 SGB V

Ermäßigter Beitragssatz

(1) Für Mitglieder, die keinen Anspruch auf Krankengeld haben, gilt ein ermäßigter Beitragssatz. Dies gilt nicht für die Beitragsbemessung nach § 240 Absatz 4a.

(2) Die Bundesregierung legt den ermäßigten Beitragssatz durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates erstmalig zum 1. November 2008 mit Wirkung ab dem 1. Januar 2009 in Hundertsteln der beitragspflichtigen Einnahmen fest. Bei der Berechnung ist der voraussichtliche Anteil der Ausgaben für Krankengeld an den Gesamtausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung zu Grunde zu legen.

(3) § 241 Absatz 2 bis 4 gilt entsprechend.

§ 244 SGB V

Ermäßigter Beitrag für Wehrdienstleistende und Zivildienstleistende

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

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

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

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

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

§ 247 SGB V

Beitragssatz aus der Rente

Für Versicherungspflichtige findet für die Bemessung der Beiträge aus Renten der gesetzlichen Rentenversicherung der allgemeine Beitragssatz nach § 241 Anwendung.

§ 248 SGB V

Beitragssatz aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen

Bei Versicherungspflichtigen gilt für die Bemessung der Beiträge aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen der allgemeine Beitragssatz. Abweichend von Satz 1 gilt bei Versicherungspflichtigen für die Bemessung der Beiträge aus Versorgungsbezügen nach § 229 Absatz 1 Satz 1 Nr. 4 die Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes zuzüglich 0,45 Beitragssatzpunkte.

§ 249a SGB V

Tragung der Beiträge bei Versicherungspflichtigen mit Rentenbezug

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

§ 250 SGB V

Tragung der Beiträge durch das Mitglied

(1) Versicherungspflichtige tragen die Beiträge aus

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

sowie den Zusatzbeitrag nach § 242 allein.

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

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

§ 106 SGB VI

Zuschuss zur Krankenversicherung

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

(2) Für Rentenbezieher, die freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, wird der monatliche Zuschuss in Höhe des halben Betrages geleistet, der sich aus der Anwendung des um 0,9 Beitragssatzpunkte verminderten allgemeinen Beitragssatzes der gesetzlichen Krankenversicherung auf den Zahlbetrag der Rente ergibt.

(3) Für Rentenbezieher, die bei einem Krankenversicherungsunternehmen versichert sind, das der deutschen Aufsicht unterliegt, wird der monatliche Zuschuss in der Höhe des halben Betrages geleistet, der sich aus der Anwendung des um 0,9 Beitragssatzpunkte verminderten allgemeinen Beitragssatzes der gesetzlichen Krankenversicherung auf den Zahlbetrag der Rente ergibt. Der monatliche Zuschuss wird auf die Hälfte der tatsächlichen Aufwendungen für die Krankenversicherung begrenzt. Beziehen Rentner mehrere Renten, wird ein begrenzter Zuschuss von den Rentenversicherungsträgern anteilig nach dem Verhältnis der Höhen der Renten geleistet. Er kann auch in einer Summe zu einer dieser Renten geleistet werden.

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

§ 55 SGB XI

Beitragssatz, Beitragsbemessungsgrenze

(1) Der Beitragssatz beträgt bundeseinheitlich 1,95 vom Hundert; er wird durch Gesetz festgesetzt. Für Personen, bei denen § 28 Absatz 2 Anwendung findet, beträgt der Beitragssatz die Hälfte des Beitragssatzes nach Satz 1.

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

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

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

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

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

§ 56 SGB XI

Beitragsfreiheit

(1) ...

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

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

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

(3) ...

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

§ 57 SGB XI

Beitragspflichtige Einnahmen

(1) Bei Mitgliedern der Pflegekasse, die in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind, gelten für die Beitragsbemessung die §§ 226 bis 238 und § 244 des Fünften Buches sowie §§ 23a und 23b Absatz 2 bis 4 des Vierten Buches. Bei Personen, die Arbeitslosengeld II beziehen, ist abweichend von § 232a Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 des Fünften Buches der 30. Teil des 0,3620fachen der monatlichen Bezugsgröße zugrunde zu legen.

(2) - (3) ...

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

(5) ...

§ 59 SGB XI

Beitragstragung bei anderen Mitgliedern

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

(2) - (3) ...

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

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

1 Allgemeines

Die nachfolgenden Ausführungen beschränken sich überwiegend auf die ab dem 1. Januar 2009 geltenden beitragsrechtlichen Regelungen. Die vor dem 1. Januar 2009 geltenden Verfahren sind unter Abschnitt A VIII 3.2.2.1.1, 3.2.2.2.1 und 3.2.2.4.1 dieses Rundschreibens zusammengefasst.

2 Beiträge der Rentenantragsteller

2.1 Allgemeines

Beitragspflichtige Rentenantragsteller, die nach § 189 SGB V als Mitglieder gelten, werden bei der Beitragsberechnung wie freiwillige Mitglieder ohne Rentenbezug behandelt (§ 239 Satz 3 SGB V). Gleiches gilt für Mitglieder in der KVdR, bei denen die Rentenzahlung eingestellt worden ist. Die Beitragsbemessung wird durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen festgelegt; dabei gilt § 240 SGB V (beitragspflichtige Einnahmen freiwilliger Mitglieder) entsprechend. Rentenantragsteller haben auch zur sozialen Pflegeversicherung Beiträge zu entrichten (vgl. § 57 Absatz 4 SGB XI).

§ 225 Satz 1 SGB V regelt die Beitragsfreiheit bestimmter Personen, die einen Rentenantrag gestellt haben. Beitragsfreiheit besteht nach § 225 Satz 2 SGB V jedoch nicht, soweit der Rentenantragsteller Arbeitseinkommen oder Versorgungsbezüge erhält. Die Beitragsfreiheit gilt auch in der Pflegeversicherung, selbst für solche Rentenantragsteller, für die ohne die Rentenantragstellermemberschaft eine Familienversicherung nach § 25 SGB XI bestünde, obwohl das Elfte Buch Sozialgesetzbuch diese Regelung nicht vorsieht; darüber hinaus führen noch weitere Tatbestände zur Beitragsfreiheit (§ 56 Absatz 2 und 4 SGB XI - vgl. A VIII 3.6).

2.2 Beitragsbemessung bei Rentenantragstellern und gleichgestellten Rentnern

2.2.1 Personenkreis

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

Die für Rentenantragsteller maßgebende Beitragsbemessung gilt entsprechend

- für die Zeit nach dem Wegfall oder Entzug der Rente bis zum Ende der Mitgliedschaft nach § 190 Absatz 11 Nr. 1 SGB V,
- für die Dauer des Zeitraums des Versagens der Rente nach § 66 SGB I oder § 104 SGB VI und
- bei Feststellung einer Rente für zurückliegende Zeiträume für die Zeit nach Ablauf des Rentenanspruchs bis zum Ende der Mitgliedschaft nach § 190 Absatz 11 Nr. 2 SGB V.

2.2.2 Beitragsbemessung und Beitragssatz

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmt, welche Einnahmearten der Beitragsbemessung zugrunde gelegt werden. Dabei ist sicherzustellen, dass die Beitragsbelastung die gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des Rentenantragstellers berücksichtigt. Beiträge sind für den Kalendertag mindestens vom 90. Teil der monatlichen Bezugsgröße, höchstens bis zur Beitragsbemessungsgrenze nach § 223 Absatz 3 SGB V zu erheben. Für die Beitragsbemessung ist grundsätzlich der ermäßigte Beitragssatz maßgebend.

Für Beiträge aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen ist jedoch § 248 SGB V auch bei Rentenantragstellern anzuwenden. In diesen Fällen wird für die genannten Einnahmen der allgemeine Beitragssatz angesetzt (vgl. A VIII 3.2.2.2).

Der Beitragssatz zur sozialen Pflegeversicherung beträgt nach § 55 Absatz 1 Satz 1 SGB XI 1,95 v.H. Für kinderlose Rentenantragsteller erhöht sich der Beitragssatz nach § 55 Absatz 3 SGB XI um 0,25 Beitragssatzpunkte auf 2,20 v.H. der beitragspflichtigen Einnahmen (vgl. A VIII 3.2.2.5 und 3.2.2.6).

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

2.2.3 Tragung der Beiträge und Rückzahlung von Beiträgen

Beitragspflichtige Rentenantragsteller haben die Beiträge vom Tag der Rentenantragstellung bis zum Beginn der Rente allein zu tragen (§ 250 Absatz 2 SGB V). Der Rentenantragsteller bleibt auch dann Beitragsschuldner, wenn die Beiträge von Dritten übernommen werden (z.B. von Sozialhilfeträgern aufgrund des § 32 Absatz 1 SGB XII).

Wird dem Rentenantrag entsprochen, sind ab Rentenbeginn Beiträge nach § 237 SGB V zu zahlen; die für diese Zeit vom Versicherten im Rahmen der Mitgliedschaft nach § 189 SGB V entrichteten Beiträge sind ihm von der Krankenkasse nach § 26 SGB IV zurückzuzahlen. Die Gewährung von Leistungen steht der Erstattung der zu Unrecht entrichteten Rentenantragstellerbeiträge nicht entgegen, da für denselben Zeitraum rechtswirksame Beiträge nach § 237 SGB V vorhanden sind.

2.3 Beitragsfreiheit

2.3.1 Personenkreis

2.3.1.1 Hinterbliebene Ehegatten und Waisen eines Rentners

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

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

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

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

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

war, besteht gleichwohl Beitragsfreiheit.

Wird nach dem Tode des Versicherten eine Rente wegen Alters oder verminderter Erwerbsfähigkeit rückwirkend zuerkannt, führt dies für den hinterbliebenen Ehegatten und die Waisen ebenfalls zur Beitragsfreiheit nach § 225 Satz 1 Nr. 1 oder 2 SGB V. Bereits gezahlte Rentenantragstellerbeiträge sind von Beginn an zurückzuzahlen.

2.3.1.2 Familienversicherte

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

Beispiel:

Mitgliedschaft aufgrund versicherungspflichtiger Beschäftigung bei Krankenkasse A

Rentantrag am	4.5.2009
Aufgabe der Beschäftigung am	31.5.2009

Ehegatte Mitglied der Krankenkasse B

Potenzielle Familienversicherung für den Rentenantragsteller bei der Krankenkasse B ab	1.6.2009
--	----------

Ergebnis:

Der Rentenantragsteller wird ab 1.6.2009 bei der Krankenkasse A beitragsfrei geführt.

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

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

Beispiel:

Tod des versicherungspflichtig beschäftigten Arbeitnehmers (ohne Rentenbezug) am	19.10.2009
Witwenrentenantrag (die Witwe war bisher familienversichert) und Beginn der Rentenantragstellermitgliedschaft am	26.10.2009
Waisenrentenantrag (die Waise ist 12 Jahre alt und war bisher familienversichert) und Beginn der Rentenantragstellermitgliedschaft am	26.10.2009

Ergebnis:

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

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

Beispiel:

Antrag auf Gewährung einer Rente aus eigener Versicherung der dem Grunde nach familienversicherten Ehefrau am	18.6.2009
Beginn der beitragsfreien Rentenantragstellermitgliedschaft am	18.6.2009
Tod des Ehemannes (Rentenbezieher) am	13.7.2009
Antrag auf Witwenrente am	16.7.2009

Ergebnis:

Die Rentenantragstellermitgliedschaft ist ab 18.6.2009 beitragsfrei durchzuführen nach § 225 Satz 1 Nr. 3 SGB V. Die potenzielle Familienversicherung und damit die Beitragsfreiheit endet mit dem Tod des Mitglieds am 13.7.2009. Ab 16.7.2009 besteht Beitragsfreiheit nach § 225 Satz 1 Nr. 1 SGB V.

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

2.3.2 Ausschluss der Beitragsfreiheit

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

Beispiel:

Tod eines nach § 5 Absatz 1 Nr. 11 SGB V versicherten Rentenbeziehers am	15.7.2009
Antrag auf Witwenrente am	17.7.2009

Aufgrund der Rentenantragstellung wird eine Mitgliedschaft nach § 189 SGB V begründet. Vor Zubilligung der Witwenrente erhält die Witwe eine Betriebsrente (Hinterbliebenenversorgung), die ein Zwanzigstel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV überschreitet.

Ergebnis:

Die Witwe gehört zu dem Personenkreis, der nach § 225 Satz 1 Nr. 1 SGB V als Rentenantragsteller grundsätzlich beitragsfrei ist. Die Versorgungsbezüge (Betriebsrente) unterliegen jedoch nach § 225 Satz 2 SGB V der Beitragspflicht.

3. Beiträge der Rentner

3.1 Beitragspflichtige Einnahmen

3.1.1 Allgemeines

Der Beitragspflicht in der KVdR unterliegen nach § 226 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 bis 4 und § 237 SGB V

- die Renten der gesetzlichen Rentenversicherung,
- die der Rente vergleichbaren Einnahmen (Versorgungsbezüge) und
- das Arbeitseinkommen

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

Bei nach § 20 Absatz 1 SGB XI in der sozialen Pflegeversicherung versicherungspflichtigen Rentnern sind für die Berechnung der Beiträge die beitragspflichtigen Einnahmen wie in der Krankenversicherung maßgebend (§ 57 Absatz 1 SGB XI).

3.1.2 Rente

3.1.2.1 Renten der gesetzlichen Rentenversicherung, andere Renten

Als Renten der gesetzlichen Rentenversicherung kommen nach § 228 Absatz 1 SGB V die Renten der allgemeinen Rentenversicherung sowie die Renten der knappschaftlichen Rentenversicherung einschließlich der Steigerungsbeträge

der Höherversicherung in Betracht (vgl. A I 3.1). Witwen-/Witwerrentenabfindungen nach § 107 SGB VI gelten nicht als Renten im Sinne von § 228 SGB V und unterliegen somit nicht der Beitragspflicht zur Kranken- und Pflegeversicherung.

Die Renten aus der gesetzlichen Unfallversicherung werden für die Beitragsbemessung nicht herangezogen. Das Gleiche gilt für die Renten nach dem Bundesversorgungsgesetz und für die Renten, die in entsprechender Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes gewährt werden, sowie für die Renten und laufenden Geldleistungen nach dem Lastenausgleichsgesetz, dem Reparationsschädengesetz, dem Flüchtlingshilfegesetz und dem Entschädigungsrentengesetz. Unberücksichtigt bleiben ferner Rentenleistungen aus ausländischen Rentensystemen, Leistungen für Kindererziehung an Mütter der Geburtsjahrgänge vor 1921 bzw. vor 1927 im Beitrittsgebiet sowie Renten nach dem ALG (vgl. aber A VIII 2.1.3.5).

Nach § 226 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 und § 237 Satz 1 Nr. 1 SGB V unterliegen Renten mit ihrem Zahlbetrag der Beitragspflicht. Unter Zahlbetrag der Rente im Sinne dieser beitragsrechtlichen Vorschriften ist der Betrag zu verstehen, der sich nach Anwendung aller Versagens- oder Nichtleistungsvorschriften und ohne die Kinderzuschüsse nach § 270 SGB VI ergibt (so genannter Bruttorentenbetrag). Anders als bei der versicherungsrechtlichen Anspruchsprüfung nach § 10 SGB V (vgl. A IV) ist der Beitragsbemessung pflichtversicherter Rentner auch der auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallende Teil des Rentenzahlbetrages zugrunde zu legen. Eine Beschränkung der Beitragspflicht auf den Ertragsanteil ist ebenfalls nicht vorgesehen (vgl. BSG-Urteil vom 21. September 2005 - B 12 KR 12/04 R -, USK 2005-25).

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

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

3.1.2.2 Rentennachzahlungen

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

- eine Mitgliedschaft aufgrund von Versicherungspflicht (§ 5 Absatz 1 Nr. 1 bis 12 SGB V),
- eine Familienversicherung (§ 10 SGB V, § 7 KVLG 1989) oder
- ein Anspruch auf Leistungen nach § 19 SGB V

bestand.

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

Nicht erforderlich ist in diesem Zusammenhang, dass die Familienversicherung bzw. der Leistungsanspruch nach § 19 SGB V unmittelbar vor Beginn der Versicherungspflicht bestanden hat. Eine ggf. ebenfalls im Nachzahlungszeitraum liegende freiwillige Versicherung steht der Anwendbarkeit des § 228 Absatz 2 SGB V für die Zeiten der Familienversicherung bzw. des nachgehenden Leistungsanspruchs nicht entgegen, auch wenn für die Zeit der freiwilligen Versicherung selbst eine Erhebung von Beiträgen durch den Rentenversicherungsträger nach § 228 Absatz 2 SGB V nicht in Betracht kommt.

Beispiel:

Rentenbeginn:	1.2.2009
Rentenantragstellung am:	6.4.2009
Beginn der laufenden Rentenzahlung:	1.6.2009
Beginn der KVdR-Mitgliedschaft am:	6.4.2009
Familienversicherung nach § 10 SGB V bis:	28.2.2009
Freiwillige Mitgliedschaft vom:	1.3.2009 bis 5.4.2009

Ergebnis:

Vom 6.4.2009 an besteht die Pflicht zur Beitragszahlung aus der Rente unmittelbar wegen der bestehenden Pflichtmitgliedschaft in der KVdR. Da der laufende Rentenbezug Beitragspflicht auslöst, hat der Rentenberechtigte nach § 228 Absatz 2 SGB V auch für die Zeit der Rentennachzahlung, in der die - grundsätzlich beitragsfreie - Familienversicherung bestand, also vom 1.2.2009 bis 28.2.2009, Beiträge aus der Rente zu entrichten. Für die Zeit der freiwilligen Versicherung sind dagegen keine Beiträge nach § 228 Absatz 2 SGB V aus der Rente einzubehalten, hier kommt u. U. die Zahlung eines Beitragszuschusses nach § 106 Absatz 2 SGB VI in Betracht.

Die von der Nachzahlung zu entrichtenden Beiträge gelten als Beiträge für die Monate, für die die Rente nachgezahlt wird. Dies bedeutet, dass die Nachzahlungsbeträge auf die Monate verteilt werden müssen, für die sie bestimmt sind. Dabei sind für die Beitragsberechnung grundsätzlich die Beitragsbemessungsgrenze und der Beitragsatz der jeweils in Betracht kommenden Monate zugrunde zu legen. Sofern die aus der Nachzahlung einbehaltenen Beiträge Zeiten ab dem 1. Januar 2009 betreffen, sind diese an den Gesundheitsfonds zu zahlen, es sei denn, im jeweiligen Zeitraum hat eine Familienversicherung oder ein nachgehender Anspruch bei einer landwirtschaftlichen Krankenkasse bestanden (für Zeiten bis 31. Dezember 2008 vgl. A IX, 1.3).

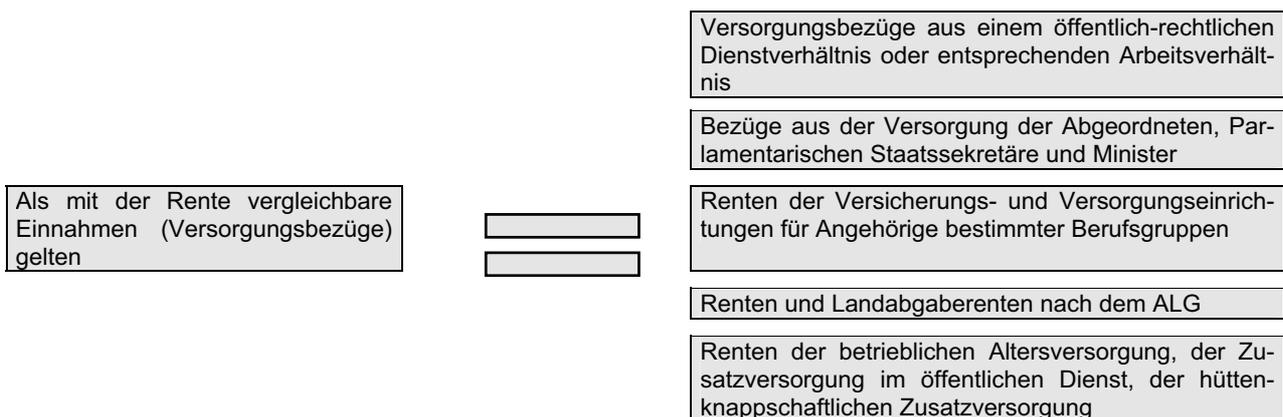
Bei der Beitragsberechnung zur sozialen Pflegeversicherung sind Nachzahlungen von Renten zu berücksichtigen, soweit sie auf einen Zeitraum fallen, in dem der Rentner Anspruch auf Leistungen der Krankenversicherung hatte (§ 57 Absatz 1 SGB XI i.V.m. §§ 237 Satz 2, 228 Absatz 2 SGB V).

3.1.3 Versorgungsbezüge

3.1.3.1 Allgemeines

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

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



Als Versorgungsbezüge im vorgenannten Sinne kommen laufende Geldleistungen und seit dem 1. Januar 2004 auch einmalige Kapitalleistungen in Betracht. Ebenso unterliegen Abfindungen für Versorgungsbezüge der Beitragspflicht (vgl. A VIII 2.1.3.8). Nicht zu den Versorgungsbezügen im Sinne des § 229 Absatz 1 SGB V gehören Nutzungsrechte und Sachleistungen bzw. Deputate; dies gilt selbst dann, wenn diese Sachbezüge in Geldeswert abgegolten werden.

Die Versorgungsbezüge werden - ebenso wie die Renten der gesetzlichen Rentenversicherung - mit ihrem Zahlbetrag bei der Ermittlung der beitragspflichtigen Einnahmen berücksichtigt. Unter Zahlbetrag ist dabei der unter Anwendung aller Versagens-, Kürzungs- und Ruhensvorschriften zur Auszahlung gelangende Betrag zu verstehen. Die auf die Versorgungsbezüge entfallende Steuer darf ebenso wenig abgezogen werden wie eventuelle Abzweigungsbeträge infolge einer Aufrechnung, Verrechnung, Abtretung oder Pfändung bzw. Abzweigungsbeträge nach § 94 Absatz 5 ALG (geteilte Auszahlung der Rente). Unterhaltszahlungen an den geschiedenen Ehegatten mindern ebenfalls nicht den Zahlbetrag

der Versorgungsbezüge. Gleiches gilt im Falle eines schuldrechtlichen Versorgungsausgleichs nach §§ 1587f ff. BGB (vgl. Urteile des BSG vom 28. Januar 1999 - B 12 KR 19/98 R - und - B 12 KR 24/98 R -). Dagegen reduzieren Abzweigungsbeträge nach § 1587b BGB (z.B. Kürzungsbeträge nach § 57 des Beamtenversorgungsgesetzes) im Rahmen des Versorgungsausgleichs den Zahlbetrag der Versorgungsbezüge.

Bei der Ermittlung der beitragspflichtigen Einnahmen bleiben im Gegensatz zu Renten der gesetzlichen Rentenversicherung Kinderzuschüsse oder Erhöhungsbeträge für Kinder bei Versorgungsbezügen nicht außer Betracht (vgl. Urteil des BSG vom 25. Oktober 1988 - 12 RK 10/87 -, USK 88146).

Zu den Versorgungsbezügen gehören auch Einmalzahlungen (z.B. Weihnachtsgelder) sowie sonstige laufend gewährte Zulagen, und zwar unabhängig von ihrer Bezeichnung (vgl. Urteil des BSG vom 18. März 1993 - 8 RKn 2/92 -, USK 9309).

Versorgungsbezüge mit Entschädigungscharakter sind nicht vergleichbar mit Renten der gesetzlichen Rentenversicherung und unterliegen deshalb nicht der Beitragspflicht.

Von der Beitragspflicht werden grundsätzlich auch Nachzahlungen von Versorgungsbezügen erfasst (§ 229 Absatz 2 SGB V). Die Erläuterungen unter A VIII 2.1.2.2 gelten entsprechend.

3.1.3.2 Pensionen

An erster Stelle werden in § 229 Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V die Versorgungsbezüge aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis genannt. Es handelt sich dabei um

- die Versorgungsleistungen der Beamten und Richter nach dem Beamtenversorgungsgesetz (BeamtVG),
- die Versorgungsleistungen nach dem Gesetz zur Regelung der Rechtsverhältnisse der unter Artikel 131 des Grundgesetzes (GG) fallenden Personen (Artikel 131 GG ist durch § 1 des Dienstrechtlichen Kriegsfolgenbereinigungsgesetzes (DKfAG) vom 20. September 1994 (BGBl. I S. 2452) gestrichen worden, gilt aber gemäß § 2 DKfAG für die bis zum In-Kraft-Treten des DKfAG nach Artikel 131 GG entstandenen Ansprüche fort; insoweit sind die §§ 69 und 69a BeamtVG maßgebend) und
- die Versorgungsleistungen nach dem Soldatenversorgungsgesetz (SVG).

Des Weiteren nennt § 229 Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V die Versorgungsbezüge, die auf einem Arbeitsverhältnis mit Anspruch auf Versorgung nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen beruhen, wie sie z.B. den dienstordnungsmäßig Angestellten der Körperschaften des öffentlichen Rechts im Bereich der Sozialversicherung zustehen.

Als Versorgungsbezüge im vorgenannten Sinne kommen u.a. Ruhegehalt, Witwengeld, Witwergeld, Waisengeld und Unterhaltsbeiträge für entlassene Beamte sowie für deren Hinterbliebene in Betracht.

Zu den Versorgungsbezügen gehört auch die jährliche Sonderzuwendung; sie ist in dem Monat bei der Beitragsberechnung zu berücksichtigen, in dem sie gezahlt wird. Der Familienzuschlag (bis 30. Juni 1997: kindbezogener Teil des Ortszuschlags), den ein Ruhestandsbeamter erhält, gehört ebenfalls zu den Versorgungsbezügen im Sinne des § 229 Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V (Urteil des BSG vom 17. Dezember 1996 - 12 RK 5/96 -, USK 9681).

Nicht zu den Versorgungsbezügen zählen Leistungen, die nur übergangsweise gezahlt werden. Mithin bleiben z.B. Übergangsgelder, Übergangsbeihilfen und Übergangsgebühnisse für entlassene Beamte und Soldaten bei der Beitragsberechnung unberücksichtigt (vgl. A VIII 3.1.3.6.6).

Ebenso wie die übergangsweise gezahlten Bezüge sind auch die unfallbedingten Leistungen und die Leistungen der Beschädigtenversorgung unberücksichtigt zu lassen.

Außer Betracht bleiben

- bei einer Unfallversorgung mindestens ein Betrag von 20 v.H. des Zahlbetrags und
- bei einer erhöhten Unfallversorgung der Unterschiedsbetrag zum Zahlbetrag der Normalversorgung, mindestens aber 20 v.H. der erhöhten Unfallversorgung; die insoweit erforderliche Vergleichsberechnung obliegt den Zahlstellen der Versorgungsbezüge.

3.1.3.3 Versorgung der Abgeordneten, Minister und Parlamentarischen Staatssekretäre

§ 229 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V nennt als zweite Gruppe der Versorgungsbezüge die Bezüge der Abgeordneten, Minister und Parlamentarischen Staatssekretäre. Hierunter fallen die den ehemaligen Abgeordneten des Deutschen Bundestages sowie der Länderparlamente gewährte Altersentschädigung (einschließlich der Gesundheitsschäden bedingten Erhöhungen) sowie die Leistungen an Hinterbliebene von Abgeordneten, die bei einer Zugehörigkeit zum Bun-

destag oder Landtag von bestimmter Dauer gewährt werden. Ferner gehören zu den Versorgungsbezügen das Ruhegehalt und die Hinterbliebenenversorgung nach dem Bundesministergesetz, das nach dem Gesetz über die Rechtsverhältnisse der Parlamentarischen Staatssekretäre für diese entsprechend anzuwenden ist. Das Gleiche gilt für die Leistungen nach den entsprechenden Gesetzen der Länder. Übergangsweise gezahlte Leistungen bleiben - obwohl das nicht ausdrücklich vorgeschrieben ist - bei der Ermittlung der beitragspflichtigen Einnahmen außer Betracht. Das den Abgeordneten, Ministern und Parlamentarischen Staatssekretären nach dem Ausscheiden aus ihrem Amt geleistete Übergangsgeld wird also nicht zur Beitragsbemessung herangezogen.

3.1.3.4 Berufsständische Versorgungsleistungen

Als Versorgungsbezüge werden nach § 229 Absatz 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V die Renten der Versicherungs- und Versorgungseinrichtungen für bestimmte Berufsgruppen erfasst. Hierbei handelt es sich im wesentlichen um die Leistungen öffentlich-rechtlicher Versicherungs- und Versorgungseinrichtungen der kammerfähigen freien Berufe (z.B. Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte, Apotheker, Rechtsanwälte und Notare, Ingenieure, Architekten, Steuerberater) und der Zusatzversorgung der Bezirksschornsteinfegermeister.

3.1.3.5 Renten nach dem ALG

Als Versorgungsbezüge gelten nach § 229 Absatz 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V ferner Renten und Landabgaberechte nach dem Gesetz über die Alterssicherung für Landwirte (ALG). Die Produktionsaufgaberechte (Grundbetrag) nach dem FELEG gilt ebenfalls als Versorgungsbezug wie auch das Ausgleichsgeld im Sinne des § 14 Absatz 4 FELEG (vgl. B IV). Die Übergangshilfe (§ 106 Absatz 6 ALG) sowie das Überbrückungsgeld (§ 38 ALG) an Witwen und Witwer von landwirtschaftlichen Unternehmern bleiben dagegen bei der Beitragsbemessung außer Betracht.

3.1.3.6 Renten der betrieblichen Altersversorgung

3.1.3.6.1 Allgemeines

§ 229 Absatz 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V nennt schließlich als Versorgungsbezüge die Renten der betrieblichen Altersversorgung (Betriebsrenten). Hierunter fallen die Leistungen der Alters-, Invaliditäts- oder Hinterbliebenenversorgung, die unmittelbar oder mittelbar aus Anlass eines früheren Arbeitsverhältnisses zufließen. Betriebliche Altersversorgung ist auf verschiedenen Durchführungswegen möglich. Dies kann über eine Direktversicherung, Pensionszusage (Direktzusage), Unterstützungskasse, Pensionskasse oder einen Pensionsfonds vollzogen werden. Der Durchführungsweg ist für die beitragsrechtliche Beurteilung, ob ein Versorgungsbezug im Sinne des Krankenversicherungsrechts vorliegt, allerdings ohne Bedeutung. Entscheidend ist hierbei, ob der Versorgungsbezug mit dem Berufsleben im Zusammenhang steht. Ein solcher Zusammenhang ist bei den Leistungen aus einer Direktversicherung oder im Rahmen einer Pensionszusage (Direktzusage) generell und bei den Leistungen der betrieblichen Altersversorgung in Form von Unterstützungskassen, Pensionskassen und Pensionsfonds üblicherweise gegeben. Dagegen besteht kein Zusammenhang, wenn der Arbeitgeber weder Zuschüsse noch Aufwendungen leistet oder auch keine sonstige Einbindung des Arbeitgebers bei der Beschaffung der Altersvorsorge erkennbar ist (z.B. bei der reinen privaten Altersvorsorge).

Den Leistungen der betrieblichen Altersversorgung sind die Leistungen aus Zusatzversicherungen im öffentlichen Dienst oder nach entsprechenden Regelungen sowie die hüttenknappschaftliche Zusatzversorgung gleichgestellt. Ebenfalls zu der betrieblichen Altersversorgung zählen die Leistungen der Zusatzversorgung der Arbeitnehmer in der Land- und Forstwirtschaft.

3.1.3.6.2 Umfang der betrieblichen Altersversorgung

Das Bundessozialgericht hat in mehreren Entscheidungen (Urteile des BSG vom 6. Februar 1992 - 12 RK 37/91 -, USK 9263, vom 21. August 1997 - 12 RK 35/96 -, USK 97159, und vom 11. Oktober 2001 - B 12 KR 4/00 -, USK 2001-38) festgestellt, dass der Begriff der betrieblichen Altersversorgung im Sinne des Beitragsrechts der Krankenversicherung umfassender ist als der nach dem Gesetz zur Verbesserung der betrieblichen Altersversorgung (BetrAVG). Deshalb ist es für die Zuordnung der Leistungen der betrieblichen Altersversorgung zu den Versorgungsbezügen unerheblich, wer die Leistungen im Ergebnis finanziert hat. Dies bedeutet, dass die Leistungen selbst dann zu den Versorgungsbezügen im Sinne des § 226 Absatz 1 SGB V gehören, wenn und soweit sie auf Beiträgen des Arbeitnehmers beruhen. Das gilt auch insoweit, als es sich um Leistungen aufgrund einer Höher- oder Weiterversicherung in einer Pensionskasse handelt oder es um Leistungen aus einer Direktversicherung geht, die durch Entgeltumwandlung finanziert worden ist.

Hieraus ist abzuleiten, dass derjenige, der aufgrund einer bestimmten früheren Berufstätigkeit Mitglied einer entsprechenden Versorgungseinrichtung geworden ist, für seine zusätzliche Altersversorgung nicht irgendeine Form der privaten Vorsorge gewählt hat, sondern sich der betrieblichen Altersversorgung bedient und deren Vorteile nutzt. Unter diesem Gesichtspunkt liegt eine Unteilbarkeit der Versorgungsleistung nicht nur dann vor, wenn der Versicherungsvertrag durch die Beschäftigung begründet und nach dem Ausscheiden aus dem Beschäftigungsverhältnis vom Versicherten fortgesetzt wurde, sondern auch dann, wenn der Versicherungsvertrag ursprünglich vom Versicherten begründet und dann in eine Direktversicherung überführt wurde (vgl. A VIII 3.1.3.8.1).

3.1.3.6.3 „Riester-Renten“

Anstelle der Förderung des Aufbaus einer betrieblichen Altersversorgung besteht die Möglichkeit, die private Altersvorsorge nach § 10a EStG und nach den §§ 79 ff EStG steuerlich zu fördern. Diese so genannte „Riester-Rente“ ist grundsätzlich der privaten Eigenvorsorge zuzurechnen und gehört nicht zu den beitragspflichtigen Versorgungsbezügen. Sofern die „Riester-Rente“ im ursächlichen Zusammenhang mit dem früheren Berufsleben steht, unterliegt sie jedoch der Beitragspflicht als Versorgungsbezug. Hiervon ist insbesondere dann auszugehen, wenn Arbeitgeber ihren Arbeitnehmern tarifliche Leistungen zahlen, die ausschließlich zur Finanzierung der „Prämienzahlung“ für die „Riester-Rente“ dienen.

3.1.3.6.4 Umfang der Beitragspflicht

Zu den bei der Beitragsbemessung zu berücksichtigenden Leistungen der betrieblichen Altersversorgung gehören insbesondere die Altersrenten einschließlich der Kinderzuschüsse sowie die Witwen-, Witwer- und Waisenrenten. Das Gleiche gilt für Weihnachtsgelder oder sonstige Einmalzahlungen und Zuschläge neben den eigentlichen Versorgungsbezügen, und zwar unabhängig davon, ob deren Zahlung in bestimmter Höhe in der Versorgungsregelung festgelegt ist oder ob die Zuwendungen ohne ausdrückliche Zusage vorbehaltlos in regelmäßiger Wiederkehr und in gleicher Höhe gezahlt worden sind. Der Beitragspflicht unterliegen ferner Übergangsgelder, Überbrückungsgelder, Ausgleichszahlungen, Gnadenbezüge u.ä., die im Anschluss an das Arbeitsverhältnis und anstelle der Betriebsrente gewährt werden; diese Leistungen werden allerdings nur bis zur Höhe der später einsetzenden Betriebsrente zur Beitragsleistung herangezogen. Für einen Übergangszeitraum an Hinterbliebene gezahlte erhöhte Versorgungsbezüge (z.B. für das so genannte Sterbevierteljahr) unterliegen dagegen in voller Höhe der Beitragspflicht, vorausgesetzt, dass sie anstelle der Betriebsrente gewährt werden. Dies gilt auch für das in einer Übergangszeit an die Hinterbliebenen von Arbeitnehmern im Todesfall in bisheriger oder gekürzter Höhe weitergezahlte Arbeitsentgelt.

Bei der Beitragsermittlung sind auch Leistungen zur Abgeltung gesetzlicher Ansprüche aus einem Arbeits- oder Dienstverhältnis (z.B. Ausgleichsansprüche nach § 89b HGB) zu berücksichtigen. Hierzu hat das BSG mit Urteil vom 10. März 1994 - 12 RK 30/91 - (USK 9412) entschieden, dass die an einen ehemaligen selbständigen Handelsvertreter aus Anlass des früheren Dienstverhältnisses gezahlte Altersversorgung als Rente der betrieblichen Altersversorgung im Sinne des § 229 Absatz 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V der Beitragspflicht zur KVdR auch insoweit unterliegt, als damit Ausgleichsansprüche nach § 89b HGB abgegolten werden.

3.1.3.6.5 Beitragsfreie Versorgungsleistungen

Keine Versorgungsbezüge im Sinne des § 229 Absatz 1 SGB V sind die Leistungen, die in der Regel nicht durch den Eintritt des Versorgungsfalles ausgelöst werden und nur für einen kurzen Zeitraum (z. B. nur für wenige Monate) gewährt werden, da sie nicht der Versorgung des Begünstigten oder seiner Hinterbliebenen zu dienen bestimmt sind oder die lediglich den betriebsbedingten Verlust der Arbeitsplätze ausgleichen sollen und nicht anstelle eines Versorgungsbezuges gezahlt werden (vgl. A VIII 3.1.3.6.6), ferner einmalig gezahlte Leistungen wie Treueprämien, Jubiläumsgaben, Tantiemepayments sowie Zuschüsse zu Krankheitskosten, Kuren, Operationskosten und bei Todesfällen (Sterbegelder).

Leistungen zur Abgeltung vertraglicher Ansprüche außerhalb eines Arbeits- oder Dienstverhältnisses (z.B. Kaufpreisrenten) bleiben ebenfalls außer Betracht.

Nicht zu den Versorgungsbezügen im vorgenannten Sinne gehören ferner Leistungen aus betrieblichen Sozialplänen.

3.1.3.6.6 Übergangszahlungen

Werden Leistungen vom Zeitpunkt des Ausscheidens aus dem Berufsleben bis zum Eintritt der eigentlichen Betriebs- bzw. der Altersrente gezahlt oder zum Zeitpunkt des Ausscheidens aus dem Berufsleben, auch in diesem Fall unter der Voraussetzung, dass sie der Versorgung des Begünstigten zu dienen bestimmt sind, über mehrere Jahre gezahlt, sind sie als vorgezogene Alterssicherung zu qualifizieren und haben somit einen rentenähnlichen Charakter. Aufgrund dessen unterliegen solche Übergangszahlungen als mit der Rente vergleichbare Einnahmen und somit als Versorgungsbezug im Sinne von § 229 SGB V in voller Höhe der Beitragspflicht.

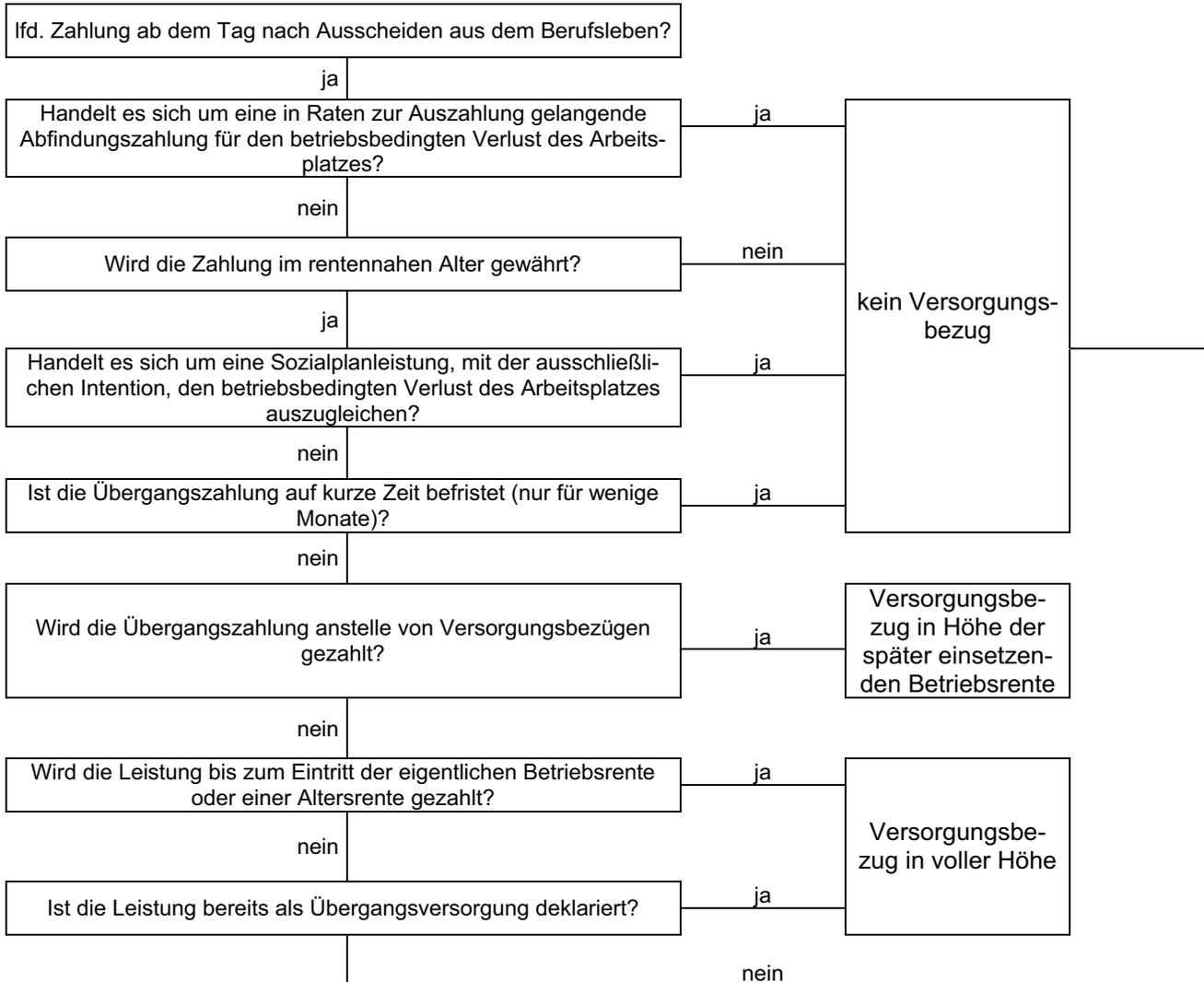
Von einem Versorgungsbezug im Sinne von § 229 SGB V kann ausgegangen werden, wenn die Übergangszahlung im rentennahen Alter

- im direkten Anschluss an das Beschäftigungsverhältnis bis zum Einsetzen einer Altersrente der gesetzlichen Rentenversicherung gezahlt wird oder
- im direkten Anschluss an das Beschäftigungsverhältnis bis zum Einsetzen der eigentlichen betrieblichen Altersversorgung gezahlt wird oder
- bereits in der Rechtsgrundlage diese als zur Versorgung des Versicherten bestimmte Leistung bzw. als Übergangsversorgung deklariert ist oder
- über einen längeren Zeitraum gezahlt wird (mehrere Monate oder Jahre) und der Versorgung des Begünstigten dient.

Darüber hinaus lassen folgende Merkmale darauf schließen, dass es sich bei einer Übergangszahlung um eine vorgezogene betriebliche Altersversorgung im Sinne des § 229 SGB V handeln kann. Diese Merkmale müssen nicht kumulativ erfüllt sein

- Die Übergangszahlung wird anstelle bzw. in Höhe der später einsetzenden betrieblichen Altersversorgung gezahlt.
- Es handelt sich zwar um eine Sozialplanleistung, diese dient aber nicht ausschließlich dazu, den betriebsbedingten Verlust des Arbeitsplatzes auszugleichen.

Bedingt durch die Vielzahl der einzelnen Fallgestaltungen bei den „Übergangszahlungen“ können die vorgenannten Merkmale lediglich als pauschale Richtwerte angesehen werden. Die abschließende Prüfung, ob es sich bei einer Übergangszahlung um einen Versorgungsbezug im Sinne von § 229 SGB V handelt, erfolgt auf Basis der individuellen Verhältnisse im Einzelfall.



Nachfolgende „Übergangszahlungen“ unterliegen nicht der Beitragspflicht als Versorgungsbezug:

- übergangsweise gewährte Bezüge der Abgeordneten, Parlamentarischen Staatssekretäre und Minister,
- Abfindungszahlungen für den betriebsbedingten Verlust des Arbeitsplatzes (auch in Raten gezahlt),
- Übergangszahlungen, die neben den Versorgungsbezügen gezahlt werden,
- der den Zahlbetrag einer dem Grunde nach bereits zustehenden Betriebsrente übersteigende Teil einer Übergangszahlung, die anstelle der Betriebsrente gezahlt wird,
- Übergangsgeld nach §§ 47, 47a BeamtVG,
- einmaliger Ausgleich nach § 48 BeamtVG,
- Übergangsgebühren nach § 11 SVG,
- Ausgleichsbezüge nach § 11a SVG,
- Übergangsbeihilfen nach §§ 12, 13 SVG,
- Übergangsgeld nach § 37 SVG,
- einmaliger Ausgleich nach § 38 SVG.

Oftmals wird bei den Übergangszahlungen die Begrifflichkeit „Vorruhestandsgeld“ verwendet, obwohl es sich nicht um Leistungen nach § 3 Satz 1 Nr. 4 SGB VI handelt. Der Begriff des Vorruhestandsgeldes ist generell in Anlehnung an das Vorruhestandsgesetz zu verstehen, obwohl dieses Gesetz seit dem 1.1.1989 nur noch anzuwenden ist, wenn die Voraussetzungen für einen öffentlich-rechtlichen Anspruch auf Förderung vor diesem Zeitpunkt vorgelegen haben. Notwendiges Element eines Vorruhestandsgeldes im Rechtssinne ist daher unabhängig von der Bezeichnung der konkreten Leistung, dass der Arbeitnehmer gleichermaßen aus seiner letzten Beschäftigung wie auch endgültig aus dem Erwerbsleben ausgeschieden ist. Nur dieser Umstand begründet im Rückgriff auf die beendete Beschäftigung und im zeitlichen Anschluss hieran ein besonderes Schutzbedürfnis, das eigenständig die Einbeziehung in die gesetzliche Rentenversicherung rechtfertigt (BSG-Urteil vom 24. September 2008 - B 12 R 10/07 -).

3.1.3.7 Versorgungsbezüge aus dem Ausland

Nach § 229 Absatz 1 Satz 2 SGB V werden auch Versorgungsbezüge aus dem Ausland oder von zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Einrichtungen als beitragspflichtige Einnahmen herangezogen. Dies gilt allerdings nur insoweit, als die Versorgungsbezüge den in § 229 Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 bis 5 SGB V genannten Leistungen entsprechen. Hierzu zählen auch Versorgungsleistungen (Pensionen) der Europäischen Gemeinschaft an ihre früheren Beamten soweit dem nicht Sonderregelungen des EU-Rechts entgegenstehen. Gesetzliche Rentenleistungen aus ausländischen Rentensystemen sind dagegen nicht als Versorgungsbezüge im vorgenannten Sinne anzusehen.

3.1.3.8 Kapitalleistungen und Kapitalabfindungen

3.1.3.8.1 Kapitalleistungen

Nach § 229 Absatz 1 Satz 3 SGB V unterliegen seit dem 1. Januar 2004 alle Kapitalleistungen, die der Alters- oder Hinterbliebenenversorgung oder der Versorgung bei verminderter Erwerbsfähigkeit dienen, der Beitragspflicht.

Voraussetzung ist ein Bezug zum früheren Erwerbsleben. Die Beitragspflicht von Versorgungsbezügen, die als Kapitalleistung gewährt werden, gilt für alle Versorgungszusagen – auch in laufenden Verträgen – bei denen der Versicherungs-/Versorgungsfall nach dem 31. Dezember 2003 eintritt. Beitragspflicht besteht unabhängig davon, ob die Versorgungsleistung als originäre Kapitalzahlung ohne Wahlrecht zu Gunsten einer Rentenzahlung oder als Kapitalleistung mit Option zu Gunsten einer Rentenzahlung zugesagt wird.

Von einer Hinterbliebenenversorgung ist in Anlehnung an das Rentenrecht dann auszugehen, wenn der Versorgungsempfänger zum anspruchsberechtigten Personenkreis auf eine Rente wegen Todes aus der gesetzlichen Rentenversicherung nach §§ 46 und 48 SGB VI gehört. Im Regelfall ist der Personenkreis der Hinterbliebenen in der jeweiligen Satzung der Zahlstelle genannt.

Für die Ermittlung der beitragspflichtigen Einnahmen ist nach § 229 Absatz 1 Satz 3 SGB V der Zahlbetrag der Kapitalleistungen sind auf zehn Jahre (dies entspricht 1/120 monatlich) umzulegen; § 226 Absatz 2 SGB V findet Anwendung, d.h., die Beitragsentrichtung unterbleibt, wenn nach der Division des beitragspflichtigen Zahlbetrages durch 120 der monatliche Betrag ein Zwanzigstel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 SGB IV nicht übersteigt (vgl. 2.1.3.8.2). Wird die Kapitalleistung in Raten ausgezahlt, ist für die Ermittlung des beitragspflichtigen Anteils im Rahmen der 1/120-Regelung dennoch der Gesamtbetrag heranzuziehen. Hierbei bleiben eventuelle Verzinsungen der einzelnen Raten unberücksichtigt. Maßgeblich für die Ermittlung der beitragspflichtigen Einnahmen ist die mit Eintritt des Leistungsfalls insgesamt zustehende Kapitalleistung.

Bei Direktversicherungen kann es vorkommen, dass wegen der im Versicherungsvertrag genannten Altersgrenze die Kapitalleistung bereits fließt, der Versicherte aber noch weiterhin beschäftigt ist. Auch in diesen Fällen beginnt der Zehn-Jahres-Zeitraum mit dem Ersten des auf die Auszahlung des Kapitalbetrages folgenden Kalendermonats. Soweit in dieser Zeit ein Beschäftigungsverhältnis ausgeübt wird, in der das Arbeitsentgelt des Versicherten über der Beitragsbemessungsgrenze liegt, fallen aus der Kapitalleistung zunächst keine Beiträge an; der Zehn-Jahres-Zeitraum wird dadurch nicht verändert.

Sollte der Versorgungsempfänger vor Ablauf von zehn Jahren versterben, endet auch die Beitragspflicht. In diesen Fällen kann für die Hinterbliebenen eine eigene Beitragspflicht nur dann entstehen, wenn sie als Hinterbliebenenversorgung einen eigenen Kapitalbetrag beanspruchen können.

Das BSG hat zuletzt in seinem Urteil vom 12. Dezember 2007 - B 12 KR 6/06 R - (USK 2007-98) entschieden, dass zu den Renten der betrieblichen Altersversorgung im Sinne des § 229 Absatz 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V auch Leistungen aus einer vom Arbeitgeber für den Arbeitnehmer abgeschlossenen Direktversicherung gehören. Des Weiteren ergibt sich aus diesem Urteil, dass Leistungen aus der Direktversicherung ihren Charakter als Versorgungsbezug nicht deshalb verlieren, weil sie zum Teil oder ganz auf Leistungen des Arbeitnehmers bzw. des Bezugsberechtigten beruhen; sie bleiben auch dann in vollem Umfang Leistungen der betrieblichen Altersversorgung, wenn nach Beendigung der Erwerbstätigkeit die Beiträge allein vom bisher Beschäftigten als Versicherungsnehmer getragen werden; nach den Gründen der Beendigung der Erwerbstätigkeit ist dabei nicht zu differenzieren. Darüber hinaus ergibt sich aus dem BSG-Urteil, dass die gesetzliche Regelung auch hinsichtlich der Höhe der beitragspflichtigen Rentenleistung bei der Begründung der Beitragspflicht von Renten und den Renten vergleichbaren Bezügen seit jeher so verstanden wurden, dass nicht auf den nachweisbaren Zusammenhang mit dem früheren Erwerbsleben abzustellen ist, sondern eine typisierende Anknüpfung daran erfolgt. Die gesetzliche Regelung unterwirft mit den Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und den Versorgungsbezügen im Sinne des § 229 Absatz 1 Satz 1 SGB V grundsätzlich Bezüge von Institutionen und aus anderen Sicherungssystemen der Beitragspflicht, bei denen in der Regel ein Zusammenhang dieses Systems mit einer Erwerbstätigkeit besteht. An dieser sogenannten institutionellen Abgrenzung, die sich allein daran orientiert, ob die Rente von einer Einrichtung der betrieblichen Altersversorgung gezahlt wird und Modalitäten des individuellen Rechts-

erwerbs unberücksichtigt lässt, hält das BSG in dem o.a. Urteil fest. Dadurch wird laut BSG auch die praktische Schwierigkeit vermieden, Zahlungen in einen beitragsfreien und einen beitragspflichtigen Teil aufspalten zu müssen.

Ausgehend von der Entscheidung des BSG vom 12. Dezember 2007 - B 12 KR 6/06 R – unterliegt daher die gesamte Kapitaleistung als Versorgungsbezug im Sinne von § 229 SGB V der Beitragspflicht unterliegt, unabhängig davon, ob die Finanzierung der Leistung ganz oder nur teilweise im Zusammenhang mit dem früheren Erwerbsleben steht.

3.1.3.8.2 Kapitalabfindungen

Kapitalabfindungen für Versorgungsbezüge werden ebenfalls für die Beitragsbemessung nach § 229 Absatz 1 Satz 3 SGB V herangezogen. Hierunter fallen solche Abfindungen, die als nicht regelmäßig wiederkehrende Leistung nach Eintritt des Versorgungsfalles an die Stelle der laufenden Versorgungsbezüge tritt. Dabei gilt ein Einhundertzwanzigstel der Abfindung als monatlicher Zahlbetrag, d.h. der Betrag der Kapitalabfindung wird auf zehn Jahre umgelegt. Die Frist von zehn Jahren beginnt mit dem Ersten des auf die Auszahlung der Kapitalabfindung folgenden Kalendermonats. Werden Versorgungsbezüge für einen Zeitraum von weniger als zehn Jahren abgefunden und anschließend laufend gezahlt, dann kann die Abfindung nur auf den entsprechenden kürzeren Zeitraum verteilt werden. Die Beitragsentrichtung unterbleibt jedoch, wenn der monatliche Betrag ein Zwanzigstel der Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 SGB IV nicht übersteigt (§ 226 Absatz 2 SGB V).

Versorgungsbezüge, die aus Anlass der Wiederverheiratung einer Witwe oder eines Witwers kapitalisiert werden, sind nicht beitragspflichtig (BSG-Urteil vom 22. Mai 2003 - B 12 KR 12/02 R -, USK 2003-6).

3.1.3.8.3 Beitragsrechtliche Behandlung von Abfindungen betrieblicher Altersversorgung während des Beschäftigungsverhältnisses und von Rückkaufwerten

Abfindungen von verfallbaren Anwartschaften auf betriebliche Altersversorgung und Zahlungen von Rückkaufwerten bei vorzeitiger Kündigung einer Direktversicherung sind grundsätzlich als Arbeitsentgelt im Sinne von § 14 Absatz 1 Satz 1 SGB IV anzusehen. Der Grund für die Zahlung, ist für diese Beurteilung unerheblich. Die Beitragspflicht entsteht deshalb auch dann, wenn die Zahlung der Abfindung oder des Rückkaufwertes nicht ausdrücklich vom Beschäftigten verlangt wird, z.B. wenn das Beschäftigungsverhältnis durch Betriebsschließung endet. Voraussetzung für die beitragsrechtliche Behandlung der Abfindung oder des Rückkaufwertes als Arbeitsentgelt ist, dass die Zahlung von dem Arbeitgeber geleistet wird, bei dem die Anwartschaft auf betriebliche Altersversorgung begründet wurde und bei diesem Arbeitgeber das Beschäftigungsverhältnis aktuell besteht oder aktuell beendet wird. Die Zahlungen gelten als einmalig gezahltes Arbeitsentgelt.

Wird die Abfindung einer verfallbaren Anwartschaft auf betriebliche Altersversorgung einschließlich der Zahlungen von Rückkaufwerten bei vorzeitiger Kündigung einer Direktversicherung von einem Arbeitgeber geleistet, zu dem aktuell kein Beschäftigungsverhältnis besteht, gelten diese Leistungen nicht als Arbeitsentgelt, sondern in der Kranken- und Pflegeversicherung als beitragspflichtige Versorgungsbezüge im Sinne von § 229 Absatz 1 Satz 1 i.V.m. Satz 3 SGB V sowie von § 57 Absatz 1 SGB XI. Voraussetzung für die beitragsrechtliche Behandlung als Versorgungsbezug ist, dass die Zahlung im zeitlichen Zusammenhang mit dem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben steht. Ein solcher zeitlicher Zusammenhang ist anzunehmen, wenn der Versicherte das 59. Lebensjahr vollendet hat. Ob ein solcher zeitlicher Zusammenhang anzunehmen ist, muss unter Berücksichtigung der Umstände des Einzelfalles geprüft werden. Bei einer Auszahlung nach Vollendung des 59. Lebensjahres wird dies widerlegbar vermutet. Wird beispielsweise nachgewiesen, dass die Direktversicherung wegen Verlust des Arbeitsplatzes vorzeitig aufgelöst wurde und danach ein Arbeitgeberwechsel stattgefunden hat, liegt kein Ausscheiden aus dem Erwerbsleben vor.

Die Abfindung einer unverfallbaren Anwartschaft auf eine betriebliche Altersversorgung nach § 3 BetrAVG sowie die Abfindung von unverfallbaren Anwartschaften durch vertragliche Bestimmungen gelten weiterhin nicht als Arbeitsentgelt im Sinne der Sozialversicherung, wenn sie wegen Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses gezahlt wird. Einmalige Leistungen, mit denen gesetzliche oder vertraglich unverfallbare Versorgungsanwartschaften abgefunden werden, gehören dann zu den Versorgungsbezügen i. S. des § 229 Absatz 1 SGB V, wenn ein zeitlicher Zusammenhang mit dem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben besteht. Die Prüfung, ob die Abfindung von dem aktuellen oder einem früheren Arbeitgeber geleistet wird, ist nicht erforderlich. Ein solcher zeitlicher Zusammenhang ist auch hier anzunehmen, wenn der Versicherte das 59. Lebensjahr vollendet hat.

3.1.4 Arbeitseinkommen

Arbeitseinkommen ist nach § 15 SGB IV der nach den allgemeinen Gewinnermittlungsvorschriften des Einkommenssteuerrechts ermittelte Gewinn aus einer selbständigen Tätigkeit; Einkommen ist als Arbeitseinkommen zu werten, wenn es als solches nach dem Einkommensteuerrecht zu bewerten ist. Das Arbeitseinkommen entspricht dem steuerrechtli-

chen Gewinn; dieser ist aus dem Steuerbescheid des selbständig tätigen Rentners erkennbar. Welches Einkommen als Arbeitseinkommen zu werten ist, beurteilt sich nach dem Einkommensteuerrecht. Hiernach zählen zum Arbeitseinkommen

- Einkünfte aus selbständiger Arbeit,
- Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft sowie
- Einkünfte aus Gewerbebetrieb.

Bei Landwirten, deren Gewinn aus Land- und Forstwirtschaft nach § 13a EStG ermittelt wird, ist als Arbeitseinkommen der sich aus § 32 Absatz 6 ALG ergebende Wert anzusetzen.

Im Hinblick auf § 5 Absatz 5 SGB V kann es sich bei dem Arbeitseinkommen im Sinne der §§ 226 und 227 SGB V allerdings grundsätzlich nur um ein Arbeitseinkommen aus einer nicht hauptberuflich ausgeübten selbständigen Erwerbstätigkeit handeln.

Für die Anrechnung des Arbeitseinkommens als beitragspflichtige Einnahme ist es nicht erforderlich, dass es sich um regelmäßig wiederkehrendes Arbeitseinkommen handelt. Auch ein in größeren Zeitabständen als monatlich erzielt Arbeitseinkommen muss entsprechend berücksichtigt werden.

Die Gewinnermittlungsvorschriften des Einkommenssteuerrechts stellen grundsätzlich auf das Kalenderjahr ab, so dass die Höhe des Gewinns frühestens nach Ablauf des jeweiligen Kalenderjahres ermittelt werden kann. Da die beitragspflichtigen Einnahmen nicht erst nachträglich festgestellt werden dürfen, ist der Gewinn aus einer selbständigen Tätigkeit im Allgemeinen auf der Grundlage steuerlicher Unterlagen festzusetzen. Nach dem Urteil des BSG vom 22. März 2006 - B 12 KR 14/05 R - (USK 2006-16) führt die darauf aufbauende Beitragsberechnung zu einem Beitrag, der bis zu einer neuen, nur für die Zukunft wirkenden Beitragsermittlung aufgrund späterer Unterlagen rechtmäßig ist; eine Korrektur des Beitrags für die Vergangenheit ist grundsätzlich nicht möglich.

Sofern Versicherte erstmalig eine selbständige Tätigkeit aufnehmen und entsprechende Einkommensnachweise noch nicht vorliegen, kann zunächst das vom Versicherten durch gewissenhafte Schätzung vorgegebene Einkommen für die Beitragsbemessung herangezogen werden.

Im Falle der Gewerbeabmeldung sind Beiträge aus dem Arbeitseinkommen bis zum Ablauf des Monats der Gewerbeabmeldung zu fordern.

3.2 Berechnung der Beiträge

3.2.1 Rangfolge der Einnahmearten

3.2.1.1 Versicherungspflichtige in der KVdR

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

Rentner, die in der KVdR versichert sind, zahlen Beiträge	
von Rente, Versorgungsbezügen + Arbeitseinkommen - §§ 237, 238 SGB V -	
bis zur Beitragsbemessungsgrenze	

Beispiel 1:

Ein Rentner hat im Jahre 2009 monatlich folgende Einkünfte:

Rente	2.000,00 €
Versorgungsbezüge	1.000,00 €
Arbeitseinkommen	<u>700,00 €</u>
	3.700,00 €

Für die Beitragsberechnung sind heranzuziehen:

Rente	2.000,00 €
Versorgungsbezüge	1.000,00 €
Arbeitseinkommen	<u>675,00 €</u>
	3.675,00 €

Das restliche Arbeitseinkommen in Höhe von 25,00 € bleibt wegen Überschreitens der Beitragsbemessungsgrenze (2009 = 3.675,00 €) unberücksichtigt.

3.2.1.2 Versicherungspflichtige aufgrund einer Beschäftigung

Bei Personen, die aufgrund einer Beschäftigung versicherungspflichtig sind, zählen neben dem Arbeitsentgelt aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung auch

- der Zahlbetrag der Rente,
- der Zahlbetrag der Versorgungsbezüge und
- das Arbeitseinkommen

zu den beitragspflichtigen Einnahmen (§ 226 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 bis 4 SGB V).

Dem Arbeitsentgelt steht nach § 226 Absatz 1 Satz 2 SGB V das Vorruhestandsgeld gleich. Arbeitsentgelt aus versicherungsfreier Beschäftigung wird bei Versicherungspflichtigen für die Ermittlung der beitragspflichtigen Einnahmen nicht herangezogen.

Für die Beitragspflicht der Rente ist es nicht erforderlich, dass der Rentner zu den in § 5 Absatz 1 Nr. 11, 11a oder 12 SGB V genannten Personen gehört, also die dort genannte Vorversicherungszeit erfüllt und damit ohne die Vorrangversicherung in der KVdR versichert wäre. Von § 226 Absatz 1 SGB V werden vielmehr auch solche Rentner erfasst, die die geforderte Vorversicherungszeit nicht nachweisen können.

Darüber hinaus gilt § 226 Absatz 1 SGB V auch dann, wenn keine Rente, sondern nur Versorgungsbezüge gewährt werden. Die Einbeziehung von Arbeitseinkommen in die Beitragsbemessung ist dagegen an einen Renten- oder Versorgungsbezug geknüpft.

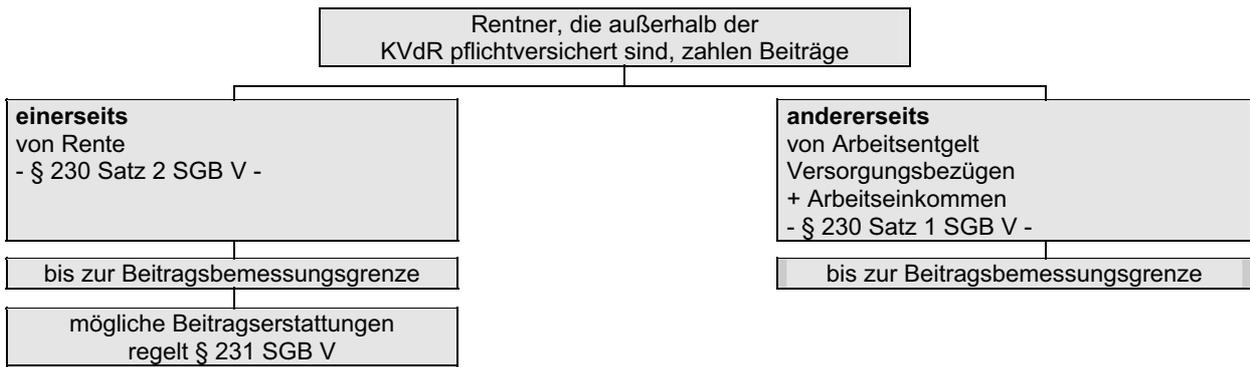
§ 230 SGB V legt die Rangfolge der Einnahmearten fest. Hiernach werden bei der Beitragsbemessung Versorgungsbezüge und Arbeitseinkommen insoweit herangezogen, als sie zusammen mit dem Arbeitsentgelt aus dem die Versicherungspflicht begründenden Beschäftigungsverhältnis die Beitragsbemessungsgrenze nicht übersteigen. Der Zahlbetrag der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung wird separat bis zur Beitragsbemessungsgrenze berücksichtigt; mögliche Beitragserstattungen regelt § 231 SGB V (vgl. A X).

Beispiel 1:

Ein Rentner hat im Jahre 2009 monatlich folgende Einkünfte:

Arbeitsentgelt	1.800,00 €
Rente	1.200,00 €

Für die Beitragsbemessung sind Arbeitsentgelt und Rente jeweils in voller Höhe heranzuziehen, weil beide für sich allein die Beitragsbemessungsgrenze (2009 = 3.675,00 €) nicht überschreiten.



Beispiel 2:

Ein Versicherungspflichtiger hat im Jahre 2009 monatlich folgende Einkünfte:

Arbeitsentgelt	3.000,00 €
Betriebsrente	700,00 €
Arbeitseinkommen	100,00 €

Für die Beitragsberechnung sind heranzuziehen

Arbeitsentgelt	3.000,00 €
Betriebsrente	675,00 €

Die restliche Betriebsrente in Höhe von 25,00 € sowie das Arbeitseinkommen bleiben wegen Überschreitens der Beitragsbemessungsgrenze (2009 = 3.675,00 €) unberücksichtigt.

Beispiel 3:

Ein Rentner hat im Jahre 2009 monatlich folgende Einkünfte:

Arbeitsentgelt	3.700,00 €
Pension	500,00 €
Rente	800,00 €

Die Pension bleibt für die Beitragsbemessung außer Ansatz, da bereits das Arbeitsentgelt die Beitragsbemessungsgrenze (2009 = 3.675,00 €) erreicht. Die Rente ist in voller Höhe heranzuziehen.

Beispiel 4:

Ein Rentner hat im Jahre 2009 monatlich folgende Einkünfte:

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

Für die Beitragsbemessung sind Arbeitsentgelt und Arbeitseinkommen in voller Höhe heranzuziehen, da die Beitragsbemessungsgrenze (2009 = 3.675,00 €) nicht überschritten wird. Daneben ist die Rente ebenfalls in voller Höhe zu berücksichtigen.

3.2.1.3 Versicherungspflicht aus sonstigen Gründen

§ 226 Absatz 1 SGB V regelt nur die Beitragsbemessung bei versicherungspflichtig Beschäftigten. Dass Renten, Versorgungsbezüge und Arbeitseinkommen für die Beitragsbemessung bei den anderweitig Versicherungspflichtigen in gleicher Weise zu berücksichtigen sind, ergibt sich aus den für den jeweiligen Personenkreis bestimmten Vorschriften (vgl. insbesondere die §§ 232 bis 236 SGB V). Unter die Regelung des § 226 Absatz 1 SGB V fallen mithin

- Bezieher von Arbeitslosengeld II (§ 232a Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V),
- Leistungsbezieher nach dem SGB III (§ 232a Absatz 1 Satz 1 Nr.1 SGB V),
- Künstler und Publizisten (§ 234 SGB V),

- Personen in Einrichtungen der Jugendhilfe (§ 235 SGB V),
- Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an Abklärungen der beruflichen Eignung oder Arbeitserprobung (§ 235 SGB V),
- behinderte Menschen (§ 235 SGB V) und
- Studenten, Praktikanten ohne Arbeitsentgelt, zur Berufsausbildung Beschäftigte ohne Arbeitsentgelt, Auszubildende des Zweiten Bildungswegs (§ 236 SGB V, vgl. aber A VIII 3.2.2.4).

Ferner werden von § 226 Absatz 1 SGB V die Versicherungspflichtigen erfasst, deren Mitgliedschaft nach § 192 oder § 193 SGB V erhalten bleibt.

§ 230 SGB V findet auch bei den übrigen von § 226 Absatz 1 SGB V erfassten Personen (vgl. A VIII 3.2.1.2) Anwendung.

Zur Berechnung der Beiträge für Personen ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall (§ 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V) wird auf die Ausführungen unter A VIII 3.2.1.3.5 verwiesen.

Obwohl ein Antrag auf Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung und der alleinige Bezug einer solchen Rente keine Mitgliedschaft in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung begründen können (vgl. A V 3), haben gleichwohl in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung aufgrund eines anderen Tatbestandes pflichtversicherte Personen Beiträge aus einer Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung an die landwirtschaftliche Krankenkasse zu zahlen, bei der die Mitgliedschaft besteht. Dies gilt sowohl für die Krankenversicherung als auch für die Pflegeversicherung. Die Berechnung der Beiträge richtet sich nach dem Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte (KVLG 1989) und dem SGB XI jeweils mit verschiedenen Sonderregelungen.

3.2.1.3.1 Bezieher von Leistungen nach dem SGB III und Bezieher von Arbeitslosengeld II

Bei Personen, deren Leistungen nach dem SGB III aus einem Arbeitsentgelt oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze berechnet werden, gelten als Bemessungsgrundlage für die zu zahlenden Beiträge maximal 80 v.H. der monatlichen Beitragsbemessungsgrenze (Urteil des BSG vom 29. September 1997 - 8 RKn 4/97 -, USK 9750). Beiträge aus Versorgungsbezügen sind für die Betroffenen aus der Differenz zwischen dieser Bemessungsgrundlage und der monatlichen Beitragsbemessungsgrenze zu erheben.

Bei Beziehern von Arbeitslosengeld II legt die Vorschrift des § 232a Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V in der Krankenversicherung seit dem 1. Juli 2006 das 0,3450fache der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 SGB IV als beitragspflichtige Einnahme fest. In der Pflegeversicherung beträgt die Beitragsbemessungsgrundlage das 0,3620fache der monatlichen Bezugsgröße (§ 57 Absatz 1 Satz 2 SGB XI). Sie gelten bundeseinheitlich.

Im Zusammenhang mit der Ermittlung der beitragspflichtigen Einnahmen der Bezieher von Arbeitslosengeld II ist auch auf § 232a Absatz 3 SGB V hinzuweisen. Nach dieser Vorschrift gilt § 226 SGB V entsprechend. Sollte der Versicherte Rente oder Versorgungsbezüge erhalten, sind auch diese beitragspflichtig. Die Anrechnungsregelung des § 232a Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 zweiter Halbsatz SGB V findet beim Zusammentreffen mit einer Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung, mit Versorgungsbezügen im Sinne von § 229 SGB V und mit Arbeitseinkommen aus einer nicht hauptberuflichen selbständigen Tätigkeit keine Anwendung. Soweit Beiträge aus Renten, aus Versorgungsbezügen oder aus Arbeitseinkommen zu erheben sind, ist der Leistungsträger hieran nicht beteiligt. Die Beitragspflicht dieser Bezüge wird unabhängig von der für versicherungspflichtige Bezieher von Arbeitslosengeld II maßgebenden Beitragsbemessungsgrundlage festgestellt. Für die Beitragsabführung gelten die §§ 255 und 256 SGB V.

3.2.1.3.2 Wehr und Zivildienstleistende

Bei versicherungspflichtig Beschäftigten, die Wehrdienst oder Zivildienst leisten und denen Arbeitsentgelt weiterzuzuwähren ist (§ 193 Absatz 1 und 3 SGB V), wird der vom Bund zu tragende Beitrag auf ein Drittel des Beitrags ermäßigt, der vor der Einberufung zuletzt zu entrichten war (§ 244 Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V). Bei den übrigen Versicherungspflichtigen sowie bei freiwillig Versicherten, die Wehrdienst oder Zivildienst leisten, ermäßigt sich der Beitrag auf ein Zehntel des Beitrags, der zuletzt vor der Einberufung maßgebend war (§ 244 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V). Der Bund zahlt die Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge für Zeiten ab 1. Januar 2009 im Rahmen der KV-/PV-Pauschalbeitragsverordnung in der jeweils aktuellen Fassung an den Gesundheitsfonds.

Durch § 244 Absatz 1 Satz 2 SGB V wird klargestellt, dass sich hinsichtlich der auf die Rente, die Versorgungsbezüge und das Arbeitseinkommen entfallenden Beiträge, die vom Versicherten zu tragen sind, für die Dauer des Wehrdienstes oder Zivildienstes keine Veränderung ergibt. Eine Ermäßigung dieser Beiträge kommt nicht in Betracht. Die Beitragshöhe richtet sich insoweit nach den §§ 247 und 248 SGB V. Gleiches gilt bei Personen, die Dienstleistungen oder Übungen nach dem Vierten Abschnitt des Soldatengesetzes verrichten oder besonderen Wehrdienst nach den Bestimmungen des Einsatz-Weiterverwendungsgesetzes leisten.

3.2.1.3.3 Studenten, Praktikanten ohne Arbeitsentgelt, zur Berufsausbildung Beschäftigte ohne Arbeitsentgelt und Auszubildende des Zweiten Bildungsweges

Bei nicht in der KVdR, sondern nach § 5 Absatz 1 Nr. 9 und 10 SGB V versicherten Personen sind die nach § 226 Absatz 1 Satz 1 Nr. 3 und 4 SGB V (Versorgungsbezüge und Arbeitseinkommen) zu bemessenden Beiträge nur insoweit zu entrichten, als diese die Beiträge für die Pflichtversicherung als Student, Praktikant ohne Arbeitsentgelt, zur Berufsausbildung Beschäftigter ohne Arbeitsentgelt oder Auszubildender des Zweiten Bildungsweges übersteigen (vgl. § 236 Absatz 2 Satz 2 SGB V). Die Beitragsuntergrenze (vgl. A VIII 2.5) ist bei diesen Personen ohne Bedeutung.

Neben dem Studentenbeitrag sind auch aus Renten der gesetzlichen Rentenversicherung Beiträge zu zahlen. Diese sind zunächst uneingeschränkt als beitragspflichtige Einnahmen für die Bemessung der Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge zu berücksichtigen (§ 236 Absatz 2 Satz 1 i.V.m. § 228 SGB V). In entsprechender Anwendung des BSG-Urteils vom 19. Dezember 1995 - 12 RK 74/94 - (USK 95153) ist dem Mitglied jedoch auf Antrag sein Eigenanteil an den Beiträgen aus der Rente von der Krankenkasse zu erstatten, soweit dieser (zusammen mit eventuell aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen zu bemessenden Beiträgen) den Studentenbeitrag nicht übersteigt. Die Beitragsanteile des Rentenversicherungsträgers werden für Zeiträume ab dem 30. März 2005 erstattet. Für das Verfahren gelten die Grundsätze des § 231 Absatz 2 SGB V entsprechend (vgl. A X).

3.2.1.3.4 Fortbestand der Mitgliedschaft nach § 192 SGB V

In den Fällen, in denen die Mitgliedschaft aufgrund des Anspruchs auf Krankengeld, auf Mutterschaftsgeld oder der Zahlung von Übergangsgeld, Verletztengeld oder Versorgungskrankengeld im Rahmen des § 192 SGB V erhalten bleibt, ist zur Ermittlung der beitragspflichtigen Einnahmen das Bemessungsentgelt für die Geldleistung zugrunde zu legen. Damit wird erreicht, dass Versorgungsbezüge und Arbeitseinkommen oder Teile hiervon, die bislang wegen Überschreitens der kalendertäglichen Beitragsbemessungsgrenze beitragsrechtlich unberücksichtigt blieben, bei Zahlung einer der vorgenannten Geldleistungen weiterhin außer Ansatz bleiben. Bei Bezug von Erziehungsgeld oder bei Inanspruchnahme von Elternzeit ist insoweit vom letzten Arbeitsentgelt oder Bemessungsentgelt auszugehen.

3.2.1.3.5 Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V

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

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

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

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

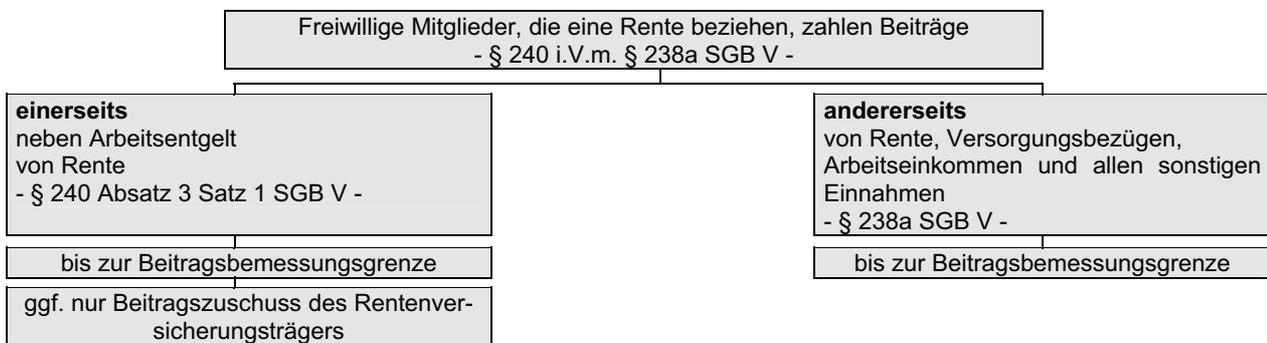
Gleichwohl sind bei Versicherungspflichtigen nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V die Grundsätze der Beitragsbemessung für freiwillig versicherte Mitglieder zu beachten. Insbesondere sind Mindestbeitragsbemessungsgrundlagen zu berücksichtigen, wenn für den Versicherten nach § 240 Absatz 4 SGB V die Beitragsberechnung nach einer solchen Mindestbeitragsbemessungsgrundlage vorgesehen ist. Bezieht der Versicherungspflichtige nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung und ist der Zahlbetrag der Rente niedriger als die maßgebliche Mindestbeitragsbemessungsgrundlage können weitergehende Beiträge nach § 240 SGB V nur vom Unterschiedsbetrag zwischen dem Zahlbetrag der Rente und der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage erhoben werden. Dies gilt auch

dann, wenn neben der Rente ggf. noch andere Einnahmen zu berücksichtigen sind und insgesamt die Mindestbeitragsbemessungsgrundlage nicht erreicht wird.

Hinsichtlich der Rangfolge der für die Beitragsbemessung zu berücksichtigenden Einnahmen findet § 238a SGB V Anwendung. Hierdurch ist gewährleistet, dass zunächst die Rente der gesetzlichen Rentenversicherung und danach für die Beitragsbemessung nach § 240 SGB V alle weiteren Einkünfte – in der gesetzlich vorgesehenen Reihenfolge – bis zur Beitragsbemessungsgrenze herangezogen werden (vgl. A VIII 2.2.1.4). Erhält der Versicherungspflichtige nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V Arbeitsentgelt aus einer Beschäftigung und gleichzeitig eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung, werden vom Rentenversicherungsträger Pflichtbeiträge einbehalten (§ 255 Absatz 1 SGB V). Soweit das Arbeitsentgelt zusammen mit der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung zu einer über der Beitragsbemessungsgrenze liegenden Beitragsbelastung führen würde, sind dem Mitglied und dem Rentenversicherungsträger die aus der Rente oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze entrichteten Beiträge nach § 231 Absatz 2 SGB V zu erstatten (vgl. A X 2).

3.2.1.4 Freiwillig versicherte Rentner

Nach § 238a SGB V sind bei Rentnern in der freiwilligen Versicherung nacheinander der Zahlbetrag der Rente, der Zahlbetrag der Versorgungsbezüge, das Arbeitseinkommen aus einer nicht hauptberuflich selbständigen Tätigkeit und die sonstigen Einnahmen zugrunde zu legen.



Gemäß § 240 Absatz 4 Satz 1 SGB V sind die Beiträge nach dem neunzigsten Teil der monatlichen Bezugsgröße zu berechnen, wenn die Einnahmen des freiwillig versicherten Rentners diesen Betrag unterschreiten. Dieses Mindesteinkommen ist nach § 240 Absatz 4 Satz 5 SGB V für die Beitragsbemessung nicht heranzuziehen, wenn der freiwillig versicherte Rentner die unter A I 3.3 beschriebene Vorversicherungszeit erfüllt und nur deshalb nicht in der KVdR versichert ist, weil für ihn absolute Versicherungsfreiheit nach § 6 Absatz 3 SGB V besteht (vgl. A II) oder es sich um einen Optionsrentner nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nr. 6 SGB V handelt (vgl. A I 3.1.8). Die Beitragsbemessung richtet sich dann nach den tatsächlichen Einnahmen.

Obwohl in § 238a SGB V nicht festgelegt, ist bei freiwillig Versicherten, die Arbeitsentgelt aus einer versicherungsfreien Beschäftigung (z.B. nach § 6 Absatz 1 Nr. 1 i.V.m. Absatz 6 SGB V) und gleichzeitig Rente erhalten, entsprechend § 240 Absatz 3 SGB V zunächst das Arbeitsentgelt und danach alle weiteren Einkünfte - in der nach § 238a SGB V vorgesehenen Reihenfolge - für die Beitragsbemessung in der freiwilligen Versicherung heranzuziehen. Dabei wird der Zahlbetrag der Rente nach § 240 Absatz 3 Satz 1 SGB V getrennt von den übrigen Einnahmen bis zur Beitragsbemessungsgrenze berücksichtigt. Soweit dies insgesamt zu einer über der Beitragsbemessungsgrenze liegenden Beitragsbelastung führen würde, hat der Rentner statt des entsprechenden Beitrags aus der Rente nur den Zuschuss des Rentenversicherungsträgers zur Krankenversicherung als weiteren Beitrag an die Krankenkasse zu zahlen (vgl. A VIII 3.2.2.5).

Bei freiwillig Versicherten, die hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind und gleichzeitig Rente beziehen, richtet sich die Beitragsbemessung nach § 240 Absatz 4 Sätze 2 bis 5 SGB V.

3.2.2 Beitragssätze

Vom 1.1.2009 an gelten für alle gesetzlichen Krankenkassen einheitliche Beitragssätze..

Die Bundesregierung hat diese erstmals zum 1. November 2008 mit Wirkung ab 1. Januar 2009 festgesetzt (GKV-Beitragssatzverordnung vom 29. Oktober 2008, BGBl. I S. 2109). Demnach beträgt der allgemeine Beitragssatz nach § 241 SGB V ab 1. Januar 2009 einheitlich 15,5 Prozent, der ermäßigte Beitragssatz nach § 243 SGB V 14,9 %.

Ggf. erforderliche Veränderungen der Beitragssätze werden von der Bundesregierung durch Rechtsverordnung spätestens zum 1. November eines Jahres für das jeweils folgende Kalenderjahr festgelegt.

Für bei den landwirtschaftlichen Krankenkassen Pflichtversicherte gilt dieser Beitragssatz für die Berechnung der Beiträge aus Renten der gesetzlichen Rentenversicherung, aus Versorgungsbezügen und aus außerland- und -forstwirtschaftlichen Arbeitseinkommen entsprechend.

3.2.2.1 Beitragssatz aus der Rente für Zeiten ab 1. Januar 2009

Für die Beiträge Versicherungspflichtiger aus der Rente ist der allgemeine Beitragssatz zugrunde zu legen (§ 247 Absatz 1 SGB V). Die Bundesregierung hat erstmals zum 1. November 2008 den allgemeinen Beitragssatz mit Wirkung ab 1. Januar 2009 einheitlich für alle Krankenkassen festgelegt. Dieser beträgt seit 1. Januar 2009 15,5 Prozent (vgl. GKV-Beitragssatzverordnung vom 29. Oktober 2008, BGBl. I S. 2109). Veränderungen des allgemeinen Beitragssatzes werden spätestens zum 1. November eines Jahres für das folgende Kalenderjahr festgelegt.

Der neue bzw. veränderte allgemeine Beitragssatz ist ohne Besonderheiten auch für die Beitragsbemessung aus Renten der gesetzlichen Rentenversicherung maßgeblich.

Der allgemeine Beitragssatz ist nach § 247 SGB V zur Berechnung von Beiträgen aus Renten der gesetzlichen Rentenversicherung für alle Rentner maßgebend, unabhängig davon, ob sie in der KVdR oder nach anderen gesetzlichen Vorschriften pflichtversichert sind.

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

3.2.2.2 Beitragssatz aus Renten für Zeiten bis 31. Dezember 2008

Für Zeiten vom 1. Juli 1997 bis 31. Dezember 2008 ist für die Bemessung der Beiträge aus Renten der allgemeine Beitragssatz der Krankenkasse zugrunde zu legen, bei der der Rentner versichert gewesen ist.

Für Zeiten vom 1. April 2004 bis 31.12.2008 sind Beitragssatzveränderungen der Krankenkasse jeweils vom ersten Tag des dritten auf die Beitragssatzveränderung folgenden Kalendermonats an zu berücksichtigen (§ 247 Absatz 1 Satz 2 SGB V a.F.).

Im Falle eines Krankenkassenwechsels gilt der unter Berücksichtigung der Dreimonatsregelung des § 247 Abs. 1 Satz 2 SGB V a.F. maßgebende Beitragssatz der gewählten Krankenkasse vom Zeitpunkt des Krankenkassenwechsels an.

Nach dem Urteil des BSG vom 18. Dezember 2001 - B 12 RA 2/01 R - (USK 2001-50) findet die 3-Monatsregelung auch bei der Vereinigung von Krankenkassen findet Anwendung. Demnach ist der vor der Vereinigung geltende Beitragssatz der „bisherigen“ Krankenkasse des Rentners über den Vereinigungszeitpunkt hinaus noch für drei Kalendermonate der Beitragsbemessung zu Grunde zu legen. Der Beitragssatz der neuen „Fusionskrankenkasse“ findet erst vom Beginn des dritten auf die Vereinigung folgenden Kalendermonats an Anwendung. Für Rentenbezieher, die mit oder nach dem Vereinigungszeitpunkt Mitglied der neuen Krankenkasse geworden sind, ohne unmittelbar vor diesem Zeitpunkt Mitglied einer der sich vereinigenden Krankenkassen gewesen zu sein, gilt der Beitragssatz der neuen Krankenkasse hingegen bereits vom Beginn der Mitgliedschaft an. Für Rentner, die als Mitglied einer der sich vereinigenden Krankenkassen ihre Mitgliedschaft gekündigt hatten und zum Vereinigungszeitpunkt die neue vereinigte Krankenkasse gewählt hatten, gilt ebenfalls ab Beginn der Mitgliedschaft der Beitragssatz der neuen Krankenkasse.

Diese Regelungen gelten für Zeiten bis 31.12.2008 sowohl für die Beitragsbemessung bei pflichtversicherten Rentnern als auch für die Bemessung des Beitragszuschusses für die Rentner, die aufgrund einer freiwilligen Versicherung einer gesetzlichen Krankenkasse angehörten (vgl. A VIII 3.3.4).

Daneben ist für Zeiten vom 1. Juli 2005 bis zum 31. Dezember 2008 der zusätzliche Beitrag in Höhe von 0,9 v. H. separat aus der Rente zu erheben (§ 241a i. V. m. § 247 Absatz 1 SGB V a. F.).

Für pflichtversicherte Mitglieder einer landwirtschaftlichen Krankenkasse sind die Beiträge aus Renten der gesetzlichen Rentenversicherung für Zeiten bis 31.12.2008 nach dem jeweils zum 1. März eines Jahres festgestellten durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatz der Krankenkassen sowie für Zeiten ab 1. Juli 2005 nach dem zusätzlichen Beitragssatz in Höhe von 0,9 v. H. zu ermitteln (§ 39 Absatz 3 Satz 1 KVLG 1989). Der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz der Krankenkassen betrug zum 1. März 2006 13,3 v. H. (vgl. Bekanntmachung vom 26. April 2006, BAnz S. 3601) und zum 1. März 2007 13,9 v. H. (vgl. Bekanntmachung vom 13. April 2007, BAnz S. 3821). Dieser Beitragssatz galt jeweils vom 1. Juli des laufenden Jahres bis zum 30. Juni des folgenden Jahres. Mithin ist für die Berechnung der Beiträge für die Zeit vom 1. Juli 2006 bis zum 30. Juni 2007 ein Beitragssatz in Höhe von 14,2 v. H. und für die Zeit vom 1. Juli 2007 bis zum 30. Juni 2008 in Höhe von 14,8 v. H. maßgebend.

Nach § 247 Absatz 2 SGB V a. F. i. V. m. § 201 Absatz 6 SGB V waren die Meldungen zur Übermittlung der individuellen Beitragssätze auf maschinell verwertbaren Datenträgern oder durch Datenübertragung zu erstatten. Das Datenübertragungsverfahren ist zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Deutschen Rentenversicherung Bund im Benehmen mit dem Bundesversicherungsamt in der Vereinbarung über ein maschinell unterstütztes Meldeverfahren nach § 201 Absatz 6 SGB V gemeinsam festgelegt worden. Nach § 4 Absatz 1 dieser Vereinbarung verwenden die Rentenversicherungsträger zur Berechnung der Beiträge aus Renten die Beitragssätze der Datei "Beitragssätze der Krankenversicherungsträger" der Deutschen Rentenversicherung Bund.

3.2.2.3 Beitragssatz aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen für Zeiten ab 1. Januar 2009

Nach § 248 SGB V gilt bei Versicherungspflichtigen für die Bemessung der Beiträge aus den Versorgungsbezügen nach § 229 Absatz 1 Satz 1 Nr. 1, 2, 3 und 5 SGB V und dem Arbeitseinkommen der allgemeine Beitragssatz nach § 241 SGB V in Höhe von 15,5 %. Für pflichtversicherte Mitglieder einer landwirtschaftlichen Krankenkasse gilt Entsprechendes. (§ 39 Abs. 2, § 42 Abs.4, § 45 Abs. 2 KVLG 1989).

Anders als für Zeiten bis 31.12.2008 (vgl. A VIII 3.2.2.4) gelten hinsichtlich der Wirksamkeit des allgemeinen Beitragssatzes auch für die Beitragsbemessung aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen keine Besonderheiten mehr.

Veränderungen des Beitragssatzes wirken direkt mit Wirksamwerden der Beitragssatzveränderung auf den Beitragssatz aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen.

Bei Beziehern einer Rente nach dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte (AdL-Renten), die nach § 229 Absatz 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V als Versorgungsbezug gilt, ist die Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes zuzüglich 0,45 Beitragssatzpunkte maßgebend (§ 248 Satz 2 SGB V). Der Beitragsanteil beträgt somit 8,2 v. H. Für pflichtversicherte Mitglieder einer landwirtschaftlichen Krankenkasse gilt Entsprechendes. (§ 42 Abs.4, § 45 Abs. 2 KVLG 1989).

3.2.2.4 Beitragssatz aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen für Zeiten bis 31. Dezember 2008

Für Zeiten vom 1. Januar 2004 bis 31.12.2008 ist bei Versicherungspflichtigen für die Bemessung der Beiträge aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen der allgemeine Beitragssatz der Krankenkasse, bei der sie versichert gewesen sind, zugrunde zu legen.

Bis 30. Juni 2005 war der am 1. Juli eines Jahres geltende Beitragssatz der Krankenkasse jeweils für das folgende Kalenderjahr maßgebend. Für Zeiten vom 1. Juli 2005 an wirkten sich Beitragssatzveränderungen einer Krankenkasse bei Versicherungspflichtigen wie beim Beitragssatz aus Renten der gesetzlichen Rentenversicherung mit einer Verzögerung von drei Monaten auf den Beitragssatz aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen aus. Bei Krankenkassenwechseln und -fusionen gelten die Aussagen unter A. VIII 3.2.2.2 entsprechend. Für Zeiten bis 31. Dezember 2008 änderte sich der Beitragssatz aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen somit jeweils zeitgleich mit dem Beitragssatz aus Renten der gesetzlichen Rentenversicherung.

Daneben ist für Zeiten vom 1. Juli 2005 bis 31. Dezember 2008 der zusätzliche Beitragssatz auch aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen zu erheben (§ 241a i.V.m. § 248 Satz 1 SGB V a. F.).

Bei pflichtversicherten Mitgliedern einer landwirtschaftlichen Krankenkasse ist der Berechnung der Beiträge aus Versorgungsbezügen nach § 229 Absatz 1 Satz 1 Nr. 1, 2, 3 und 5 SGB V für Zeiten bis 31.12.2008 jeweils der zum 1. März festgestellte durchschnittliche allgemeine Beitragssatz der Krankenkassen sowie für Zeiten ab 1. Juli 2005 der zusätzliche Beitragssatz in Höhe von 0,9 v. H. maßgebend.

Der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz der Krankenkassen betrug zum 1. März 2006 13,3 v. H. (vgl. Bekanntmachung vom 26. April 2006, BAnz S. 3601) und zum 1. März 2007 13,9 v. H. (vgl. Bekanntmachung vom 13. April 2007, BAnz S. 3821). Dieser Beitragssatz galt jeweils vom 1. Juli des laufenden Jahres bis zum 30. Juni des folgenden Jahres. Mithin ist für die Berechnung der Beiträge aus Versorgungsbezügen nach § 229 Absatz 1 Satz 1 Nr. 1, 2, 3 und 5 SGB V für die Zeit vom 1. Juli 2006 bis zum 30. Juni 2007 ein Beitragssatz in Höhe von 14,2 v. H. und für die Zeit vom 1. Juli 2007 bis zum 30. Juni 2008 in Höhe von 14,8 v. H. maßgebend.

Bei Beziehern einer Rente nach dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte (AdL-Renten), die nach § 229 Absatz 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V als Versorgungsbezug gilt, ist der Beitragsberechnung für Zeiten vom 1. Januar 2004 bis 31.12.2008 die Hälfte des nach § 247 Absatz 1 SGB V a. F. maßgeblichen allgemeinen Beitragssatzes sowie für Zeiten ab 1. Juli 2005 der zusätzliche Beitragssatz in Höhe von 0,9 v. H. zugrunde zu legen. Demnach ist für die Berechnung der Beiträge aus Versorgungsbezügen nach § 229 Absatz 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V für die Zeit vom 1. Juli 2006 bis zum 30. Juni 2007 7,55 v. H. und für die Zeit vom 1. Juli 2007 bis zum 30. Juni 2008 7,85 v. H. maßgebend.

3.2.2.5 Beitragssatz für Bezieher von Arbeitslosengeld II für Zeiten ab 1. Januar 2009

Bei versicherungspflichtigen Beziehern von Arbeitslosengeld II (§ 5 Absatz 1 Nr. 2a SGB V) werden die Beiträge aus dieser Leistung nach § 232a Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V vom Bund getragen.

Als Beitragssatz gilt nach § 246 SGB V vom 1. Januar 2009 an der ermäßigte Beitragssatz nach § 243 SGB V in Höhe von 14,9 v. H.

Sollte der Versicherte neben dem Arbeitslosengeld II eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung, einen Versorgungsbezug oder Arbeitseinkommen aus einer selbständigen Tätigkeit beziehen, sind auch diese beitragspflichtig. Soweit Beiträge aus Renten, aus Versorgungsbezügen oder aus Arbeitseinkommen zu erheben sind, ist der Leistungsträger hieran nicht beteiligt. Die Beitragspflicht dieser Bezüge wird unabhängig von der für versicherungspflichtige Bezieher von Arbeitslosengeld II maßgebenden Beitragsbemessungsgrundlage festgestellt. Die Beitragssätze richten sich nach den §§ 247 und 248 SGB V (vgl. A VIII 3.2.2.1 und 3.2.2.2). Für die Beitragsabführung gelten die §§ 255 und 256 SGB V (vgl. A IX).

3.2.2.6 Beitragssatz bei Beziehern von Arbeitslosengeld II für Zeiten bis 31.12.2008

Für Zeiten bis 31.12.2008 ist für die Bemessung der Beiträge aus dem Arbeitslosengeld II der zum 1. Oktober eines Jahres vom Bundesministerium für Gesundheit festgestellte durchschnittliche ermäßigte Beitragssatz der Krankenkassen heranzuziehen (§ 246 Abs. 1 SGB V a.F.), der jeweils vom 1. Januar des folgenden Jahres an für ein Kalenderjahr galt.

Bei Beziehern von Arbeitslosengeld II ist auch für Zeiten bis 31.12.2008 ein zusätzlicher Beitrag nach § 241a Absatz 2 SGB V a.F. in Höhe von 0,9 v.H. nicht zu erheben. Die Befreiung von der Zahlung des zusätzlichen Beitrages bezieht sich jedoch nur auf diese Leistung. Wurden daneben noch andere beitragspflichtige Einnahmen (wie z.B. Rente oder Versorgungsbezüge) bezogen, ist aus diesen der zusätzliche Beitrag zu erheben (vgl. A VIII 3.2.2.2 und 3.2.2.4).

3.2.2.7 Beitragssatz bei freiwillig versicherten Rentnern für Zeiten ab 1. Januar 2009

Bei freiwillig versicherten Rentnern sind die Beiträge aus den Einnahmearten Rente, Versorgungsbezug und Arbeitseinkommen unter Zugrundelegung des allgemeinen Beitragssatzes zu berechnen. Weitere beitragspflichtige Einnahmen dagegen werden mit dem ermäßigten Beitragssatz berechnet (vgl. auch A VIII 3.2.2.3).

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

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

3.2.2.8 Beitragssatz bei freiwillig versicherten Rentnern für Zeiten bis 31. Dezember 2008

Für Zeiten vom 1. Januar 2004 bis 31. Dezember 2008 sind die Beiträge für freiwillig versicherte Rentner waren zum einen nach einem Beitragssatz, der in Hundertsteln der beitragspflichtigen Einnahmen in der Satzung der jeweiligen Krankenkasse festgelegt worden ist, sowie für Zeiten ab 1. Juli 2005 nach dem zusätzlichen Beitragssatz in Höhe von 0,9 v.H. zu erheben.

Mit dem Verweis des § 240 Absatz 2 Satz 2 SGB V a. F. war keine zwingende Anwendung der in §§ 247 Absatz 1 und 248 SGB V a. F. enthaltenen zeitverschobenen Anwendungszeitpunkte bei Beitragssatzveränderungen verbunden. Da die Krankenkassen die Beiträge für ihre freiwilligen Mitglieder selbst berechneten, war eine „Vorlaufzeit“, so wie sie den Rentenversicherungsträgern und den Zahlstellen der Versorgungsbezüge in Bezug auf die versicherungspflichtigen Mitglieder eingeräumt wurde, weder erforderlich noch verwaltungspraktisch sinnvoll, da anderenfalls eine Beitragssatzveränderung ggf. mehrere Beitragsanpassungen (zu unterschiedlichen Zeitpunkten) erforderlich gemacht hätten.

Veränderte die Krankenkasse ihre Beitragssätze, wirkte die Beitragssatzänderung somit vom Zeitpunkt der Geltung der neuen Beitragssätze an auf alle beitragspflichtigen Einnahmen, also auch bezogen auf die aus Renten, Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen zu berechnenden Beiträge.

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

3.2.2.9 Beitragssatz in der sozialen Pflegeversicherung

Der Beitragssatz in der sozialen Pflegeversicherung beträgt nach § 55 Absatz 1 Satz 1 SGB XI vom 1. Juli 2008 an 1,95 v. H. der beitragspflichtigen Einnahmen.

Als Folge der Halbierung ihrer Leistungsansprüche (§ 28 Absatz 2 SGB XI) gilt bei Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit und Pflege einen eigenen Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge haben, die Hälfte des normalen Beitragssatzes (§ 55 Absatz 1 Satz 2 SGB XI). Der Beitragssatz beträgt damit 0,975 v.H. Ein abgeleiteter Beihilfe- bzw. Heilfürsorgeanspruch reicht für die Beitragssatzvergünstigung dagegen nicht aus (Urteil des BSG vom 6. November 1997 - 12 RP 1/97 - USK 9741).

3.2.2.10 Beitragszuschlag zur Pflegeversicherung

Seit dem 1. Januar 2005 haben Mitglieder ab Beginn des Monats nach Vollendung des 23. Lebensjahres einen Beitragszuschlag von 0,25 Beitragssatzpunkten zu zahlen, wenn sie keine Kinder haben oder hatten (§ 55 Absatz 3 SGB XI). Der Beitragssatz beträgt in diesen Fällen seit 1. Juli 2008 2,20 v. H.

Von Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit und Pflege einen eigenen Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge haben, ist der Beitragszuschlag nach § 55 Absatz 3 SGB XI ebenfalls in voller Höhe zu zahlen, so dass der Beitragssatz seit 1. Juli 2008 bei Bestehen einer Beihilfeberechtigung 1,225 v.H. beträgt.

Der Beitragszuschlag nach § 55 Absatz 3 SGB XI gilt nicht für Mitglieder, die vor dem 1. Januar 1940 geboren sind, für Wehr- und Zivildienstleistende sowie für Bezieher von Arbeitslosengeld II. Die Befreiung von der Zuschlagspflicht bezieht sich bei Beziehern von Arbeitslosengeld II nur auf diese Leistung. Werden daneben andere beitragspflichtige Einnahmen bezogen (z.B. Rente, Versorgungsbezüge), unterliegen diese ggf. der Zuschlagspflicht.

Von der Zuschlagspflicht befreit sind außerdem Mitglieder, die nachweisen, dass sie Eltern im Sinne des § 56 Absatz 1 Satz 1 Nr. 3 und Absatz 3 Nr. 2 und 3 SGB XI sind.

Als Eltern berücksichtigt werden neben den leiblichen Eltern auch Adoptiv-, Stief- und Pflegeeltern. Adoptiveltern sind vom Beitragszuschlag allerdings nicht ausgenommen, wenn das Kind bei Adoption die Altersgrenzen für die Familienversicherung bereits erreicht oder überschritten hat; Stiefeltern sind vom Beitragszuschlag nicht ausgenommen, wenn das Kind bei der Heirat des Elternteils des Kindes die Altersgrenzen für die Familienversicherung bereits erreicht oder überschritten oder wenn das Kind vor Erreichen dieser Altersgrenzen nicht in den gemeinsamen Haushalt mit dem Mitglied aufgenommen worden ist (§ 55 Absatz 3a SGB XI, eingefügt durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz vom 28.05.2008, BGBl. I S. 874)

Der Nachweis der Elterneigenschaft ist vom Mitglied gegenüber der beitragsabführenden Stelle (z.B. bei Rentnern gegenüber dem Rentenversicherungsträger, bei Versorgungsempfängern gegenüber der Zahlstelle und bei sog. Selbstzahlern gegenüber der Pflegekasse) zu erbringen, sofern dort nicht bereits aus einem anderen Grund (beim Rentenversicherungsträger beispielsweise durch vorgemerkte Kindererziehungs- und Berücksichtigungszeiten) die Elterneigenschaft bekannt ist. Die Rente ist grundsätzlich von Beginn an ohne Abzug des Beitragszuschlag zu zahlen, wenn der Nachweis innerhalb von drei Monaten nach dem Tag des Rentenbeginns beim Rentenversicherungsträger vorliegt. Bei einem späteren Eingang des Nachweises wird die Rente vom Beginn des Folgemonats des Nachweiseingangs an ohne Abzug des Beitragszuschlag gezahlt.

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

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

Der Beitragszuschlag nach § 55 Absatz 3 SGB XI ist auch von den Versorgungsbezügen von der Zahlstelle einzubehalten (vgl. A IX). Kopien von Nachweisen über die Elterneigenschaft sind von den Zahlstellen wegen der Prüfungen nach § 251 Absatz 5 SGB V zu den entsprechenden Unterlagen zu nehmen und bis zum Ablauf von vier Kalenderjahren nach Beendigung des die Beitragszahlung zur sozialen Pflegeversicherung begründenden Versicherungsverhältnisses aufzubewahren. Ein gesonderter Nachweis des Beitragszuschlags ist nicht erforderlich.

3.2.2.11 Beitragssatz zur Pflegeversicherung für Zeiten bis 30. Juni 2008

Für Zeiten bis 30. Juni 2008 beträgt der Beitragssatz in der sozialen Pflegeversicherung 1,70 v.H, bei Bestehen einer Beihilfeberechtigung 0,85 v.H. (§ 55 Absatz 1 Satz 1 SGB XI a. F.).

Für Mitglieder, die keine Kinder haben oder hatten, beträgt der Beitragssatz für Zeiten vom 1. Januar 2005 bis 30. Juni 2008 1,95 v. H. (bei Bestehen einer Beihilfeberechtigung 1,10 v.H.).

Bei versicherungspflichtigen Rentnern wurde der Beitragszuschlag, der für die Zeit vom 1. Januar 2005 bis 31. März 2005 zu entrichten gewesen wäre, nach den Regelungen des § 55 Absatz 4 SGB XI mit der Rentenzahlung für den Monat April 2005 abgegolten.

3.3 Tragung der Beiträge

3.3.1 Rentenantragsteller

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

3.3.2 Versicherungspflichtige Rentner

Bei Versicherungspflichtigen, die eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, trägt der Rentenversicherungsträger die Hälfte der nach der Rente zu bemessenden Beiträge nach dem um 0,9 Beitragssatzpunkte verminderten allgemeinen Beitragssatz. Der verbleibende Beitragsanteil aus der Rente ist vom Rentner zu tragen (§ 249a SGB V, § 48 Absatz 3 KVLG 1989).

Die Beiträge zur Krankenversicherung aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen werden nach § 250 Absatz 1 Nr. 1 und 2 SGB V ausschließlich vom Versicherten getragen.

Die Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung sind vom versicherungspflichtigen Rentner einschließlich eines eventuell zu zahlenden Beitragszuschlags nach § 55 Absatz 3 SGB XII in voller Höhe allein zu tragen.

Dies gilt nach § 59 Absatz 1 Satz 2 SGB XI auch für Bezieher einer Rente nach dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte und für Bezieher von Produktionsaufgaberrente oder Ausgleichsgeld, die nach § 14 Absatz 4 FELEG* versichert sind.

3.3.3 Freiwillig versicherte Rentner

Freiwillig versicherte Rentenbezieher haben nach § 250 Absatz 2 SGB V und § 59 Absatz 4 SGB XI die Beiträge zur Krankenversicherung sowie zur sozialen Pflegeversicherung in voller Höhe allein zu tragen.

Sie erhalten zu ihrer Rente vom Rentenversicherungsträger einen Zuschuss zu den Aufwendungen für die Krankenversicherung (§ 106 Absatz 1 SGB VI), der sich nach der Hälfte des um 0,9 Beitragssatzpunkte verminderten allgemeinen Beitragssatzes bemisst. Dieser beträgt ab 1. Januar 2009 rechnerisch 7,3 v. H. Für eine Beitragsleistung nach § 240 Absatz 4a SGB V (Anwartschaftsversicherung) besteht kein Anspruch auf Beitragszuschuss. Da der Zuschuss eine Zusatzleistung der gesetzlichen Rentenversicherung ist, wird er nur auf Antrag des Rentenberechtigten gezahlt.

Wird der Beitragssatz zum 1. November eines Jahres angepasst, ist der neue Beitragssatz für die Berechnung des Beitragszuschusses - wie bei den pflichtversicherten Rentnern - jeweils vom 1. Januar des Folgejahres an bei der Ermittlung der Höhe des Beitragszuschusses zu berücksichtigen.

3.3.4 Beitragstragung für Zeiten bis 31. Dezember 2008

Für Zeiten bis 31. Dezember 2008 haben die versicherungspflichtigen Rentner und die Rentenversicherungsträger die aus der Rente nach dem allgemeinen Beitragssatz bemessenen Beiträge zur Krankenversicherung jeweils zur Hälfte zu tragen (§ 249a Halbsatz 1 SGB V a.F.). Der für Zeiten vom 1. Juli 2005 bis 31. Dezember 2008 aus der Rente zu zahlenden zusätzlichen Beitrag zur Krankenversicherung in Höhe von 0,9 v.H. ist dagegen vom Rentner allein aufzubringen (§ 249a Halbsatz 2 SGB V a.F.).

Die Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung wurden bei versicherungspflichtigen Rentnern bis 31. März 2004 jeweils zur Hälfte vom Rentner und vom Rentenversicherungsträger getragen. Seit dem 1. April 2004 sind die Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung vom versicherungspflichtigen Rentner einschließlich eines eventuell zu zahlenden Beitragszuschlags nach § 55 Absatz 3 SGB XII in voller Höhe allein zu tragen. Dies gilt nach § 59 Absatz 1 Satz 2 SGB XI auch für Bezieher einer Rente nach dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte und für Bezieher von Produktionsaufgaberente oder Ausgleichsgeld, die nach § 14 Absatz 4 FELEG* versichert sind, d.h., der Versicherte trägt seit dem 1. April 2004 zusätzlich den bis zum 31. März 2004 von der landwirtschaftlichen Alterskasse - abweichend vom Recht der Krankenversicherung - getragenen Beitragsanteil zur Pflegeversicherung.

Demgegenüber sind die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen (einschließlich des aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen zu zahlenden zusätzlichen Beitrags nach § 241a i.V.m. § 248 Satz 1 SGB V a.F.) auch schon für Zeiten bis 31. 12.2008 ausschließlich vom Versicherten zu tragen gewesen (§ 250 Absatz 1 Nr. 1 und 2 SGB V a. F.).

Gleiches gilt für die Beitragstragung von freiwillig versicherten Rentenbeziehern. Auch diese haben für Zeiten bis 31.12.2008 sowohl den (nach dem allgemeinen und ab 1. Juli 2005 dem zusätzlichen Beitragssatz) bemessenen Beitrag zur gesetzlichen Krankenversicherung als auch den Beitrag zur sozialen Pflegeversicherung in voller Höhe allein zu tragen (§ 250 Absatz 2 SGB V, § 59 Abs. 4 SGB XI). Freiwillig versicherte Rentner können aber auf Antrag vom Rentenversicherungsträger zu ihrer Rente einen Zuschuss zu den Aufwendungen für die Krankenversicherung erhalten (§ 106 Absatz 1 SGB VI), der sich für Zeiten bis 31.12.2008 nach der Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes ihrer Krankenkasse bemisst (§ 106 Abs. 2 SGB VI a. F.). Hinsichtlich der Wirksamkeit von Beitragssatzänderungen vgl. A VIII 3.2.2.2).

Für freiwillige Mitglieder einer landwirtschaftlichen Krankenkasse ist bei der Berechnung des Zuschusses für Zeiten bis 31. Dezember 2008 in Anlehnung an § 39 Absatz 3 KVLG 1989 wie bei pflichtversicherten Mitgliedern einer landwirtschaftlichen Krankenkasse der zum 1. März eines Jahres festgestellte durchschnittliche allgemeine Beitragssatz der Krankenkassen für die Zeit vom 1. Juli des laufenden Jahres bis zum 30. Juni des folgenden Jahres maßgebend.

*Anmerkung:

In der allgemeinen Krankenversicherung sind Ausgleichsgeldbezieher nach § 5 Absatz 1 Nr. 1 SGB V pflichtversichert. Die Versicherungspflicht tritt allerdings nur dann ein, wenn unmittelbar vor dem Beginn des Ausgleichsgeldes eine Mitgliedschaft in der allgemeinen Krankenversicherung bestanden hat und weder Krankengeld bezogen noch eine versicherungspflichtige Beschäftigung ausgeübt wird (§ 15 Absatz 3 FELEG). Entsprechendes gilt für die Pflegeversicherung (§ 15 Absatz 4 FELEG). Auf die Gemeinsamen Grundsätze der Spitzenverbände der Krankenkassen, des VDR, der BfA und der BA zum Ausgleichsgeld nach dem FELEG vom 14. September 1999 wird hingewiesen.

3.4 Berechnung des Beitrags aus der Rente

Für die Berechnung des Beitrags aus der Rente ist der Ausgangsbetrag der Rente (vgl. A VIII 2.1.2) mit dem geltenden allgemeinen Beitragssatz (Vomhundertsatz) zu multiplizieren. Das Ergebnis ist auf zwei Dezimalstellen auszurechnen, wobei die zweite Stelle um 1 zu erhöhen ist, wenn sich in der dritten Stelle eine der Zahlen 5 bis 9 ergibt.

Bei pflichtversicherten Rentnern ergibt die Hälfte des unter Anwendung des um 0,9 Beitragssatzpunkte verminderten allgemeinen Beitragssatzes errechneten Beitrages den Anteil des Rentenversicherungsträgers am Krankenversicherungsbeitrag aus der Rente. Dieser Anteil ist ebenfalls auf zwei Dezimalstellen auszurechnen und ebenso wie der Beitrag selbst zu runden.

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

Beispiel:

Rente ab 01.01.2009	824,59 EUR
Krankenversicherungsbeitrag nach § 247 SGB V 15,5 % von 824,59 EUR =	127,81 EUR (gerundet)
Anteil des Rentenversicherungsträgers (15,5 - 0,9)% / 2 = 7,3 % 7,3 % von 824,59 EUR =	60,20 EUR (gerundet)
Anteil des Rentenberechtigten 127,81 EUR - 60,20 EUR =	67,61 EUR
Pflegeversicherungsbeitrag nach § 55 Absatz 1 Satz 1 SGB XI 1,95 % von 824,59 EUR =	16,08 EUR (gerundet)

3.4.1 Berechnung des Beitrags aus der Rente für Zeiten bis 31. Dezember 2008

Für Rentenbezugszeiten bis 31. Dezember 2008 ist für die Berechnung des Beitrags aus der Rente der Ausgangsbetrag der Rente mit dem jeweils geltenden allgemeinen Beitragssatz (Vomhundertsatz) zu multiplizieren. Das Ergebnis war ebenfalls auf zwei Dezimalstellen auszurechnen, wobei die zweite Stelle um 1 zu erhöhen ist, wenn sich in der dritten Stelle eine der Zahlen 5 bis 9 ergibt.

Bei pflichtversicherten Rentnern ergibt die Hälfte des so errechneten Beitrages den Anteil des Rentenversicherungsträgers am Krankenversicherungsbeitrag aus der Rente (für Zeiten bis 31. März 2004 auch den Anteil zur sozialen Pflegeversicherung aus der Rente). Dieser Anteil ist ebenfalls auf zwei Dezimalstellen auszurechnen und ebenso wie der Beitrag selbst zu runden.

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

Für Zeiten vom 1. Juli 2005 bis 31. Dezember 2008 ist daneben der zusätzliche Beitrag nach § 241a SGB V a. F. entsprechend zu berechnen. Der so ermittelte zusätzliche Beitrag war allerdings nach § 249a Halbsatz 2 SGB V a. F. vom Rentner allein zu tragen.

3.5 Beitragsuntergrenze für Beiträge aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen

Beiträge aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen sind nach § 226 Absatz 2 SGB V nur zu entrichten, wenn die monatlichen beitragspflichtigen Einnahmen aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen insgesamt ein Zwanzigstel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 SGB IV übersteigen. Die Pflicht zur Beitragszahlung entfällt jedoch nicht, wenn die Beitragsuntergrenze lediglich durch die Gewährung einer Einmalzahlung (auch Nachzahlung) überschritten wird. Erhält ein Versicherter mehrere Versorgungsbezüge oder mehrere Arbeitseinkommen oder Versorgungsbezüge und Arbeitseinkommen, dann sind diese für die Beurteilung der Frage, ob die Grenze von einem Zwanzigstel der monatlichen Bezugsgröße überschritten wird, zusammenzurechnen.

§ 226 Absatz 2 SGB V gilt nicht für freiwillig versicherte Mitglieder nach § 9 SGB V und § 6 KVLG 1989 sowie nicht für Pflichtmitglieder nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V und § 6 KVLG 1989.

Für Teilmonate ist die Beitragsuntergrenze nach § 226 Absatz 2 SGB V anteilig zu ermitteln. Hierbei ist der Monat mit 30 Tagen zu berücksichtigen. Die anteilige Beitragsuntergrenze ermittelt sich durch die Multiplikation der Kalendertage, in denen eine Beitragspflicht besteht, mit dem dreißigsten Teil der monatlichen Beitragsuntergrenze nach § 226 Absatz 2 SGB V.

Beiträge aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen sind auch dann zu entrichten, wenn an sich der Mindestbetrag von einem Zwanzigstel überschritten wird, die Differenz bis zur Beitragsbemessungsgrenze aber tatsächlich nicht höher ist als die Beitragsuntergrenze.

Sofern der Mindestbetrag erst unter Berücksichtigung einer Nachzahlung überschritten wird, sind von den Versorgungsbezügen Beiträge im Rahmen der Verjährung nachzuerheben.

Werden die Versorgungsbezüge nicht monatlich, sondern in größeren Zeitabständen ausgezahlt, sind die Versorgungsbezüge entsprechend aufzuteilen. Ergibt sich hierbei ein monatlicher Betrag von nicht mehr als einem Zwanzigstel der monatlichen Bezugsgröße, so entfällt die Beitragsentrichtung. Sie entfällt aber nicht, wenn der Versorgungsbezug oder

das Arbeitseinkommen an sich den Mindestbetrag überschreitet, die Differenz zwischen Arbeitsentgelt und Beitragsbemessungsgrenze aber tatsächlich nicht höher ist als ein Zwanzigstel der monatlichen Bezugsgröße.

3.6 Beitragsfreiheit in der sozialen Pflegeversicherung

Rentner sind nach § 56 Absatz 4 SGB XI auf Antrag beitragsfrei in der sozialen Pflegeversicherung, wenn sie sich auf nicht absehbare Dauer in stationärer Pflege befinden und bestimmte Entschädigungsleistungen wegen Pflegebedürftigkeit erhalten.

Beitragsfreiheit nach § 56 Absatz 4 SGB XI kommt jedoch nicht zustande, wenn und solange der Rentner Familienangehörige hat, für die eine Versicherung nach § 25 SGB XI besteht.

Über die Beitragsfreiheit ist der Rentenversicherungsträger und ggf. die Zahlstelle von Versorgungsbezügen zu informieren (vgl. A VII 2.2.5).

IX Einzug der Beiträge

§ 251 SGB V

Tragung der Beiträge durch Dritte

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

(2) Der Träger der Einrichtung trägt den Beitrag allein

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

Für die nach § 5 Absatz 1 Nr. 7 versicherungspflichtigen behinderten Menschen sind die Beiträge, die der Träger der Einrichtung zu tragen hat, von den für die behinderten Menschen zuständigen Leistungsträgern zu erstatten.

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

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

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

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

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

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

(6) Den Zusatzbeitrag nach § 242 hat das Mitglied zu tragen. Für Versicherte nach § 5 Absatz 1 Nr. 7 oder 8, deren tatsächliches Arbeitsentgelt den nach § 235 Absatz 3 maßgeblichen Mindestbetrag nicht übersteigt, wird der Zusatzbeitrag abweichend von Satz 1 vom Träger der Einrichtung getragen; für Versicherte nach § 5 Absatz 1 Nr. 7 gilt Absatz 2 Satz 2 entsprechend.

§ 252 SGB V

Beitragszahlung

(1) Soweit gesetzlich nichts Abweichendes bestimmt ist, sind die Beiträge von demjenigen zu zahlen, der sie zu tragen hat. ...

(2) Die Beitragszahlung erfolgt in den Fällen des § 251 Absatz 3, 4 und 4a an den Gesundheitsfonds. Ansonsten erfolgt die Beitragszahlung an die nach § 28i des Vierten Buches zuständige Einzugsstelle. Die Einzugsstellen leiten die nach Satz 2 gezahlten Beiträge einschließlich der Zinsen auf Beiträge und Säumniszuschläge arbeitstäglich an den Gesundheitsfonds weiter.

§ 255 SGB V

Beitragszahlung aus der Rente

(1) Beiträge, die Versicherungspflichtige aus ihrer Rente zu tragen haben, sind mit Ausnahme des Zusatzbeitrags nach § 242 von den Trägern der Rentenversicherung bei der Zahlung der Renten einzubehalten und zusammen mit den von den Trägern der Rentenversicherung zu tragenden Beiträgen an die Deutsche Rentenversicherung Bund für die Krankenkassen mit Ausnahme der landwirtschaftlichen Krankenkassen zu zahlen. Bei einer Änderung in der Höhe der Beiträge nach Satz 1 ist die Erteilung eines besonderen Bescheides durch den Träger der Rentenversicherung nicht erforderlich.

(2) Ist bei der Zahlung der Rente die Einbehaltung von Beiträgen nach Absatz 1 unterblieben, sind die rückständigen Beiträge durch den Träger der Rentenversicherung aus der weiterhin zu zahlenden Rente einzubehalten; § 51 Absatz 2 des Ersten Buches gilt entsprechend. Wird die Rente nicht mehr gezahlt, obliegt der Einzug von rückständigen Beiträgen der zuständigen Krankenkasse. Der Träger der Rentenversicherung haftet mit dem von ihm zu tragenden Anteil an den Aufwendungen für die Krankenversicherung.

(3) Soweit im Folgenden nichts Abweichendes bestimmt ist, werden die Beiträge nach den Absätzen 1 und 2 am letzten Bankarbeitstag des Monats fällig, der dem Monat folgt, für den die Rente gezahlt wird. Wird eine Rente am letzten Bankarbeitstag des Monats ausgezahlt, der dem Monat vorausgeht, in dem sie fällig wird (§ 272a des Sechsten Buches), werden die Beiträge nach den Absätzen 1 und 2 abweichend von Satz 1 am letzten Bankarbeitstag des Monats, für den die Rente gezahlt wird, fällig. Am Achten eines Monats wird ein Betrag in Höhe von 300 Millionen Euro fällig; die im selben Monat fälligen Beträge nach den Sätzen 1 und 2 verringern sich um diesen Betrag. Die Deutsche Rentenversicherung Bund leitet die Beiträge nach den Absätzen 1 und 2 an den Gesundheitsfonds weiter und teilt dem Bundesversicherungsamt bis zum 15. des Monats die voraussichtliche Höhe der am letzten Bankarbeitstag fälligen Beträge mit.

(3a) - (4) aufgehoben

§ 256 SGB V

Beitragszahlung aus Versorgungsbezügen

(1) Für Versicherungspflichtige, die eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, haben die Zahlstellen der Versorgungsbezüge die Beiträge aus Versorgungsbezügen einzubehalten und an die zuständige Krankenkasse zu zahlen. Die zu zahlenden Beiträge werden fällig mit der Auszahlung der Versorgungsbezüge, von denen sie einzubehalten sind. Die Zahlstellen haben der Krankenkasse die einbehaltenen Beiträge nachzuweisen. Bezieht das Mitglied Versorgungsbezüge von mehreren Zahlstellen und übersteigen die Versorgungsbezüge zusammen mit dem Zahlungsbetrag der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung die Beitragsbemessungsgrenze, verteilt die Krankenkasse auf Antrag des Mitglieds oder einer der Zahlstellen die Beiträge.

(2) § 255 Absatz 2 Satz 1 und 2 gilt entsprechend. Die Krankenkasse zieht die Beiträge aus nachgezahlten Versorgungsbezügen ein. Dies gilt nicht für Beiträge aus Nachzahlungen aufgrund von Anpassungen der Versorgungsbezüge an die wirtschaftliche Entwicklung. Die Erstattung von Beiträgen obliegt der zuständigen Krankenkasse. Die Krankenkassen können mit den Zahlstellen der Versorgungsbezüge Abweichendes vereinbaren.

(3) Die Krankenkasse überwacht die Beitragszahlung. Sind für die Überwachung der Beitragszahlung durch eine Zahlstelle mehrere Krankenkassen zuständig, haben sie zu vereinbaren, dass eine dieser Krankenkassen die Überwachung für die beteiligten Krankenkassen übernimmt. § 98 Absatz 1 Satz 2 des Zehnten Buches gilt entsprechend.

(4) Zahlstellen, die regelmäßig an weniger als dreißig beitragspflichtige Mitglieder Versorgungsbezüge auszahlen, können bei der zuständigen Krankenkasse beantragen, dass das Mitglied die Beiträge selbst zahlt.

§ 60 SGB XI

Beitragszahlung

(1) Soweit gesetzlich nichts Abweichendes bestimmt ist, sind die Beiträge von demjenigen zu zahlen, der sie zu tragen hat. Die § 252 Satz 2, §§ 253 bis 256 des Fünften Buches und § 50 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte gelten entsprechend. Die aus einer Rente nach dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte und einer laufenden Geldleistung nach dem Gesetz zur Förderung der Einstellung der landwirtschaftlichen Erwerbstätigkeit zu entrichtenden Beiträge werden von der Alterskasse gezahlt; § 28g Satz 1 des Vierten Buches gilt entsprechend.

(2) - (3) ...

(4) Die Deutsche Rentenversicherung Bund leitet alle Pflegeversicherungsbeiträge aus Rentenleistungen einschließlich der Beitragszahlung der Arbeiterrentenversicherung am fünften Arbeitstag des Monats, der dem Monat folgt, in dem die Rente fällig war an den Ausgleichsfond der Pflegeversicherung (§ 65) weiter. Werden Rentenleistungen am letzten Bankarbeitstag des Monats ausgezahlt, der dem Monat vorausgeht, in dem sie fällig werden (§ 272a des Sechsten Buches), leitet die Deutsche Rentenversicherung Bund die darauf entfallenden Pflegeversicherungsbeiträge am fünften Arbeitstag des laufenden Monats an den Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung weiter.

§ 50 KVLG 1989

Beitragszahlung aus der Rente und aus Versorgungsbezügen

(1) Beiträge, die Versicherungspflichtige aus ihrer Rente zu tragen haben, sind von den Trägern der Rentenversicherung bei der Zahlung der Rente einzubehalten und an die zuständige landwirtschaftliche Krankenkasse zu zahlen. § 255 Absatz 1 Satz 2, Absatz 2 und 3 Satz 1 und 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt.

(2) Beiträge, die Versicherungspflichtige aus Versorgungsbezügen zu zahlen haben, sind von den Zahlstellen der Versorgungsbezüge einzubehalten und an die zuständige landwirtschaftliche Krankenkasse zu zahlen. § 256 Absatz 1 Satz 2 bis 4 und Absatz 2 bis 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt.

1 Beitragszahlung aus der Rente

1.1 Beitragszahlung aus laufenden Rentenzahlungen

Die Rentenversicherungsträger sind nach § 255 Absatz 1 SGB V verpflichtet, die nach dem allgemeinen Beitragssatz bemessenen Krankenversicherungsbeiträge von den Renten und Rentennachzahlungen der versicherungspflichtigen Rentner einzubehalten und an den Gesundheitsfonds abzuführen, unabhängig davon, nach welcher Vorschrift Versicherungspflicht besteht (vgl. insoweit auch A VIII 3.2.1.3.5). Für die Fälligkeit der Beiträge gilt § 255 Absatz 3 SGB V. Die Rentenversicherungsträger haben daher die Beitragspflicht des Versicherten zu prüfen. Um eine Prüfung vornehmen zu können, haben die Krankenkassen die Rentenversicherungsträger über sämtliche krankenversicherungsrechtliche Tat-

bestände zu informieren (§ 201 Absatz 1, 3 und 5 SGB V). Den Rentenversicherungsträgern obliegt ferner die Beitragsberechnung unter Beachtung der Beitragsbemessungsgrenze.

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

Die landwirtschaftlichen Krankenkassen nehmen wegen ihrer besonderen Finanzierungsbedingungen nicht am Gesundheitsfonds teil. Infolgedessen sind die Beiträge zur Krankenversicherung von den Rentenversicherungsträgern bei der Zahlung der Rente einzubehalten und an die zuständige landwirtschaftliche Krankenkasse zu zahlen (§ 50 Abs. 1 KVLG 1989); insofern ist eine Aufteilung der Beiträge für Zeiten vor dem 01.01.2009 und solche nach dem 31.12.2008 nicht erforderlich.

Hinsichtlich der Beitragszahlung zur sozialen Pflegeversicherung aus der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung gilt § 255 SGB V entsprechend (§ 60 Absatz 1 Satz 2 SGB XI), abweichend hiervon regelt § 60 Absatz 4 SGB XI die Fälligkeit der Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung. Von den Renten der freiwillig krankenversicherten Rentnern, die in der sozialen Pflegeversicherung pflichtversichert sind, ist jedoch kein Beitrag einzubehalten, da sie ihre Beiträge grundsätzlich selbst an die Pflegekasse zahlen.

1.2 Nachträglicher Einbehalt

§ 255 Absatz 2 SGB V regelt die nachträgliche Beitragseinbehaltung aus der Rente durch den Rentenversicherungsträger, wenn die Einbehaltung der Beiträge bei Zahlung der Rente - gleich aus welchem Grund - unterblieben ist. In diesem Fall bleibt der Rentenversicherungsträger grundsätzlich verpflichtet, die rückständigen Beiträge aus der laufenden Rente einzubehalten.

Die Einbehaltung ist nach § 255 Absatz 2 SGB V in Verbindung mit § 51 Absatz 2 SGB I bis zur Hälfte der Rente zulässig, soweit der Rentenberechtigte nicht nachweist, dass er bereits Hilfe zum Lebensunterhalt, Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung oder Grundsicherung für Arbeitsuchende bezieht oder durch die Einbehaltung hilfebedürftig im Sinne der Vorschriften des SGB XII oder SGB II werden würde.

Vor der Beitragsnacherhebung wird dem Rentenberechtigten daher im Rahmen der Anhörung nach § 24 SGB X Gelegenheit gegeben, das Vorliegen oder den Eintritt von Hilfebedürftigkeit im Sinne der Vorschriften des SGB XII oder SGB II nachzuweisen. Erbringt er diesen Nachweis nicht, behält der Rentenversicherungsträger die rückständigen Beiträge aus der laufenden Rente ein. Ist nach dem Ergebnis der Anhörung der Beitragseinbehalt aus der laufenden Rente nicht möglich, unterrichtet der Rentenversicherungsträger die Krankenkasse entsprechend.

Für Beitragsansprüche nach § 255 Absatz 2 SGB V gilt die Verjährungsfrist nach § 25 Absatz 1 Satz 1 SGB IV (Urteil des BSG vom 15. Juni 2000 - B 12 RJ 5/99 R -). Nach dieser Entscheidung kann bei Beitragsnachforderungen aufgrund eines unterlassenen Beitragseinhalts durch den Rentenversicherungsträger im Allgemeinen nicht von der 30-jährigen Verjährungsfrist ausgegangen werden.

Wird die Rente nicht mehr gezahlt, geht die Verpflichtung zum Beitragseinzug auf die Krankenkasse über. In jedem Fall haftet der Rentenversicherungsträger im Rahmen der oben aufgeführten Verjährung in Höhe der von ihm nach § 249a SGB V für die Vergangenheit zu tragenden Anteile an den Krankenversicherungsbeiträgen.

1.3 Beitragszahlung für Rentenbezugszeiten bis 31.12.2008

In der Zeit vom 1. Juli 1997 bis 31. Dezember 2008 waren die von den Trägern der Rentenversicherung aus den Renten einbehaltenen Beiträge zur Krankenversicherung an die Deutsche Rentenversicherung Bund für den Risikostrukturausgleich (§§ 266 ff. SGB V a. F.) abzuführen. Für die Verteilung der Beiträge galt § 255 Absatz 3 SGB V a.F., für die Fälligkeit der Beiträge § 255 Absatz 3a SGB V a.F.

Krankenversicherungsbeiträge, die vom 1. Januar 2009 an aus Rentennachzahlungen für Zeiten vor dem 1. Januar 2009 einbehalten werden, stehen nicht dem Gesundheitsfonds, sondern der Krankenkasse zu, bei der in dieser Zeit eine Versicherung bestand. Beiträge für Zeiten bis 31.12.2008 sind deshalb im Wege der Verrechnung mit den von den Krankenkassen weiterzuleitenden Rentenversicherungsbeiträgen an die zuständige Krankenkasse zu zahlen.

Sofern für Zeiten vor dem 1. Januar 2009 Beiträge zur Krankenversicherung der Rentner an eine unzuständige Krankenkasse gezahlt wurden, ist der Beitragseinbehalt zugunsten der zuständigen Krankenkasse unter Berücksichtigung des maßgebenden Beitragssatzes und unter Beachtung der anzuwendenden Verjährungsvorschriften (§§ 25 und 27

Absatz 2 Satz 1 SGB IV) zu korrigieren. § 27 Absatz 2 Satz 2 SGB IV findet insoweit keine Anwendung. Gleiches gilt für Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung.

1.4 Zuständigkeit bei Widerspruch und Klage gegen die Beitragserhebung

Die Krankenkassen/Pflegekassen entscheiden über das Kranken- und Pflegeversicherungsverhältnis sowie über Besonderheiten, die bei der Beitragseinbehaltung aus der Rente zu berücksichtigen sind (wie das Vorliegen einer Beihilfeberechtigung i.S. des SGB XI). Auf der Grundlage dieser Entscheidung stellen die Rentenversicherungsträger fest, ob und in welcher Höhe Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge aus der Rente nach § 255 SGB V bzw. § 60 SGB XI einzubehalten sind oder ein Zuschuss zur Krankenversicherung nach § 106 SGB VI zu zahlen ist.

Für die Durchführung von Widerspruchs- und Klageverfahren ist derjenige Sozialleistungsträger zuständig, der die angefochtene Entscheidung getroffen hat. Erlässt z.B. der Rentenversicherungsträger für versicherungspflichtige Rentner einen Verwaltungsakt über die Höhe der von ihm aus der Rente einzubehaltenden Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge, obliegt ihm auch die Zuständigkeit für die Durchführung von Widerspruchsverfahren und Klagen gegen die Beitragserhebung aus der Rente. In solchen Verfahren ist unter Umständen eine Beiladung nach § 75 SGG geboten, da der angefochtene Verwaltungsakt des Rentenversicherungsträgers auf der Grundlage der Entscheidung der Krankenkasse ergangen ist.

2 Beitragszahlung aus Versorgungsbezügen

2.1 Allgemeines

Für Rentner, die nach § 5 Absatz 1 Nr. 11, 11a oder 12 SGB V oder nach anderen gesetzlichen Vorschriften krankenversicherungspflichtig sind, haben alle Zahlstellen von Versorgungsbezügen die Beiträge zu ermitteln, von den Versorgungsbezügen einzubehalten und an die zuständige Krankenkasse abzuführen (§ 256 Absatz 1 SGB V), die diese an den Gesundheitsfonds weiterleitet. Die landwirtschaftlichen Krankenkassen nehmen wegen ihrer besonderen Finanzierungsbedingungen nicht am Gesundheitsfonds teil; infolgedessen sind die Beiträge zur Krankenversicherung von der Zahlstelle der Versorgungsbezüge von den Versorgungsbezügen einzubehalten und an die zuständige landwirtschaftliche Krankenkasse zu zahlen (§ 50 Abs. 2 KVLG 1989). Für freiwillig versicherte Rentner oder Versorgungsempfänger, die keine Rente beziehen, ist ein Beitragsabzug durch die Zahlstelle im Gesetz nicht vorgesehen.

Bei versicherungspflichtigen Rentnern haben die Zahlstellen von Versorgungsbezügen neben dem Krankenversicherungsbeitrag auch die Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung (einschließlich des Beitragszuschlags Kinderloser) einzubehalten und an die zuständige Krankenkasse zu zahlen.

Aufgrund der Einführung des Gesundheitsfonds und den damit einhergehenden Finanzströmen ist darauf zu achten, dass Beiträge aus Versorgungsbezügen für Zeiten bis zum 31. Dezember 2008 und für Zeiten ab 1. Januar 2009 separat ausgewiesen werden. Ursächlich hierfür ist, dass die Beiträge aus Versorgungsbezügen, die für Zeiten bis 31. Dezember 2008 zu zahlen sind, weiterhin den Krankenkassen zustehen.

2.2 Zahlstellen mit weniger als 30 beitragspflichtigen Versorgungsempfängern

Zahlstellen mit regelmäßig weniger als insgesamt 30 beitragspflichtigen Versorgungsempfängern können gemäß § 256 Absatz 4 SGB V bei jeder betroffenen Krankenkasse beantragen, dass sie nicht zur Beitragseinbehaltung und -abführung verpflichtet werden. Für die Beurteilung, ob die Zahlstelle weniger als 30 beitragspflichtige Versorgungsempfänger hat, ist die Gesamtzahl der beitragspflichtigen Versorgungsempfänger der Zahlstelle maßgebend, und zwar unabhängig von deren Krankenkassenzugehörigkeit. Da die Anzahl der beitragspflichtigen Versorgungsempfänger im Laufe eines Jahres schwanken kann, sollte hierbei auf die Verhältnisse am 1. Januar eines Jahres abgestellt werden. Für die Ermittlung der Anzahl der beitragspflichtigen Versorgungsempfänger sind auch solche versicherungspflichtigen Versorgungsempfänger zu berücksichtigen, für die die Zahlstelle keine Beiträge einzubehalten hat. Versicherungspflichtige, die keine Rente, wohl aber Versorgungsbezüge erhalten, sind demnach mitzuzählen, zumal den Zahlstellen für diese Versorgungsempfänger die Meldepflicht nach § 202 SGB V obliegt. Ebenfalls anzurechnen sind versicherungspflichtige Versorgungsempfänger, deren Einnahmen aus Versorgungsbezügen und ggf. Arbeitseinkommen insgesamt die Beitragsuntergrenze nach § 226 Absatz 2 SGB V nicht überschreiten (vgl. A VIII 3.5). Freiwillig Versicherte bleiben dagegen unberücksichtigt.

2.3 Nachträglicher Einbehalt

Ist bei der Zahlung der Versorgungsbezüge die Einbehaltung von Beiträgen - gleich aus welchem Grund - unterblieben, sind die rückständigen Beiträge durch die Zahlstelle aus den weiterhin zu zahlenden Versorgungsbezügen einzubehalten (§ 256 Absatz 2 Satz 1 i.V.m. § 255 Absatz 2 Satz 1 SGB V). Der nachträgliche Einbehalt der Beiträge aus den weiterhin zu zahlenden Versorgungsbezügen ist zeitlich nicht begrenzt (Urteil des BAG vom 12. Dezember 2006 - 3 AZR 806/05). Hierbei gilt die Aufrechnungsvorschrift des § 51 Absatz 2 SGB I entsprechend (vgl. A IX 1.2) Ist hiernach ein Beitragseinbehalt nicht möglich, unterrichtet die Zahlstelle der Versorgungsbezüge die Krankenkasse entsprechend.

Lediglich in den Fällen, in denen Versorgungsbezüge nicht mehr laufend gezahlt werden, geht die Verpflichtung zum Beitragseinzug auf die Krankenkasse über (§ 256 Absatz 2 Satz 1 i.V.m. § 255 Absatz 2 Satz 2 SGB V); ein Verschulden der Zahlstelle von Versorgungsbezügen am unterbliebenen Beitragseinbehalt führt nicht zur Freistellung des Versicherten von der Beitragsentrichtung.

Den Zahlstellen obliegt auch die Einbehaltung von Beiträgen aus Nachzahlungen aufgrund von Anpassungen der Versorgungsbezüge an die wirtschaftliche Entwicklung (§ 256 Absatz 2 Satz 3 SGB V).

2.4 Beitragszahlung durch den Versicherten

In den Fällen, in denen der Beitragsabzug nicht der Zahlstelle obliegt, hat die Krankenkasse die Beiträge unmittelbar vom Versicherungspflichtigen einzuziehen. Das ist der Fall, wenn

- es sich um eine Zahlstelle mit weniger als 30 beitragspflichtigen Versorgungsempfängern handelt und dem Antrag nach § 256 Absatz 4 SGB V entsprochen worden ist,
- der Beitragseinzug durch die Zahlstelle unterblieben ist und Versorgungsbezüge nicht mehr gezahlt werden (vgl. A IX 2.3),
- Beiträge von Versicherungspflichtigen zu erheben sind, die keine Rente beziehen; dies gilt nicht, soweit der Versicherte Versorgungsbezüge im Sinne von § 229 Absatz 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V bezieht (vgl. A IX 2.6),
- Beiträge aus Nachzahlungen zu erheben sind (§ 256 Absatz 2 Satz 2 SGB V); dies gilt allerdings nicht für Beiträge aus Nachzahlungen aufgrund von Anpassungen der Versorgungsbezüge an die wirtschaftliche Entwicklung oder
- Beiträge aus Kapitalleistungen und aus Abfindungen (§ 229 Absatz 1 Satz 3 SGB V) zu erheben sind.

2.5 Mehrere Versorgungsbezüge

Erhält der Versicherte Versorgungsbezüge von mehreren Zahlstellen und übersteigen die Versorgungsbezüge zusammen mit dem Zahlbetrag der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung die Beitragsbemessungsgrenze, bleibt es der Krankenkasse unbenommen, welche Zahlstelle sie vorrangig mit dem Beitragseinbehalt beauftragt. Nicht zulässig ist es, eine der beteiligten Zahlstellen mit der Beitragseinbehaltung für einen höheren Betrag als den von ihr gezahlten Versorgungsbezug zu beauftragen.

Beantragt der Versicherte oder eine der Zahlstellen eine Beitragsverteilung, hat die Krankenkasse die Beiträge nach folgender Formel aufzuteilen:

Der Beitragsberechnung unterliegende
Versorgungsbezüge unter Beachtung der Beitragsbemessungsgrenze X Versorgungsbezug der einzelnen Zahlstelle
Gesamtbetrag der Versorgungsbezüge

Beispiel :

Ein Rentner hat im Kalenderjahr 2009 monatlich folgende Einkünfte:

Rente	1.900,00 €
Versorgungsbezug A	1.000,00 €
Versorgungsbezug B	800,00 €
Beitragsbemessungsgrenze (2009)	3.675,00 €

Von den Versorgungsbezügen (insgesamt 1.800 €) dürfen unter Berücksichtigung der Beitragsbemessungsgrenze nur 1.775,00 € zur Beitragsberechnung herangezogen werden. Es steht der Krankenkasse zunächst frei, ob sie beispielsweise für die Einbehaltung der Beiträge aus 1000 € die Zahlstelle A und aus 775,00 € die Zahlstelle B oder aus 975,00 € die Zahlstelle A und aus 800 € die Zahlstelle B beauftragt. Nicht zulässig ist es jedoch, ausschließlich die Zahlstelle A oder die Zahlstelle B mit der Beitragsabführung aus 1.775 € zu beauftragen.

Bei einem Antrag auf Beitragsverteilung ist diese wie folgt vorzunehmen:

$$\text{Zahlstelle A} \quad \frac{1.775,00 \text{ €} \times 1.000,00 \text{ €}}{1.800,00 \text{ €}} = 986,11 \text{ €}$$

$$\text{Zahlstelle B} \quad \frac{1.775,00 \text{ €} \times 800,00 \text{ €}}{1.800,00 \text{ €}} = 788,89 \text{ €}$$

insgesamt = 1.775,00 €

Übersteigen die beitragspflichtigen Einnahmen des Versicherten die Beitragsbemessungsgrenze und bezieht der Versicherte sowohl Versorgungsbezüge nach § 229 Absatz 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V aus der landwirtschaftlichen Alterssicherung, für die - weiterhin - der halbe allgemeine Beitragssatz zuzüglich 0,45 Beitragssatzpunkte gilt und gleichzeitig noch andere Versorgungsbezüge, für die ab dem 1. Januar 2004 der volle allgemeine Beitragssatz gilt, ist die Bestimmung des § 229 Absatz 1 Satz 1 SGB V im Verhältnis zu § 238a SGB V nicht vergleichbar. Vielmehr ist hierbei eine Verhältnisrechnung in entsprechender Anwendung des § 22 SGB IV nach Maßgabe des § 256 Absatz 1 Satz 4 SGB V vorzunehmen. Die Verpflichtung zur Zahlung des ggf. in der Pflegeversicherung zu zahlenden Beitragszuschlags bei Kinderlosigkeit (§ 55 Absatz 3 SGB XI) ist in diese Verhältnisrechnung einzubeziehen.

2.6 Beitragszahlung aus Rente aus der Alterssicherung der Landwirte, Produktionsaufgaberente und Ausgleichsgeld

Die landwirtschaftlichen Alterskassen führen die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung aus Renten der Alterssicherung der Landwirte, aus Produktionsaufgaberenten nach dem FELEG oder Ausgleichsgeld nach § 14 Absatz 4 FELEG* für Pflichtversicherte nach den Grundsätzen des Alterskassenverfahrens ab. Dies gilt ebenfalls für die Beiträge aus diesen Leistungen für Pflichtversicherte außerhalb der KVdR, und zwar auch dann, wenn diese Personen keine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen.

Bei Bezug von mehreren Versorgungsbezügen gilt § 256 Absatz 1 Satz 4 SGB V entsprechend.

*Anmerkung:

In der allgemeinen Krankenversicherung sind Ausgleichsgeldbezieher nach § 5 Absatz 1 Nr. 1 SGB V pflichtversichert. Die Versicherungspflicht tritt allerdings nur dann ein, wenn unmittelbar vor dem Beginn des Ausgleichsgeldes eine Mitgliedschaft in der allgemeinen Krankenversicherung bestanden hat und weder Krankengeld bezogen noch eine versicherungspflichtige Beschäftigung ausgeübt wird (§ 15 Absatz 3 FELEG). Entsprechendes gilt für die Pflegeversicherung (§ 15 Absatz 4 FELEG). Auf die Gemeinsamen Grundsätze der Spitzenverbände der Krankenkassen, des VDR, der BfA und der BA zum Ausgleichsgeld nach dem FELEG vom 14. September 1999 wird hingewiesen.

2.7 Fälligkeit der Beiträge

Die von der Zahlstelle einbehaltenen Beiträge werden mit der Auszahlung der Versorgungsbezüge fällig (§ 256 Absatz 1 Satz 2 SGB V).

Für die nicht von der Zahlstelle einzubehaltenden und abzuführenden Beiträge gilt § 23 SGB IV. Danach bestimmt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen den Zahltag. Als spätesten Zahltag kann die Satzung den Fünfzehnten des Monats vorsehen, der auf den Monat folgt, für den die Beiträge zu entrichten sind. Dadurch, dass bei den Selbstzahlern die Fälligkeit von der Auszahlung der Versorgungsbezüge losgelöst ist, kann es vorkommen, dass der Versicherte die Beiträge vorstrecken muss. In Fällen der Erstbewilligung von Versorgungsbezügen sind die Beiträge aus den nachgezählten Versorgungsbezügen erst mit dem nächstfolgenden Fälligkeitstag nach der Auszahlung fällig. Für die Erhebung von Säumniszuschlägen gilt § 24 SGB IV.

2.8 Beitragsüberwachung

Nach § 256 Absatz 3 SGB V ist die Entrichtung der Beiträge aus Versorgungsbezügen durch die zuständige Krankenkasse zu überwachen. Die Überwachung erstreckt sich auf die Feststellung der Höhe der Versorgungsbezüge und der hierauf entfallenden Beiträge sowie auf deren ordnungsgemäße Einbehaltung und Abführung. Zu diesem Zweck erklärt § 256 Absatz 3 SGB V die Vorschrift des § 98 Absatz 1 Satz 2 SGB X (gemeint ist aber offenbar § 98 Absatz 1 Satz 3

SGB X) für entsprechend anwendbar. Dies bedeutet, dass die Zahlstellen verpflichtet sind, der Krankenkasse die Geschäftsbücher und Listen oder andere Unterlagen, aus denen die für die Beitragserhebung relevanten Daten hervorgehen, vorzulegen. Sofern bei einem Arbeitgeber die Geschäftsräume zugleich die private Wohnung sind, kommt eine Vorlage der entsprechenden Unterlagen nur in den Geschäftsräumen der Krankenkasse in Betracht.

Hat eine Zahlstelle an mehrere Krankenkassen Beiträge zu entrichten, so haben die betroffenen Krankenkassen zu vereinbaren, dass eine dieser Krankenkassen die Beitragsüberwachung für die beteiligten Krankenkassen übernimmt (§ 256 Absatz 3 Satz 1 SGB V). Die gemeinsame Verlautbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Überwachung des Melde- und Beitragsverfahrens für Empfänger von Versorgungsbezügen (Zahlstellen-Beitragsüberwachungsverfahren) in der jeweils aktuell geltenden Fassung ist zu beachten.

3 Arbeitseinkommen

Die Beiträge aus Arbeitseinkommen hat der Versicherte selbst einzuzahlen. Hierzu erhält er von seiner Krankenkasse einen Beitragsbescheid. Für die Fälligkeit der Beiträge gilt § 23 Absatz 1 Satz 1 und 2 SGB IV. Danach bestimmt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen den Fälligkeitstag. Für die Erhebung von Säumniszuschlägen gilt § 24 SGB IV.

X Beitragserstattungen

§ 231 SGB V

Erstattung von Beiträgen

(1) Beiträge aus Versorgungsbezügen oder Arbeitseinkommen werden dem Mitglied durch die Krankenkasse auf Antrag erstattet, soweit sie auf Beträge entfallen, um die die Versorgungsbezüge und das Arbeitseinkommen zusammen mit dem Arbeitsentgelt einschließlich des einmalig gezahlten Arbeitsentgelts die anteilige Jahresarbeitsentgeltgrenze überschritten haben.

(2) Die zuständige Krankenkasse erstattet dem Mitglied auf Antrag die von ihm selbst getragenen Anteile an den Beiträgen aus der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung, soweit sie auf Beträge entfallen, um die die Rente zusammen mit den übrigen der Beitragsbemessung zugrunde gelegten Einnahmen des Mitglieds die Beitragsbemessungsgrenze überschritten hat. Die Satzung der Krankenkasse kann Näheres über die Durchführung der Erstattung bestimmen. Wenn dem Mitglied auf Antrag von ihm getragene Beitragsanteile nach Satz 1 erstattet werden, werden dem Träger der gesetzlichen Rentenversicherung die von diesem insoweit getragenen Beitragsanteile erstattet.

§ 57 SGB XI

Beitragspflichtige Einnahmen

(1) Bei Mitgliedern der Pflegekasse, die in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind, gelten für die Beitragsbemessung die §§ 226 bis 238 und § 244 des Fünften Buches sowie die §§ 23a und 23b Absatz 2 bis 4 des Vierten Buches. Bei Personen, die Arbeitslosengeld II beziehen ist abweichend von § 232a Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 des Fünften Buches der dreißigste Teil des 0,3620fachen der monatlichen Bezugsgröße zugrunde zu legen.

(2) - (5) ...

1 Erstattung von Beiträgen aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen

1.1 Allgemeines

In den Fällen, in denen neben Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen noch Arbeitsentgelt bezogen wird, ist vorrangig das Arbeitsentgelt zur Beitragsberechnung heranzuziehen (§ 226 Absatz 1 SGB V). Dies gilt auch in Bezug auf einmalig gezahltes Arbeitsentgelt im Sinne des § 23a SGB IV. Die Zugrundelegung der anteiligen Jahresarbeitsentgelt-

grenze für die Berechnung der Beiträge aus einmalig gezahltem Arbeitsentgelt kann dazu führen, dass sich der Rahmen, bis zu dem Versorgungsbezüge und Arbeitseinkommen der Beitragspflicht unterliegen, nachträglich verringert oder dass die Beitragspflicht aus den Versorgungsbezügen bzw. dem Arbeitseinkommen ganz entfällt.

Für Fälle dieser Art sieht § 231 Absatz 1 SGB V vor, dass dem Mitglied die Beiträge aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen auf Antrag zu erstatten sind, soweit sie von einem die anteilige Jahresarbeitsentgeltgrenze übersteigenden Betrag berechnet worden sind.

1.2 Erstattungsfähiger Beitrag

Bei der Anwendung des § 231 Absatz 1 SGB V können nur Beiträge von kongruenten Zeiträumen verglichen werden, d.h., die Vergleichsberechnung beschränkt sich auf solche Zeiten, für die einerseits Beiträge aus laufendem Arbeitsentgelt entrichtet und demzufolge die anteilige Jahresarbeitsentgeltgrenze angesetzt und andererseits Beiträge aus Versorgungsbezügen oder Arbeitseinkommen erhoben worden sind. Soweit Beiträge aus Versorgungsbezügen oder Arbeitseinkommen für nach § 224 Absatz 1 Satz 1 SGB V beitragsfreie Zeiten gezahlt worden sind, scheidet eine Beitragserstattung nach § 231 Absatz 1 SGB V aus.

Beispiel:

Ein Versicherungspflichtiger hat im Jahre 2009 monatlich folgende Einkünfte:

Arbeitsentgelt	2.900,00 €
Urlaubsgeld im Juni	1.000,00 €
Versorgungsbezüge	1.000,00 €
Laufendes Arbeitsentgelt bis Juni (2.900 € x 6)	16.200,00 €
Urlaubsgeld	1.000,00 €
Versorgungsbezüge bis Juni (1.000 € x 6)	+ 6.000,00 €
	<u>24.400,00 €</u>
abzüglich anteilige Jahresarbeitsentgeltgrenze bis Juni (mtl. 3.675,00 €)	- <u>21.675,00 €</u>
	2.725,00 €

Dem Mitglied können Beiträge aus Versorgungsbezügen aus einem Betrag von 2.725,00 € erstattet werden.

Sofern sich durch die Erstattung der Beiträge aus Versorgungsbezügen oder Arbeitseinkommen nachträglich ein beitragspflichtiger Versorgungsbezug bzw. ein beitragspflichtiges Arbeitseinkommen von nicht mehr als insgesamt einem Zwanzigstel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 SGB IV ergibt, entfällt die Beitragspflicht aus den Versorgungsbezügen oder dem Arbeitseinkommen nicht (§ 226 Absatz 2 SGB V).

2 Erstattung von Beiträgen aus der Rente

2.1 Allgemeines

Für Rentenbezieher, die nicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 11, 11a oder 12 SGB V, sondern nach anderen gesetzlichen Vorschriften der Versicherungspflicht in der Krankenversicherung unterliegen, werden einmal die Rente separat und zum anderen die beitragspflichtigen Einnahmen aufgrund des Versicherungsverhältnisses zuzüglich der Versorgungsbezüge und eines eventuell vorhandenen Arbeitseinkommens bis zur Beitragsbemessungsgrenze berücksichtigt (vgl. A VIII 3.2.1.2).

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

Hinsichtlich einer Beitragserstattung für nach § 5 Absatz 1 Nr. 9 oder 10 SGB V Versicherte (vgl. A VIII 3.2.1.3.3).

2.2 Erstattungsfähiger Beitrag

Nach § 231 Absatz 2 SGB V werden dem Mitglied auf Antrag die aus der Rente entrichteten Beiträge erstattet, soweit sie auf Beträge entfallen, um die die Rente zusammen mit den übrigen der Beitragsbemessung zugrunde gelegten Einnahmen die Beitragsbemessungsgrenze überschritten hat.

Darüber hinaus kommt eine Beitragserstattung auch insoweit in Betracht, als Beiträge aus der Rente von einem Betrag oberhalb der anteiligen Jahresarbeitsentgeltgrenze im Sinne des § 23a SGB IV erhoben worden sind. In diesen Fällen muss zunächst der Gesamtbetrag der Rentenleistungen für den Zeitraum (SV-Tage), der für die Ermittlung der anteiligen Jahresarbeitsentgeltgrenze maßgebend war, festgestellt werden. Soweit dieser Gesamtbetrag zusammen mit dem beitragspflichtigen Arbeitsentgelt (einschließlich des einmalig gezahlten Arbeitsentgelts) die anteilige Jahresarbeitsentgeltgrenze überschreitet, ist der darauf entfallende Beitrag zu erstatten.

War für Rentenbezugszeiten bis 29. März 2005 die Erstattung auf die vom versicherungspflichtigen Rentner selbst getragenen Anteile an den Beiträgen aus der Rente beschränkt (§ 231 Absatz 2 Satz 1 SGB V), wird mit Wirkung vom 30. März 2005 an auch dem Rentenversicherungsträger ein - an den Erstattungsantrag des Rentenberechtigten gebundener - Erstattungsanspruch eingeräumt. Für Rentenbezugszeiten vom 30. März 2005 an erhält im Falle einer Beitragserstattung an den Rentenberechtigten auch der Rentenversicherungsträger die von ihm insoweit getragenen Beitragsanteile zurück. Die Erstattung wird von der jeweiligen Krankenkasse durch die nach § 6 Absatz 2 Beitragsverfahrensordnung zu erstellende Monatsabrechnung abgewickelt (vgl. A X 2.6).

Bei Beiträgen zur Pflegeversicherung, die der Rentner für Zeiten vom 1. April 2004 an allein zu tragen hat, ist der gesamte Beitrag, der auf den Rentenzahlbetrag oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze entfällt, dem Rentner auf Antrag zu erstatten.

Für Beiträge aus der Rente, die auf beitragsfreie Zeiten nach § 224 Absatz 1 Satz 1 SGB V entfallen, kommt eine Erstattung nicht in Betracht.

Beispiel 1:

Eine Rentnerin hat im Jahre 2009 monatlich folgende Einkünfte:

Arbeitsentgelt	2.700,00 €
Einmalig gezahltes Arbeitsentgelt im November	2.200,00 €
Witwenrente	1.000,00 €

a) Monatliche "Überzahlung"

Arbeitsentgelt	2.700,00 €
Witwenrente	+ 1.000,00 €
insgesamt	3.700,00 €
abzüglich monatliche Beitragsbemessungsgrenze	- 3.675,00 €
Differenz	25,00 €

Die auf 25,00 € entfallenden (vom Mitglied monatlich getragenen) Beiträge aus der Rente können erstattet werden. Sofern der Versicherte einen Erstattungsantrag stellt, sind auch dem Rentenversicherungsträger die von ihm getragenen Beitragsanteile zu erstatten.

b) "Überzahlung" aufgrund des einmalig gezahlten Arbeitsentgelts

Laufendes Arbeitsentgelt bis November (2.700,00 € x 11)	29.700,00 €
Einmalig gezahltes Arbeitsentgelt	+ 2.200,00 €
	31.900,00 €
Witwenrente bis November (1000,00 € x 11)	+ 11.000,00 €
insgesamt	42.900,00 €
abzüglich anteilige Jahresarbeitsentgeltgrenze bis November (mtl. 3.675,00 €)	- 40.425,00 €
Differenz	2.475,00 €

Bis einschließlich November können die auf 2.475,00 € entfallenden (vom Mitglied monatlich getragenen) Beiträge aus der Rente erstattet werden, ggf. abzüglich der bereits monatlich vorgenommenen Erstattungen. Sofern der Versicherte einen Erstattungsantrag stellt, sind auch dem Rentenversicherungsträger die von ihm getragenen Beitragsanteile zu erstatten.

Beispiel 2:

Ein Rentner hat im Jahr 2009 monatlich folgende Einkünfte:

Arbeitsentgelt	2.600,00 €
Einmalig gezahltes Arbeitsentgelt im November	800,00 €
Witwerrente	1.100,00 €

a) monatliche „Überzahlung“

Arbeitsentgelt	2.600,00 €
Witwerrente	+ 1.100,00 €
insgesamt	3.700,00 €
abzüglich monatliche Beitragsbemessungsgrenze	- 3.675,00 €
Differenz	25,00 €

Die auf 25,00 € entfallenden (vom Mitglied monatlich getragenen) Beiträge aus der Rente können erstattet werden. Sofern der Versicherte einen Erstattungsantrag stellt, sind auch dem Rentenversicherungsträger die von ihm getragenen Beitragsanteile zu erstatten.

b) „Überzahlung“ im Monat November aufgrund des einmalig gezahlten Arbeitsentgelts

Arbeitsentgelt im November	2.600,00 €
Einmalig gezahltes Arbeitsentgelt im November	+ 800,00 €
	3.400,00 €
Witwerrente im November	+ 1.100,00 €
insgesamt	4.500,00 €
abzüglich monatliche Beitragsbemessungsgrenze	- 3.675,00 €
Differenz	825,00 €

Im Monat November können die auf 825,00 € entfallenden (vom Mitglied getragenen) Beiträge aus der Rente erstattet werden. Sofern der Versicherte einen Erstattungsantrag stellt, ist der auf 825,00 € entfallende Beitragsanteil des Rentenversicherungsträgers diesem dann ebenfalls zu erstatten.

2.3 Beitragserstattung bei Beginn oder Ende des Arbeitsentgelts oder der Rente im laufenden Kalenderjahr

Auch in den Fällen, in denen Rente und Arbeitsentgelt im Laufe des Kalenderjahres beginnen oder enden, ist zunächst die "laufende Überzahlung" durch Abgleich der für den Entgeltabrechnungszeitraum maßgeblichen Beitragsbemessungsgrenze mit dem laufenden Arbeitsentgelt und der auf diesen Zeitraum entfallenden Rente zu ermitteln. Alsdann muss die "Überzahlung aufgrund des einmalig gezahlten Arbeitsentgelts" durch Abgleich der für das einmalig gezahlte Arbeitsentgelt zu bildenden anteiligen Jahresarbeitsentgeltgrenze mit dem beitragspflichtigen Arbeitsentgelt (einschließlich des beitragspflichtigen Teils der in diesem Zeitraum bezogenen "beitragspflichtigen" Rente) festgestellt werden.

Beispiel 1:

Eine Rentnerin hat im Jahre 2009 monatlich folgende Einkünfte:

Arbeitsentgelt	3.200,00 €
Einmalig gezahltes Arbeitsentgelt im November	2.800,00 €
Witwenrente ab 1.7.2007 monatlich	600,00 €

a) monatliche "Überzahlung"

Arbeitsentgelt	3.200,00 €
Witwenrente	+ 600,00 €
insgesamt	3.800,00 €
monatliche Beitragsbemessungsgrenze	- 3.675,00 €
Differenz	125,00 €

Die auf 125,00 € entfallenden (vom Mitglied monatlich getragenen) Beiträge aus der Rente sind auf Antrag zu erstatten (für Juli bis Dezember). Gleichzeitig hat an den Rentenversicherungsträger eine Erstattung der von ihm aus 125,00 € getragenen Beitragsanteile zu erfolgen.

b) "Überzahlung" aufgrund des einmalig gezahlten Arbeitsentgelts

Laufendes Arbeitsentgelt bis November (3.200,00 € x 11)	35.200,00 €
Einmalig gezahltes beitragspflichtiges Arbeitsentgelt	+ 2.800,00 €
insgesamt	38.000,00 €
"Beitragspflichtiger" Teil der Rente Juli bis November (400,00 € x 5)	+ 2.000,00 €
insgesamt	40.000,00 €
Anteilige Jahresarbeitsentgeltgrenze bis November (3.600,00 € x 11)	- 39.600,00 €
Differenz	400,00 €

Neben der aufgrund des laufenden Arbeitsentgelts aus der Rente vorzunehmenden Erstattung (Juli bis November 5 x 200,00 € = 1.000,00 €) können aufgrund des einmalig gezahlten beitragspflichtigen Arbeitsentgelts die aus 400,00 € vom Mitglied aus der Rente getragenen Beiträge (insgesamt also aus 1.400,00 €) erstattet werden. Selbiges gilt für die an den Rentenversicherungsträger vorzunehmende Erstattung der von dort getragenen Beitragsanteile.

Beispiel 2:

Ein Rentner hat im Jahre 2009 monatlich folgende Einkünfte:

Lfd. Arbeitsentgelt 1.1. - 31.1.2009 (30 SV-Tage)	3.100,00 €
Lfd. Arbeitsentgelt 1.2. - 28.2.2009 (30 SV-Tage)	3.200,00 €
Lfd. Arbeitsentgelt 1.3. - 5.3.2009 (5 SV-Tage)	500,00 €
Beitragsfreiheit 6.3. - 7.4.2009 --	
Lfd. Arbeitsentgelt 8.4. - 30.4.2009 (23 SV-Tage)	2.500,00 €
Lfd. Arbeitsentgelt 1.5. - 31.5.2009 (30 SV-Tage)	3.100,00 €
Einmalig gezahltes Arbeitsentgelt im Mai 2009	900,00 €
insgesamt (118 SV-Tage)	13.300,00 €

Monatliche Rente 1.050,00 €

a) Monatliche "Überzahlung"

	Januar	Februar	März (5 SV-Tage)	April (23 SV-Tage)	Mai
Arbeitsentgelt	3.100,00 €	3.200,00 €	500,00 €	2.500,00 €	3.100,00 €
Rente	1.050,00 €	1.050,00 €	175,00 €	805,00 €	1.050,00 €
insgesamt	4.150,00 €	4.250,00 €	675,00 €	3.305,00 €	4.150,00 €
BBG	3.675,00 €	3.675,00 €	612,50 €	2.817,50 €	3.675,00 €
Differenz	475,00 €	575,00 €	62,50 €	487,50 €	475,00 €
insgesamt:	<u>2.075,00 €</u>				
danach noch "beitragspflichtiger" Teil der Rente	575,00 €	475,00 €	112,25 €	317,50 €	575,00 €
insgesamt:	<u>2.054,75 €</u>				

Die auf 2.075,00 € entfallenden vom Mitglied getragenen Beiträge aus der Rente für die Monate Januar bis Mai 2009 können erstattet werden. Daneben ist der Beitragsanteil des Rentenversicherungsträgers für die Monate Januar bis Mai 2009 an diesen zu erstatten.

b) "Überzahlung" aufgrund des einmalig gezahlten Arbeitsentgelts

Laufendes Arbeitsentgelt bis Mai	12.400,00 €
Einmalig gezahltes Arbeitsentgelt	+ 900,00 €
insgesamt	13.300,00 €
"Beitragspflichtiger" Teil der Rente 1.1. - 5.3. und 8.4. - 31.5.	+ 2.054,75 €
insgesamt	15.354,75 €
Anteilige Jahresarbeitsentgeltgrenze (118 SV-Tage)	- 14.455,00 €
Differenz	899,75 €

Neben der aufgrund des laufenden Arbeitsentgelts aus der Rente vorzunehmenden Erstattung (Januar bis Mai = insgesamt 2.054,75 €) können aufgrund des einmalig gezahlten Arbeitsentgelts die aus 899,75 € vom Mitglied aus der Rente getragenen Beiträge (insgesamt aus 2.954,50 €) erstattet werden. Dies gilt auch für den an den Rentenversicherungsträger zu erstattenden Beitragsanteil.

2.4 Ermittlung des Erstattungsbetrages der Pflegeversicherungsbeiträge bei Bezug von Krankengeld

Krankengeldbezieher unterliegen in der sozialen Pflegeversicherung nach § 57 Absatz 2 SGB XI im Gegensatz zur Krankenversicherung der Beitragspflicht. Als beitragspflichtige Einnahmen gelten 80 v.H. des Arbeitsentgelts, das der Bemessung des Krankengeldes zugrunde liegt. Die Pflegeversicherungsbeiträge werden je zur Hälfte vom Leistungsbezieher und der Krankenkasse getragen, soweit sie auf das Krankengeld entfallen, im Übrigen von der Krankenkasse allein (§ 59 Absatz 2 SGB XI).

Bei einer Beitragserrstattung aus der Rente in der Pflegeversicherung nach § 57 Absatz 1 SGB XI i.V.m. § 231 SGB V ist die Beitragszahlung aus dem Krankengeld in Form der Bemessungsgrundlage für die Beiträge aus dem Krankengeld zur Pflegeversicherung nach § 57 Absatz 2 SGB XI zu berücksichtigen. Dies führt im Ergebnis zu unterschiedlichen Ausgangswerten für eine Erstattung von Beiträgen nach § 57 Absatz 1 SGB XI in der Pflegeversicherung und bei einer Beitragserrstattung nach § 231 SGB V in der Krankenversicherung andererseits. Insoweit sind zwei Berechnungsverfahren erforderlich.

2.5 Satzungsbestimmung

§ 231 Absatz 2 Satz 3 SGB V überlässt es der Krankenkasse, durch die Satzung Näheres über die Durchführung der Beitragserrstattung zu bestimmen. Durch eine solche Satzungsbestimmung können z.B. Regelungen über Art und Weise sowie Zeitpunkt der Erstattung getroffen werden. Hiernach richtet sich auch das Erstattungsverfahren gegenüber dem Rentenversicherungsträger.

2.6 Erstattungsverfahren

Beitragserrstattungen, die Zeiträumen bis zum 31. Dezember 2008 zuzurechnen sind, werden wie bisher über die Ziffer 6.8 der Monatsabrechnung (GSV) nachgewiesen. Diese Erstattungen werden zu Lasten der Krankenkassen an die Rentenversicherungsträger geleistet. Beitragserrstattungen, die Zeiträumen bis zum 31. Dezember 2008 zuzurechnen sind, sind bis zum Jahr 2013 nach diesem Verfahren zu leisten.

Der Nachweis von Beitragserrstattungen (Beitragsanteil der Rentenversicherungsträger), die Zeiträumen ab dem 1. Januar 2009 zuzurechnen sind, werden über die Ziffer 6.9 der Monatsabrechnung (GSV) nachgewiesen. Die dort ausgewiesenen Beträge werden in der Monatsabrechnung (GSV) wertneutral als nachrichtliche Position geführt. Die Erstattung erfolgt durch eine Verrechnung mit den von der DRV Bund an den Gesundheitsfonds weiterzuleitenden KVdR-Beiträgen.

Die von den Krankenkassen an ihre Mitglieder zu erstattenden Beitragsanteile sollen in der von den Krankenkassen gegenüber dem BVA zu erstellenden Monatsabrechnung (GSV) ausgewiesen und verrechnet werden, und zwar unter der Ziffer 5.8.

Die zu den Erstattungsfällen nach § 231 Absatz 2 SGB V bestehenden Regelungen gelten auch für die vor dem Hintergrund des BSG-Urteils vom 19. Dezember 1995 (12 RK 74/94) vorzunehmenden Beitragserrstattungen bei versicherungspflichtigen Studenten mit Rentenbezug.

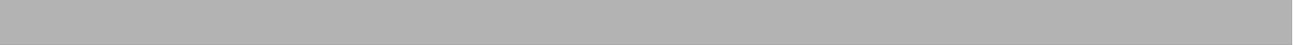
Außerdem sind unter Ziffer 6.8 der Monatsabrechnung (GSV) weiterhin die Beitragserrstattungen der landwirtschaftlichen Krankenkassen nach § 231 Absatz 2 SGB V aufzuführen, unabhängig davon, ob sie Zeiträumen vor oder nach dem 31. Dezember 2008 zuzurechnen sind. In Abweichung zu den obigen Ausführungen gilt dieses Verfahren für die landwirtschaftlichen Krankenkassen über das Jahr 2013 hinaus, sofern sich zwischenzeitlich keine rechtliche Änderung ergibt.

3 Antrag

Eine Beitragserrstattung nach § 231 SGB V wird nicht von Amts wegen vorgenommen. Hierzu ist vielmehr ein Antrag des Rentners erforderlich. Dieser Antrag ist an keine Form gebunden und bei der zuständigen Krankenkasse zu stellen.

4 Zuständige Krankenkasse

Zuständig ist die Krankenkasse, bei der der Versicherte während der Zeit, für die eine Erstattung verlangt wird, versichert war. Hat der Rentenbezieher in dieser Zeit verschiedenen Krankenkassen angehört, dann muss der Antrag an die



jeweiligen Krankenkassen gerichtet werden. Sofern der Erstattungsantrag bei einer unzuständigen Krankenkasse gestellt wird, hat sie den Antrag an die zuständige Krankenkasse weiterzuleiten.

5 Verjährung

Der Antrag auf Erstattung von Beiträgen nach § 231 SGB V ist an keine Frist gebunden. Zu beachten ist in diesem Zusammenhang aber die Vorschrift des § 27 Absatz 2 SGB IV, wonach der Erstattungsanspruch in vier Jahren nach Ablauf des Kalenderjahres verjährt, in dem die Beiträge entrichtet worden sind.

B Abgrenzung der Kassenzuständigkeit zwischen allgemeiner und landwirtschaftlicher Krankenversicherung

I. Versicherungspflicht in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung

§ 2 KVLG 1989

Pflichtversicherte

(1) In der Krankenversicherung der Landwirte sind versicherungspflichtig

- 1. Unternehmer der Land- und Forstwirtschaft einschließlich des Wein- und Gartenbaus sowie der Teichwirtschaft und der Fischzucht (landwirtschaftliche Unternehmer), deren Unternehmen, unabhängig vom jeweiligen Unternehmer, auf Bodenbewirtschaftung beruht und die Mindestgröße erreicht; § 1 Absatz 5 des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte gilt,**
- 2. Personen, die als landwirtschaftliche Unternehmer tätig sind, ohne dass ihr Unternehmen die Mindestgröße im Sinne der Nummer 1 erreicht, wenn**
 - a) ihr landwirtschaftliches Unternehmen die nach § 1 Absatz 5 des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte festgesetzte Mindestgröße um nicht mehr als die Hälfte unterschreitet und**
 - b) das Arbeitsentgelt und Arbeitseinkommen, das sie neben dem Einkommen aus dem landwirtschaftlichen Unternehmen haben, sowie das in § 5 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannte Vorruhestandsgeld im Kalenderjahr die Hälfte der jährlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch nicht übersteigt,**
- 3. mitarbeitende Familienangehörige eines landwirtschaftlichen Unternehmers, wenn sie das fünfzehnte Lebensjahr vollendet haben oder wenn sie als Auszubildende in dem landwirtschaftlichen Unternehmen beschäftigt sind,**
- 4. Personen, die die Voraussetzungen für den Bezug einer Rente nach dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte erfüllen und diese Rente beantragt haben,**
- 5. Personen, die das fünfundsiebzehnte Lebensjahr vollendet haben und während der letzten fünfzehn Jahre vor Vollendung des fünfundsiebzehnten Lebensjahres mindestens sechzig Kalendermonate als landwirtschaftliche Unternehmer nach Nummer 1 oder 2 oder als mitarbeitende Familienangehörige nach Nummer 3 versichert waren, sowie die überlebenden Ehegatten und eingetragenen Lebenspartner (Lebenspartner) dieser Personen.**
- 6. Personen, die die Voraussetzungen für eine Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 2 oder 2a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllen,**
- 7. Personen, die die Voraussetzungen für eine Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllen.**

(2) Als landwirtschaftliche Unternehmer nach Absatz 1 Nr. 1 gelten Unternehmer der Binnenfischerei, der Imkerei und der Wanderschäfferei, deren Unternehmen unabhängig vom jeweiligen Unternehmer die Mindestgröße erreicht; für die Bestimmung der Mindestgröße gilt § 1 Absatz 5 Satz 2 bis 4 des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte. Soweit sich die folgenden Vorschriften auf landwirtschaftliche Unternehmen beziehen, gelten sie entsprechend für die im Satz 1 genannten Unternehmen.

(3) Unternehmer ist, wer seine berufliche Tätigkeit selbständig ausübt. Beschränkt haftende Gesellschafter einer Personenhandelsgesellschaft oder Mitglieder einer juristischen Person gelten als Unternehmer, wenn sie hauptberuflich im Unternehmen tätig und wegen dieser Tätigkeit nicht kraft Gesetzes in der gesetzlichen Rentenversicherung versichert sind. Betreiben Ehegatten gemeinsam ein landwirtschaftliches Unternehmen, gilt derjenige Ehegatte als Unternehmer, der das Unternehmen überwiegend leitet. Ist nicht festzustellen, wer das Unternehmen überwiegend leitet, bestimmt die Krankenkasse, welcher Ehegatte als Unternehmer gilt.

(4) Mitarbeitende Familienangehörige sind Verwandte bis zum dritten Grad und Verschwägte bis zum zweiten Grad sowie Pflegekinder (Personen, mit denen der Unternehmer, sein Ehegatte oder sein Lebenspartner durch ein familienähnliches, auf längere Dauer angelegtes Band verbunden ist, sofern er sie in seinen Haushalt aufgenommen hat) eines landwirtschaftlichen Unternehmers im Sinne des Absatzes 3, seines Ehegatten oder seines Lebenspartners, die in seinem landwirtschaftlichen Unternehmen hauptberuflich beschäftigt sind. Sind beide Ehegatten oder Lebenspartner Mitarbeitende Familienangehörige, ist nur derjenige versicherungspflichtig, der überwiegend in dem landwirtschaftlichen Unternehmen beschäftigt ist; Absatz 3 Satz 4 gilt entsprechend. Als Mitarbeitender Familienangehöriger gilt auch der Ehegatte oder Lebenspartner des landwirtschaftlichen Unternehmers, der aufgrund einer Beschäftigung in dem landwirtschaftlichen Unternehmen des anderen Ehegatten oder Lebenspartners die in § 5 Absatz 1 Nr. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Voraussetzungen erfüllt.

(4a) Nach Absatz 1 Nr. 1 bis 6 ist nicht versicherungspflichtig, wer außerhalb der Land- und Forstwirtschaft hauptberuflich selbständig erwerbstätig ist.

(5) Voraussetzung der Versicherung für die in Absatz 1 Nr. 3 genannten Personen ist, dass sie nicht nach Absatz 1 Nr. 1 oder 2 versicherungspflichtig sind, für die in Absatz 1 Nr. 4 genannten Personen, dass sie nicht nach Absatz 1 Nr. 1, 2, 3 oder 6 versicherungspflichtig sind, und für die in Absatz 1 Nr. 5 genannten Personen, dass sie nicht nach Absatz 1 Nr. 1, 2, 3 oder 4 versicherungspflichtig sind.

(6) Der Bezug des in § 5 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Vorruhestandsgeldes steht einer hauptberuflichen Beschäftigung als Mitarbeitender Familienangehöriger gleich, wenn der Familienangehörige unmittelbar vor Bezug des Vorruhestandsgeldes nach Absatz 1 Nr. 3 versicherungspflichtig war. Als in Absatz 1 Nr. 3 bezeichnete landwirtschaftliche Unternehmer gelten auch die zur Zahlung von Vorruhestandsgeld Verpflichteten.

(6a) Nach Absatz 1 Nr. 7 ist nicht versicherungspflichtig, wer nach Absatz 1 Nr. 1 bis 6 versicherungspflichtig, freiwilliges Mitglied oder nach § 7 oder nach § 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch versichert ist. Satz 1 gilt entsprechend für Empfänger von Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch und für Empfänger laufender Leistungen nach § 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes. Satz 2 gilt auch, wenn der Leistungsbezug für weniger als einen Monat unterbrochen wird. Der Anspruch auf Leistungen nach § 19 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt nicht als Absicherung im Krankheitsfall im Sinne von Absatz 1 Nr. 7, sofern im Anschluss daran kein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall besteht.

(7) Wer versicherungspflichtig wird und bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert ist, kann den Versicherungsvertrag mit Wirkung vom Eintritt der Versicherungspflicht an kündigen. Dies gilt auch, wenn eine Versicherung nach § 7 eintritt.

(8) Kommt eine Versicherung nach den §§ 2, 6 oder 7 nach Kündigung des Versicherungsvertrages nicht zustande oder endet eine Versicherung nach den §§ 2 oder 7 vor Erfüllung der Vorversicherungszeit nach § 6, ist das private Krankenversicherungsunternehmen zum erneuten Abschluss eines Versicherungsvertrages verpflichtet, wenn der vorherige Vertrag für mindestens fünf Jahre vor seiner Kündigung ununterbrochen bestanden hat. Der Abschluss erfolgt ohne Risikoprüfung zu gleichen Tarifbedingungen, die zum Zeitpunkt der Kündigung bestanden haben; die bis zum Ausscheiden erworbenen Altersrückstellungen sind dem Vertrag zuzuschreiben. Wird eine gesetzliche Krankenversicherung nach Satz 1 nicht begründet, tritt der neue Versicherungsvertrag am Tag nach der Beendigung des vorhergehenden Versicherungsvertrages in Kraft. Endet die gesetzliche Krankenversicherung nach Satz 1 vor Erfüllung der Vorversicherungszeit, tritt der neue Versicherungsvertrag am Tag nach Beendigung der gesetzlichen Krankenversicherung in Kraft. Die Verpflichtung nach Satz 1 endet drei Monate nach der Beendigung des Versicherungsvertrages, wenn eine Versicherung nach den §§ 2, 6 oder 7 nicht begründet wurde. Bei Beendigung der Versicherung nach den §§ 2 oder 7 vor Erfüllung der Vorversicherungszeiten nach § 6 endet die Verpflichtung nach Satz 1 längstens zwölf Monate nach der Beendigung des privaten Versicherungsvertrages.

(9) Ausländer, die nicht Angehörige eines Mitgliedsstaates der Europäischen Union, Angehörige eines Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder Staatsangehörige der Schweiz sind, werden von der Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nr. 7 erfasst, wenn sie eine Niederlassungserlaubnis oder eine Aufenthaltserlaubnis mit einer Befristung auf mehr als zwölf Monate nach dem Aufenthaltsgesetz besitzen und für die Erteilung dieser Aufenthaltstitel keine Verpflichtung zur Sicherung des Lebensunterhalts nach § 5 Absatz 1 Nr. 1 des Aufenthaltsgesetzes besteht. Angehörige eines anderen Mitgliedsstaates der Europäischen Union, Angehörige eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum und Staatsangehörige der Schweiz werden von der Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nr. 7 nicht erfasst, wenn die Voraussetzung für die Wohnortnahme in Deutschland die Existenz eines Krankenversicherungsschutzes nach § 4 des Freizügigkeitsgesetzes/EU ist. Bei Leistungsberechtigten nach dem Asylbewerberleistungsgesetz liegt eine Absicherung im Krankheitsfall bereits dann vor, wenn ein Anspruch auf Leistungen

bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt nach § 4 des Asylbewerberleistungsgesetzes dem Grunde nach besteht

Sonderrecht für das Beitrittsgebiet

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

- a) ...
- b) In § 2 Absatz 1 Nr. 2 Buchstabe b) wird jede Vorruhestandsgeldzahlung berücksichtigt.
- c) In § 2 Absatz 1 Nr. 5 tritt an Stelle der Frist von 60 Monaten eine Frist von zwölf Monaten.
- d) ...

§ 3a KVLG 1989

Versicherungsfreiheit

Versicherungsfrei ist, wer

- 1. die Voraussetzungen des § 6 Absatz 1 Nr. 1, 2 oder 4 bis 8 oder § 6 Absatz 3a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllt; § 6 Absatz 4 und 9 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt, oder
- 2. Mitglied des Deutschen Bundestages oder eines Landtages oder Versorgungsempfänger nach den Abgeordnetengesetzen des Bundes oder der Länder ist.

§ 63 KVLG 1989

Überleitungsvorschrift

(1) Personen, deren Versicherungspflicht aufgrund dieses Gesetzes vom 1. Januar 1995 an entfällt, können der Versicherung beitreten. Der Beitritt ist der Krankenkasse bis spätestens zum 31. März 1995 schriftlich anzuzeigen; die Mitgliedschaft beginnt am 1. Januar 1995. Die Sätze 1 und 2 gelten für Personen, die die Voraussetzungen des § 6 Absatz 1 Nr. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllen, mit der Maßgabe, dass § 257 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sowie § 12 Satz 2 anzuwenden sind; bei Anwendung des § 257 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch tritt an die Stelle des allgemeinen Beitragssatzes der Krankenkasse der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz der Krankenkassen.

(2) Wer am 31. Dezember 1994 nach § 2 Absatz 1 Nr. 4 versicherungspflichtig ist oder nach § 23 Absatz 1 als Mitglied gilt und nach § 2 Absatz 4a oder § 3a ab 1. Januar 1995 versicherungsfrei ist, bleibt für die Dauer des Bezuges einer Rente nach dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte oder bis zu dem Tag, an dem der Antrag zurückgezogen oder die Ablehnung des Antrags unanfechtbar wird, versicherungspflichtig. Wer nach Satz 1 versicherungspflichtig ist, kann die Befreiung von der Versicherungspflicht bis zum 31. März 1995 beantragen. Die Befreiung wirkt vom 1. April 1995 an und kann nicht widerrufen werden.

1 Bezieher einer Rente aus der Alterssicherung der Landwirte

1.1 Grundsatz

Zum Personenkreis der Versicherungspflichtigen nach § 2 Absatz 1 Nr. 4 KVLG 1989 gehören - vorbehaltlich § 2 Absatz 4a KVLG 1989 (Ziffer 1.2) und § 3a KVLG 1989 (Ziffer 1.3) - alle Bezieher einer Altersrente (§ 11 ALG), einer vorzeitigen Altersrente (§ 12 ALG), einer Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung oder einer Rente wegen voller Erwerbsminderung (§ 13 ALG), einer Witwen- oder Witwerrente (§ 14 ALG), einer Waisenrente (§ 15 ALG), einer Rente wegen Todes bei Verschollenheit (§ 16 ALG) oder einer Landabgaberente (§ 121 ALG). Dies gilt für Personen in den alten und in den neuen Bundesländern.

Für den Eintritt der Versicherungspflicht ist es nicht erforderlich, dass die Leistung tatsächlich ausgezahlt wird; es genügt, dass der Leistungsanspruch dem Grunde nach besteht. Die Krankenversicherung der Altenteiler wird demnach auch bei Ruhen der Leistung durchgeführt, nicht dagegen bei Verzicht auf die Leistung.

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

Wegen der Mitgliedschaft von Antragstellern auf die vorbezeichneten Renten wird auf § 23 KVLG 1989 verwiesen (vgl. III).

1.2 Ausschluss der Versicherungspflicht

Als Altenteiler ist nach § 2 Absatz 4a KVLG 1989 nicht krankenversicherungspflichtig, wer außerhalb der Land- und Forstwirtschaft hauptberuflich selbständig erwerbstätig ist.

Trifft eine Altenteilerversicherung mit einer selbständigen Erwerbstätigkeit außerhalb der Land- und Forstwirtschaft zusammen, ist diese selbständige Erwerbstätigkeit dann als hauptberuflich anzusehen, wenn daraus die überwiegenden Einnahmen erzielt werden. De facto kommt damit dem Kriterium „Mittelpunkt des Erwerbslebens“ praktische Bedeutung zu.

Mittelpunkt des Erwerbslebens kann nach allgemeiner Verkehrsanschauung nur die Tätigkeit sein, aus deren Einnahmen der Betroffene seinen Lebensunterhalt vollständig oder wenigstens überwiegend bestreitet. Gleichwohl kann Hauptberuflichkeit nicht eintreten, wenn die aus der selbständigen Erwerbstätigkeit erzielten Einkünfte regelmäßig unterhalb der Geringfügigkeitsgrenze des § 8 SGB IV liegen.

Liegen diese über diesem Grenzwert, sind die Einkünfte aus der selbständigen Erwerbstätigkeit allen übrigen Einkünften gegenüber zu stellen. Überwiegen die Einkünfte aus Gewerbebetrieb und/oder selbständiger Arbeit deutlich („um 20 v. H.“), liegt ohne weitere Prüfung Hauptberuflichkeit vor. Überwiegen die übrigen Einkünfte, ist zu prüfen, ob dies nicht trotz einer nicht nur geringfügigen selbständigen Tätigkeit allein deshalb der Fall ist, weil die Einkünfte aus der selbständigen Erwerbstätigkeit lediglich im Prüfzeitraum allein durch Investitionen bzw. Abschreibungen hinter den übrigen Einnahmen zurückbleiben. In diesem Fall ist die selbständige Erwerbstätigkeit trotz Fehlens eines deutlichen Übersteigens der daraus erzielten Einkünfte als hauptberuflich anzusehen.

1.3 Versicherungsfreiheit

Nach § 3a KVLG 1989 sind u.a. Altenteiler versicherungsfrei, wenn sie

- die Voraussetzungen des § 6 Absatz 1 Nr. 1, 2 oder 4 bis 8 oder Absatz 3a SGB V erfüllen

oder

- Mitglied des Deutschen Bundestages oder eines Landtages oder Versorgungsempfänger nach den Abgeordneten-gesetzen des Bundes oder der Länder sind.

1.4 Übergangsregelung

Personen, die am 31. Dezember 1994 der Versicherungspflicht nach § 2 Absatz 1 Nr. 4 KVLG 1989 als Bezieher einer laufenden Geldleistung nach dem GAL unterlagen und ab 1. Januar 1995 wegen § 2 Absatz 4a KVLG 1989 aus der Versicherungspflicht auszuschließen oder wegen § 3a KVLG 1989 versicherungsfrei waren, bleiben für die Dauer des Bezugs einer Rente nach dem ALG versicherungspflichtig.

2 Sonstige Personen über 65 Jahre

2.1 Grundsätzliches

Personen, die das 65. Lebensjahr vollendet haben, unterliegen dann der Versicherungspflicht in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung, wenn sie während der letzten 15 Jahre vor Vollendung des 65. Lebensjahres mindestens 60 Kalendermonate als landwirtschaftliche Unternehmer (§ 2 Absatz 1 Nr. 1 oder 2 KVLG/KVLG 1989) oder als mitarbeitende Familienangehörige (§ 2 Absatz 1 Nr. 3 KVLG/KVLG 1989) versichert waren.

Hinsichtlich der Ermittlung der Vorversicherungszeit sind Zeiten zusammenzurechnen, in denen die Betreffenden als landwirtschaftliche Unternehmer oder als mitarbeitende Familienangehörige versichert waren. Hat die Person, die das 65. Lebensjahr vollendet hat, die Vorversicherungszeit durch eigene Versicherungszeiten nicht erfüllt, sind Zeiten, die der verstorbene Ehegatte oder Lebenspartner innerhalb der Rahmenfrist zurückgelegt hat, als Vorversicherungszeit anzurechnen; dabei dürfen eigene Versicherungszeiten und Versicherungszeiten des Verstorbenen nur insoweit zusammengerechnet werden, als sie sich nicht überschneiden.

Versicherungspflichtig ist auch der überlebende Ehegatte oder Lebenspartner einer Person, die zum Zeitpunkt des Todes die Voraussetzungen des § 2 Absatz 1 Nr. 5 KVLG 1989 erfüllte. Nicht erforderlich ist, dass der Verstorbene selbst nach dieser Vorschrift versichert war. Der hinterbliebene Ehegatte oder Lebenspartner selbst braucht keine besonderen Voraussetzungen zu erfüllen; insbesondere ist es nicht erforderlich, dass dieser das 65. Lebensjahr bereits vollendet hat.

2.2 Abweichung für das Beitrittsgebiet

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

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

2.3 Ausschluss der Versicherungspflicht und Versicherungsfreiheit

Die Vorschriften über den Ausschluss der Versicherungspflicht (§ 2 Absatz 4a KVLG 1989, vgl. I 1.2) und über die Versicherungsfreiheit (§ 3a KVLG 1989, vgl. I 1.3) gelten für die Altenteiler nach § 2 Absatz 1 Nr. 5 KVLG 1989 ebenfalls, und zwar sowohl im bisherigen Bundesgebiet als auch im Beitrittsgebiet.

II Verhältnis der Versicherungspflicht in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung zur Versicherungspflicht nach anderen Gesetzen

§ 3 KVLG 1989

Verhältnis der Versicherungspflicht nach diesem Gesetz zur Versicherungspflicht nach anderen Gesetzen

(1) Nach diesem Gesetz ist nicht versichert, wer

- 1. nach anderen gesetzlichen Vorschriften versicherungspflichtig ist,**
- 2. nach § 192 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch Mitglied bei einer anderen Krankenkasse ist.**

(2) Vorrang der Versicherungspflicht nach diesem Gesetz besteht für

1. die in § 5 Absatz 1 Nr. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Beschäftigten, wenn sie diese Beschäftigung für die Dauer von voraussichtlich höchstens 26 Wochen aufnehmen und als versicherungspflichtige Unternehmer versichert sind,
- 1a. die in § 5 Absatz 1 Nr. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Beschäftigten, wenn sie nach § 2 Absatz 1 Nr. 3 versicherungspflichtig sind,
2. die in § 5 Absatz 1 Nr. 11 und 12 und § 189 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sowie in Artikel 2 § 1 des Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetzes vom 27. Juni 1977 (BGBl. I S. 1069) genannten Rentner und Rentenantragsteller, wenn sie nach § 2 Absatz 1 Nr. 1, 2 oder 3 versicherungspflichtig sind oder wenn sie nach § 2 Absatz 1 Nr. 4 versicherungspflichtig sind und in den letzten fünf Jahren vor Stellung des Antrags auf Gewährung der in § 2 Absatz 1 Nr. 4 bezeichneten Renten in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung neun Zehntel dieser Zeit versichert waren; hat in diesem Zeitraum auch eine Versicherung bei einer anderen Krankenkasse bestanden, ist die landwirtschaftliche Krankenkasse nur dann zuständig, wenn sie in den letzten zehn Jahren vor Stellung des Antrags auf Gewährung der in § 2 Absatz 1 Nr. 4 bezeichneten Renten mindestens die Hälfte der Zeit die Mitgliedschaft oder die Versicherung nach § 7 durchgeführt hat,
3. die in § 5 Absatz 1 Nr. 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Personen, die wegen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nicht nach dem Bundesversorgungsgesetz berechnetes Übergangsgeld beziehen, wenn sie nach § 2 Absatz 1 Nr. 1, 2 oder 3 versicherungspflichtig sind,
4. die in § 5 Absatz 1 Nr. 7 und 8 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten behinderten Menschen, wenn sie nach § 2 Absatz 1 Nr. 1, 2 oder 3 versicherungspflichtig sind,
5. die in § 5 Absatz 1 Nr. 9 und 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Studenten, Praktikanten und die zu ihrer Berufsausbildung ohne Arbeitsentgelt Beschäftigten, wenn sie nach § 2 Absatz 1 versicherungspflichtig sind,
6. die in § 5 Absatz 1 Nr. 2 oder 2a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Personen, wenn sie im Zeitpunkt der Arbeitslosmeldung oder vor dem Beginn des Bezugs von Unterhaltsgeld einer landwirtschaftlichen Krankenkasse angehören oder angehört haben,
7. die in § 5 Absatz 1 Nr. 13 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Personen, wenn sie zuletzt bei einer landwirtschaftlichen Krankenkasse versichert waren.

(3) Von der Versicherungspflicht nach § 2 Absatz 1 Nr. 4 und 5 ist befreit, wer

1. nach § 8 Absatz 1 Nr. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch wegen Änderung der Jahresarbeitsentgeltgrenze,
2. nach § 8 Absatz 1 Nr. 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch als Rentner oder Rentenantragsteller,
3. nach Artikel 3 § 1 Absatz 4 des Gesetzes zur Änderung des Mutterschutzgesetzes und der Reichsversicherungsordnung vom 24. August 1965 (BGBl. I S. 912) oder
4. nach Artikel 3 § 3 des Finanzänderungsgesetzes 1967 vom 21. Dezember 1967 (BGBl. I S. 1259)

von der Versicherungspflicht befreit ist.

Sonderrecht für das Beitrittsgebiet

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

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

1 Vorrang der allgemeinen Krankenversicherung

Der Gesetzgeber hat für die Fälle, in denen nebeneinander Versicherungspflicht sowohl nach dem KVLG 1989 als auch nach anderen gesetzlichen Vorschriften besteht, die Kassenzuständigkeit zur Vermeidung von Doppelmitgliedschaften

in verschiedenen Versicherungssystemen durch § 3 KVLG 1989 geregelt. Die Abgrenzung der Mitgliedschaft für Antragsteller auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung und Antragsteller auf eine Rente aus der Alterssicherung der Landwirte werden in § 189 SGB V und in § 23 KVLG 1989 gesondert und abschließend geregelt.

In der landwirtschaftlichen Krankenversicherung wird nach § 3 Absatz 1 KVLG 1989 nicht versichert, wer

- nach anderen gesetzlichen Vorschriften versicherungspflichtig
- nach § 192 SGB V Mitglied einer anderen Krankenkasse ist.

Als andere gesetzliche Vorschriften kommen insbesondere in Betracht

- § 5 Absatz 1 Nr. 1 SGB V
- § 5 Absatz 1 Nr. 2 oder 2a SGB V
- § 5 Absatz 1 Nr. 6 bis 13 SGB V, vorbehaltlich § 3 Absatz 2 KVLG 1989
- § 9 Absatz 1 Satz 1 Nr. 6 SGB V i.V.m. § 3 Absatz 2 Nr. 2 Halbsatz 2 KVLG 1989
- § 5 Absatz 1 Nr. 3 KSVG i.V.m. §§ 1 und 2 KSVG, soweit nach § 2 Absatz 1 Nr. 4 oder 5 KVLG 1989 Versicherungspflicht besteht.

Eine solche Versicherungspflicht nach anderen gesetzlichen Vorschriften verdrängt auch die Versicherungspflicht nach § 2 Absatz 1 Nr. 5 KVLG 1989.

Wird während einer Mitgliedschaft auf Grund der Versicherungspflicht nach § 2 Absatz 1 Nr. 5 KVLG 1989 ein Rentenanspruch gestellt, wird wegen § 189 Absatz 1 Satz 2 SGB V keine Rentenantragstellermemberschaft begründet. Bei einer Zubilligung der Rente für einen zurückliegenden Zeitraum führt die landwirtschaftliche Krankenkasse - abweichend vom vorstehenden Grundsatz - die Mitgliedschaft bis zum Ablauf des Monats durch, in dem der Rentenbescheid bekannt gegeben worden ist; die LKK erhält die Beiträge aus der Rente bis zum Ende der bei ihr geführten Mitgliedschaft.

Abweichung für das Beitrittsgebiet

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

2 Vorrang der landwirtschaftlichen Krankenversicherung im Hinblick auf Antragsteller und Bezieher einer Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung einerseits und Antragsteller und Bezieher einer Rente aus der Alterssicherung der Landwirte andererseits

2.1 Grundsatz "Aktiv vor Passiv"

Entsprechend dem die Krankenversicherung beherrschenden Grundsatz, dass die Mitgliedschaft bei aktiver Berufstätigkeit Vorrang hat vor der Mitgliedschaft aus dem Rentenbezug, wird die KVdR durch die Versicherungspflicht als landwirtschaftlicher Unternehmer (§ 2 Absatz 1 Nr. 1 oder 2 KVLG 1989) oder als arbeitender Familienangehöriger (§ 2 Absatz 1 Nr. 3 i.V.m. § 2 Absatz 4 Satz 1 KVLG 1989) verdrängt; die Mitgliedschaft ist in diesem Falle in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung durchzuführen (§ 3 Absatz 2 Nr. 2 Fallgruppe 1 KVLG 1989).

Stellt ein landwirtschaftlicher Unternehmer oder arbeitender Familienangehöriger (§ 2 Absatz 1 Nr. 1 bis 3 KVLG 1989) einen Antrag auf Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung, wird eine Mitgliedschaft nach § 189 SGB V nicht begründet, solange die Mitgliedschaft in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung besteht (§ 189 Absatz 1 Satz 2 SGB V).

2.2 Zusammentreffen von KVdR und Altenteilerversicherung nach § 2 Absatz 1 Nr. 4 KVLG 1989/§ 23 KVLG 1989

2.2.1 Rahmenfrist, Vorversicherungszeit

Werden die Voraussetzungen sowohl für die KVdR (§ 5 Absatz 1 Nr. 11, 11a oder 12 SGB V) als auch für die Altenteilerversicherung (§ 2 Absatz 1 Nr. 4 KVLG 1989) erfüllt, wird bei der Abgrenzung der Kassenzuständigkeit darauf abgestellt, bei welcher Krankenkasse in den letzten Jahren eine Versicherung bestand. Diese Regelung gilt entsprechend

beim Zusammentreffen der Voraussetzungen für die Mitgliedschaft nach § 189 SGB V und § 23 KVLG 1989 (§ 23 Absatz 4 KVLG 1989).

Der Beginn der Fünf-Jahres-Rahmenfrist (1825 Tage) und die erweiterte Zehn-Jahres-Rahmenfrist nach § 3 Absatz 2 Nr. 2 KVLG 1989 richten sich nach dem Antrag auf die Rente aus der Alterssicherung der Landwirte. Bei Kindern, die innerhalb der maßgeblichen Rahmenfrist geboren sind, verkürzt sich diese; sie umfasst in diesen Fällen die Zeit vom Tag vor der Antragstellung auf die Rente aus der Alterssicherung der Landwirte bis zum Tag der Geburt.

Die Bildung der Fünf-Jahres-Rahmenfrist ist immer dann ausreichend, wenn darin keine Versicherung (Mitgliedschaft oder Familienversicherung nach § 10 SGB V) bei einer Krankenkasse außerhalb der landwirtschaftlichen Krankenversicherung bestand; dabei ist eine Versicherungslücke bis zu 183 Tagen (1/10 von 1825 Tagen) für die Zugehörigkeit zur landwirtschaftlichen Krankenversicherung unschädlich.

Dagegen ist immer dann von der Zehn-Jahres-Rahmenfrist auszugehen, wenn innerhalb der Fünf-Jahres-Rahmenfrist eine Versicherung (Mitgliedschaft oder Versicherung nach § 10 SGB V) bei einer anderen Krankenkasse außerhalb der landwirtschaftlichen Krankenversicherung bestand, unabhängig von der Dauer dieser Versicherung.

Anrechnungsfähige Versicherungszeiten sind Zeiten einer Mitgliedschaft einschließlich evtl. Mitgliedschaft als Antragsteller und einer Familienversicherung. Bestand innerhalb der Fünf-Jahres-Rahmenfrist eine Versicherung bei einer Krankenkasse außerhalb der landwirtschaftlichen Krankenversicherung, ist die Krankenversicherung als Altenteiler dann durchzuführen, wenn mindestens die Hälfte der Zeit innerhalb der Zehn-Jahres-Rahmenfrist mit Versicherungszeiten in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung belegt ist. Entsprechendes gilt für Waisen bei verkürzter Rahmenfrist.

2.2.2 Verfahren nach § 3 Absatz 2 Nr. 2 Fallgruppe 2 KVLG 1989

2.2.2.1 Renten Antragstellung bei bestehender KVdR oder Altenteilerversicherung nach § 2 Absatz 1 Nr. 4 KVLG 1989

Wird während einer bestehenden Mitgliedschaft nach § 5 Absatz 1 Nr. 11, 11a oder 12 SGB V oder nach § 2 Absatz 1 Nr. 4 KVLG 1989 ein Antrag auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder ein Antrag auf eine Rente aus der Alterssicherung der Landwirte gestellt und die beantragte Rente zugebilligt, führt, sofern dadurch eine andere Krankenkasse zuständig ist, die bisherige Krankenkasse die Mitgliedschaft noch bis zum Ablauf des Kalendermonats durch, in dem der Bescheid zugestellt worden ist.

2.2.2.2 Zusammentreffen von Mitgliedschaften nach § 189 SGB V und § 23 KVLG 1989

Trifft eine Mitgliedschaft als Rentenantragsteller nach § 189 SGB V mit einer Mitgliedschaft als Rentenantragsteller nach § 23 KVLG 1989 zusammen, so wird die Krankenversicherung vom Beginn des Zusammentreffens dieser Mitgliedschaften an von der nach § 3 Absatz 2 Nr. 2 Fallgruppe 2 KVLG 1989 zuständigen Krankenkasse durchgeführt. Werden beide Renten zugebilligt, ändert sich die Kassenzuständigkeit nicht.

Wird einer der beiden Rentenansprüche vom Rentenantragsteller zurückgenommen oder eine der beantragten Renten abgelehnt und dadurch eine andere Krankenkasse zuständig, so führt die bisher zuständige Krankenkasse die Mitgliedschaft bis zu dem Tag durch, an dem der Rentenanspruch zurückgenommen oder die Ablehnung des Rentenanspruchs unanfechtbar wird.

Ist der Rentenantragsteller Mitglied einer landwirtschaftlichen Krankenkasse und wird zuerst die Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung zugebilligt, wird er ab Rentenbeginn beitragsrechtlich wie ein in der allgemeinen Krankenversicherung versicherungspflichtiger Rentner behandelt. Ist der Rentenantragsteller Mitglied einer nichtlandwirtschaftlichen Krankenkasse und wird ihm zuerst die Rente aus der Alterssicherung der Landwirte zugebilligt, wird er ab Beginn dieser Rente beitragsrechtlich wie ein versicherungspflichtiger Altenteiler behandelt.

2.2.3 Hinzutritt einer weiteren Rente

Die einmal nach § 3 Absatz 2 Nr. 2 Fallgruppe 2 KVLG 1989 getroffene Entscheidung über die Kassenzuständigkeit bleibt auch dann maßgebend, wenn später eine weitere Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder eine weitere Rente aus der Alterssicherung der Landwirte beantragt bzw. zugebilligt wird.

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

Das Optionsrecht nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nr. 6 SGB V setzt das Bestehen von Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 11 SGB V voraus. Infolgedessen besteht durch die freiwillige Versicherung nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nr. 6 SGB V die Wirkung von § 23 Absatz 4 oder § 3 KVLG 1989 fort (entsprechend § 5 Absatz 8 Satz 2 SGB V, aber auch BSG, Urteile vom 22. März 1984, USK 8409, und vom 29. Oktober 1985, USK 8596). Treffen also eine freiwillige Versicherung nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nr. 6 SGB V und eine Altenteilerversicherung nach § 2 Absatz 1 Nr. 4 KVLG 1989 zusammen, ist die Zuständigkeit zwischen allgemeiner Krankenversicherung und landwirtschaftlicher Krankenversicherung nach § 3 Absatz 2 Nr. 2 Halbsatz 2 KVLG 1989 zu beurteilen.

Entsprechendes gilt für Familienangehörige des nach § 9 Absatz 1 Nr. 6 SGB V freiwillig Versicherten.

Stellt eine nach § 9 Absatz 1 Nr. 6 SGB V versicherte Person einen Antrag auf Rente aus der Alterssicherung der Landwirte, gelten die Verfahrensregelungen zum Zusammentreffen der KVdR und Altenteilerversicherung nach § 2 Absatz 1 Nr. 4 KVLG 1989/§ 23 KVLG 1989; die Versicherung nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nr. 6 SGB V steht insoweit der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 11 SGB V gleich.

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

2.3.1 Gesetzliche Abgrenzung der Kassenzuständigkeit

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

2.3.2 Verfahrensregelungen

Wird während einer bestehenden Mitgliedschaft nach § 2 Absatz 1 Nr. 5 KVLG 1989 ein Antrag auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung gestellt und die beantragte Rente zugebilligt, führt, sofern dadurch eine andere Krankenkasse zuständig wird, die LKK die Mitgliedschaft noch bis zum Ablauf des Kalendermonats durch, in dem der Rentenbescheid zugestellt worden ist.

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

2.3.3 Hinzutritt einer weiteren KVdR-Rente

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

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

Die Ausführungen unter Ziffer 2.2.4 gelten entsprechend.

2.4 Ausschluss der landwirtschaftlichen Krankenversicherung

2.4.1 Auswirkung der Befreiung von der Versicherungspflicht in der allgemeinen Krankenversicherung

Personen, die die Voraussetzungen für die Altenteilerversicherung nach § 2 Absatz 1 Nr. 4 oder 5 KVLG 1989 erfüllen, sind nach § 3 Absatz 3 KVLG 1989 von dieser Versicherungspflicht befreit, wenn sie

- von der Krankenversicherungspflicht als Arbeiter oder Angestellter wegen Änderung der Jahresarbeitsentgeltgrenze (§ 8 Absatz 1 Nr. 1 SGB V)
- von der Krankenversicherungspflicht als Rentner oder von der Versicherung als Rentenantragsteller (§ 8 Absatz 1 Nr. 4 SGB V)
- von der Krankenversicherungspflicht als Angestellter wegen Erhöhung der Jahresarbeitsentgeltgrenze (Artikel 3 § 1 Absatz 4 des Gesetzes zur Änderung des MuSchG und der RVO)

oder

- von der Krankenversicherungspflicht als Rentner (Artikel 3 § 3 Finanzänderungsgesetz 1967; BGBl. I S. 1259)

befreit sind.

2.4.2 Auswirkung der Befreiung von der Versicherungspflicht in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung

Die Befreiung von der Versicherungspflicht in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung nach den §§ 4 oder 59 KVLG 1989 erstreckt sich - vorbehaltlich des Ausnahmetatbestandes des § 59 Absatz 1 Satz 2 KVLG 1989 - auf alle später eintretenden Versicherungsgründe des § 2 KVLG 1989; ebenso wird eine Mitgliedschaft als Antragsteller nach § 23 Absatz 3 KVLG 1989 ausgeschlossen. Die Befreiung von der Versicherungspflicht nach § 5 KVLG 1989 wirkt, solange die Voraussetzungen dafür vorliegen.

Darüber hinaus greift eine Befreiung von der Versicherungspflicht in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung aufgrund § 6 Absatz 3 SGB V auch auf die allgemeine Krankenversicherung durch.

III Mitgliedschaft von Antragstellern auf eine Rente aus der Alterssicherung der Landwirte

§ 23 KVLG 1989

Mitgliedschaft von Antragstellern

(1) Als Mitglieder gelten Personen, die eine der in § 2 Absatz 1 Nr. 4 genannten Renten nach dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte beantragt haben, ohne die Voraussetzungen für den Bezug dieser Rente zu erfüllen. Die Mitgliedschaft beginnt mit dem Tag der Beantragung einer Rente nach dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte. Sie endet mit dem Tode oder mit dem Tag, an dem der Antrag zurückgenommen oder die Ablehnung des Antrags unanfechtbar wird. Satz 1 gilt nicht, wenn die Person nach anderen Vorschriften versicherungspflichtig ist.

(2) aufgehoben

(3) Eine Mitgliedschaft nach Absatz 1 wird nicht für Personen begründet, die versicherungsfrei nach § 2 Absatz 4a, § 3a oder von der Versicherungspflicht nach den §§ 4, 5 oder 59 Absatz 1 befreit sind; § 3 Absatz 3 gilt entsprechend.

(4) Die Mitgliedschaft nach Absatz 1 hat Vorrang vor einer Mitgliedschaft nach § 189 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, wenn für die Person die Voraussetzungen des § 3 Absatz 2 Nr. 2 für eine vorrangige Versicherungspflicht nach diesem Gesetz vorliegen.

1 Personenkreis

1.1 Grundsatz

Personen, die

- die Voraussetzungen für den Bezug einer Altersrente, einer vorzeitigen Altersrente, einer Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung oder einer Rente wegen voller Erwerbsminderung, einer Witwen- oder Witwerrente, einer Waisenrente, einer Rente wegen Todes bei Verschollenheit oder einer Landabgaberente erfüllen und diese Rente beantragt haben, werden nach § 2 Absatz 1 Nr. 4 KVLG 1989
- eine der vorbezeichneten Renten aus der Alterssicherung der Landwirte beantragt haben, ohne die Voraussetzungen für den Bezug dieser Renten zu erfüllen, werden nach § 23 KVLG 1989

versichert. Da die Frage, ob die Voraussetzungen für den Rentenbezug gegeben sind, erst nach Abschluss des Antragsverfahrens beantwortet wird, ist der Krankenversicherungsschutz in der Zeit zwischen Antragstellung und Entscheidung der landwirtschaftlichen Alterskasse - vorbehaltlich § 23 Absatz 2 bis 4 KVLG 1989 - aufgrund einer Versicherung nach § 23 KVLG 1989 sicherzustellen (analog Urteil des BSG vom 22. Juni 1973 - 3 RK 106/71 -, USK 73112).

2 Beginn und Ende der Mitgliedschaft

Die Mitgliedschaft nach § 23 KVLG 1989 beginnt mit dem Tag des Antrags auf eine Rente aus der Alterssicherung der Landwirte und endet mit dem Tode oder mit dem Tag, an dem der Antrag zurückgenommen oder die Ablehnung des Antrags unanfechtbar wird; die Abweichungen unter Ziffer 4 und 5 sind zu beachten.

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

3.1 Versicherungspflicht nach anderen gesetzlichen Vorschriften

Die Mitgliedschaft als Rentenantragsteller ist ausgeschlossen, wenn und solange diese Person nach anderen gesetzlichen Vorschriften versicherungspflichtig ist (§ 23 Absatz 1 Satz 4 KVLG 1989). Als Versicherungspflicht nach anderen gesetzlichen Vorschriften kommen sowohl solche nach dem KVLG 1989 als auch solche nach dem SGB V in Betracht. Übt z.B. ein Rentenantragsteller auf eine Rente aus der Alterssicherung der Landwirte eine Beschäftigung aus (§ 5 Absatz 1 Nr. 1 SGB V) oder ist er nach § 5 Absatz 1 Nr. 2 SGB V versicherungspflichtig, wird keine Mitgliedschaft nach § 23 KVLG 1989 begründet.

3.2 Hauptberufliche selbständige außerland- oder außerforstwirtschaftliche Tätigkeit

Eine Mitgliedschaft als Rentenantragsteller auf eine Rente aus der Alterssicherung der Landwirte wird nicht begründet, wenn der Rentenantragsteller außerhalb der Land- und Forstwirtschaft hauptberuflich selbständig erwerbstätig ist (§ 2 Absatz 4a KVLG 1989). Die Ausführungen unter I 1.2 gelten.

3.3 Krankenversicherungsfreiheit

Nach § 23 Absatz 3 KVLG 1989 findet § 3a KVLG 1989 für Rentenantragsteller auf eine Rente aus der Alterssicherung der Landwirte ebenfalls Anwendung. Demzufolge sind Rentenantragsteller versicherungsfrei, wenn sie

- die Voraussetzungen des § 6 Absatz 1 Nr. 1, 2 oder 4 bis 8 oder Absatz 3a SGB V erfüllen

oder

- Mitglied des Deutschen Bundestages oder eines Landtages oder Versorgungsempfänger nach den Abgeordnetengesetzen des Bundes oder der Länder sind.

3.4 Von der Krankenversicherungspflicht befreite Personen

Eine Mitgliedschaft nach § 23 KVLG 1989 wird nicht ausgelöst für Personen, die aufgrund der §§ 4, 5, 59 Absatz 1 KVLG 1989 oder Artikel 56 Absatz 5 GRG von der Versicherungspflicht in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung befreit sind. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Wirkung der Befreiung nach § 5 KVLG 1989 befristet und tatbestandsbezogen ist. Aufgrund der Verweisung auf § 59 Absatz 1 KVLG 1989 wird verdeutlicht, dass auch die bis zum 31. Dezember 1988 ausgesprochenen Befreiungen nach §§ 4 und 94 KVLG in den jeweiligen Fassungen bis 31. Dezember 1988 eine Mitgliedschaft nach § 23 KVLG 1989 ausschließen. Außerdem schließt die Befreiung in der allgemeinen/knappschaftlichen Krankenversicherung nach den Rechtsvorschriften, die in § 3 Absatz 3 KVLG 1989 genannt sind, eine Mitgliedschaft nach § 23 KVLG 1989 aus.

3.5 Zusammentreffen einer Mitgliedschaft als Rentenantragsteller und als Rentenantragsteller auf eine Rente aus der Alterssicherung der Landwirte

Treffen eine Mitgliedschaft als Rentenantragsteller nach § 189 SGB V und eine Mitgliedschaft als Rentenantragsteller nach § 23 KVLG 1989 zusammen, richtet sich die Abgrenzung der Zuständigkeit zwischen allgemeiner/knappschaftlicher Krankenversicherung einerseits und der landwirtschaftlichen Krankenversicherung andererseits nach der in § 3 Absatz 2 Nr. 2 KVLG 1989 geregelten Versicherungszugehörigkeit, insoweit wird auf die Erläuterungen unter B II 2.2 Bezug genommen.

4 Meldeverfahren

Hinsichtlich der Feststellung der für die Durchführung der Krankenversicherung zuständigen Krankenkasse bei Beantragung oder Bezug einer Rente aus der Alterssicherung der Landwirte und des weiteren Verfahrens zwischen den Beteiligten finden die gemeinsamen Empfehlungen zum Altenteiler-Meldeverfahren nach § 29 Absatz 1, 4, 5 und 6 KVLG 1989 vom 15. Mai 2001 Anwendung.

IV Gesetz zur Förderung der Einstellung der landwirtschaftlichen Erwerbstätigkeit

§ 14 FELEG

(1) bis (3) ...

(4) Landwirte, die eine Produktionsaufgaberente erhalten sowie mitarbeitende Familienangehörige, die Ausgleichsgeld erhalten, sind während des Bezuges dieser Leistungen nach § 2 Absatz 1 Nr. 4 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte und § 20 Absatz 1 Satz 2 Nr. 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch versichert, wenn sie unmittelbar vor dem Leistungsbezug in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung versichert waren und weder versicherungspflichtig beschäftigt sind noch Krankengeld beziehen. Der Bezug des Grundbetrages der Produktionsaufgaberente sowie des Ausgleichsgeldes gilt als Bezug einer Rente wegen Erwerbsunfähigkeit nach dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte. § 29 Absatz 4 und die §§ 30 und 31 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte gelten entsprechend. Soweit Bezieher einer Produktionsaufgaberente nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind, ist § 35a des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte entsprechend anzuwenden.

(5) ...

1 Personenkreis

Personen, die Produktionsaufgaberente oder Ausgleichsgeld beziehen, werden nach § 14 Absatz 4 FELEG unter bestimmten Voraussetzungen als Altenteiler in der LKV versichert. Diese Rechtsvorschrift geht vom nahtlosen Übergang des Versicherungsverhältnisses als landwirtschaftlicher Unternehmer oder mitarbeitender Familienangehöriger in ein solches als Altenteiler (§§ 2 Absatz 1 Nr. 4, 23 KVLG 1989) aus. Entsprechend der Feststellung des BSG mit Urteil vom 22. Juni 1973 (USK 73112) finden §§ 23, 2 Absatz 1 Nr. 4 KVLG 1989 und die darauf aufbauenden Vorschriften im Rahmen des § 14 Absatz 4 FELEG entsprechend Anwendung. Infolgedessen ist eine Altenteiler-Mitgliedschaft auch gegeben, wenn die Produktionsaufgaberente oder das Ausgleichsgeld vollständig ruht.

Voraussetzung für die Versicherung als Altenteiler aufgrund § 14 Absatz 4 FELEG ist, dass die Personen unmittelbar vor dem Leistungsbezug in der LKV versichert waren und weder versicherungspflichtig beschäftigt sind noch Krankengeld beziehen. Im Hinblick auf die Produktionsaufgaberente ist das Erfordernis der Versicherung in der LKV unmittelbar vor dem Leistungsbezug erfüllt, wenn zuletzt während der Bewirtschaftung des landwirtschaftlichen Unternehmens ein Versicherungsverhältnis in der LKV bestand. Aufgrund des Antrags auf Ausgleichsgeld nach dem FELEG oder Bezugs dieser Leistung tritt die Altenteilerversicherung in der LKV ein, wenn zum Zeitpunkt der Stilllegung landwirtschaftlicher Flächen eine Mitgliedschaft aufgrund der Beschäftigung als mitarbeitender Familienangehöriger bestanden hat.

2 Anwendung der Vorschriften für Altenteiler

Für die Personen, die Produktionsaufgaberente oder Ausgleichsgeld nach dem FELEG beziehen, finden aufgrund § 14 Absatz 4 FELEG die Vorschriften für die Altenteiler nach §§ 23, 2 Absatz 1 Nr. 4 KVLG 1989 entsprechend Anwendung.

Anmerkung:

In der allgemeinen Krankenversicherung sind Ausgleichsgeldbezieher nach § 5 Absatz 1 Nr. 1 SGB V pflichtversichert. Die Versicherungspflicht tritt allerdings nur dann ein, wenn unmittelbar vor dem Beginn des Ausgleichsgeldes eine Mitgliedschaft in der allgemeinen Krankenversicherung bestanden hat und weder Krankengeld bezogen noch eine versicherungspflichtige Beschäftigung ausgeübt wird (§ 15 Absatz 3 FELEG). Entsprechendes gilt für die Pflegeversicherung (§ 15 Absatz 4 FELEG). Auf die Gemeinsamen Grundsätze der Spitzenverbände der Krankenkassen, des VDR, der BfA, des GLA und der BA zum Ausgleichsgeld nach dem FELEG vom 14. September 1999 wird Bezug genommen.

Anhang

Tabelle zur Ermittlung der Neun-Zehntel-Belegung nach § 5 Absatz 1 Nr. 11 SGB V

Jahre		Monate		Tage	
Vers.-zeit	9/10	Vers.-zeit	9/10	Vers.-zeit	9/10
1 J	0 J 10 M 29 T	1 M	0 M 27 T	1 T	1 T
2 J	1 J 9 M 22 T	2 M	1 M 24 T	2 T	2 T
3 J	2 J 8 M 16 T	3 M	2 M 21 T	3 T	3 T
4 J	3 J 7 M 9 T	4 M	3 M 18 T	4 T	4 T
5 J	4 J 6 M 3 T	5 M	4 M 15 T	5 T	5 T
6 J	5 J 4 M 26 T	6 M	5 M 12 T	6 T	6 T
7 J	6 J 3 M 20 T	7 M	6 M 9 T	7 T	7 T
8 J	7 J 2 M 13 T	8 M	7 M 6 T	8 T	8 T
9 J	8 J 1 M 7 T	9 M	8 M 3 T	9 T	9 T
10 J	9 J 0 M 0 T	10 M	9 M 0 T	10 T	9 T
11 J	9 J 10 M 29 T	11 M	9 M 27 T	11 T	10 T
12 J	10 J 9 M 22 T	12 M	10 M 24 T	12 T	11 T
13 J	11 J 8 M 16 T			13 T	12 T
14 J	12 J 7 M 9 T			14 T	13 T
15 J	13 J 6 M 3 T			15 T	14 T
16 J	14 J 4 M 26 T			16 T	15 T
17 J	15 J 3 M 20 T			17 T	16 T
18 J	16 J 2 M 13 T			18 T	17 T
19 J	17 J 1 M 7 T			19 T	18 T
20 J	18 J 0 M 0 T			20 T	18 T
21 J	18 J 10 M 29 T			21 T	19 T
22 J	19 J 9 M 22 T			22 T	20 T
23 J	20 J 8 M 16 T			23 T	21 T
24 J	21 J 7 M 9 T			24 T	22 T
25 J	22 J 6 M 3 T			25 T	23 T
				26 T	24 T
				27 T	25 T
				28 T	26 T
				29 T	27 T
				30 T	27 T

(J = Jahre / M = Monate / T = Tage)