

Faktenblatt

Thema: Beiträge in der Krankenversicherung der Rentner

07.01.2020, Pressestelle GKV-Spitzenverband



Historie

Durch das Finanzierungsänderungsgesetz vom 21. Dezember 1967 wurde ab 1968 eine eigene Krankenversicherungs-Beitragslast in Höhe von 2 v. H. der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung eingeführt (damaliger § 382 Reichsversicherungsordnung – RVO). Diese wurde dann durch das "Gesetz über den Wegfall des von Rentnern für ihre Krankenversicherung zu tragenden Beitrags" vom 14. April 1970 wieder abgeschafft; die in den Jahren 1968 und 1969 entrichteten Beiträge waren später in pauschaler Form zu erstatten (Beiträge-Rückzahlungsgesetz vom 15. März 1972).

Eine eigene Beitragspflicht der Rentner, genauer: aus der Rente, wurde erst wieder ab 1. Januar 1983 durch das Rentenanpassungsgesetz 1982 (RAG 1982) eingeführt (damals § 180 Abs. 5 RVO). Diese Beitragspflicht aus Renten besteht über den Umbruch der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) durch das Gesundheits-Reformgesetz (GRG) vom 20. Dezember 1988 hinaus bis heute fort.

Im Jahr 1995 kam die Beitragspflicht zur sozialen Pflegeversicherung dazu.

Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung aus der Rente

Rechtliche Grundlagen für das Zugrundelegen von Renten der gesetzlichen Rentenversicherung als beitragspflichtige Einnahme von Pflichtversicherten stellen seit 1989 die §§ 226, 228 und 237 SGB V dar. Die Beitragspflicht in der freiwilligen Krankenversicherung basiert auf § 240 SGB V und den auf der Grundlage des § 240 Abs. 1 Satz 1 SGB V vom GKV-Spitzenverband verabschiedeten Beitragsverfahrensgrundsätzen Selbstzahler.

Mit dem so genannten eHealth-Gesetz vom 21. Dezember 2015 wurde für Waisenrentner ab 1. Januar 2017 ein eigener Versicherungspflichttatbestand (§ 5 Abs. 1 Nr. 11b Buchstabe a SGB V) geschaffen, mit dem innerhalb der Altersgrenzen für Kinder in der Familienversicherung eine Beitragsfreiheit der Waisenrente, jedenfalls für die Waise selbst, in der Kranken- und Pflegeversicherung einher geht (§ 237 Satz 2 SGB V, § 57 Abs. 1 Satz 1 SGB XI).



Beitragssatz auf die Rente

Vorgeschichte:

- Bis 30. Juni 1989 war der Beitragssatz für Rentner bundeseinheitlich auf 11,8 v. H. festgeschrieben (§ 385 Abs. 2 RVO, Art. 5 Nr. 2 und Art. 79 Abs. 2 Gesundheits-Reformgesetz 1989).
- Ab 1. Juli 1989 fand nach Maßgabe des § 247 SGB V in der damaligen Fassung für pflichtversicherte Rentner der dynamisierte durchschnittliche allgemeine Beitragssatz aller Krankenkassen Anwendung; für freiwillig versicherte Rentner galt der kassenindividuelle – ermäßigte – Beitragssatz.
- Vom 1. Juli 1997 bis zum 31. Dezember 2008 war für die Bemessung der Beiträge aus Renten für Pflichtversicherte der kassenindividuelle allgemeine Beitragssatz zugrunde zu legen. Für freiwillig versicherte Rentner galt vom 1. Januar 2004 bis zum 31. Dezember 2008 ebenso der kassenindividuelle allgemeine Beitragssatz. Für beide Versichertengruppen war vom 1. Juli 2005 bis zum 31. Dezember 2008 ein zusätzlicher Beitragssatz von 0,9 v. H. zu erheben.
- Vom 1. Januar 2009 bis zum 31. Dezember 2014 galt für pflichtversicherte Rentner der bundeseinheitliche – erst durch Rechtsverordnung und dann gesetzlich festgelegte – allgemeine Beitragssatz:
vom 1. Januar 2009 bis zum 30. Juni 2009: 15,5 v. H.,
vom 1. Juli 2009 bis zum 31. Dezember 2010: 14,9 v. H. und
vom 1. Januar 2011 bis zum 31. Dezember 2014: 15,5 v. H.
Ein Anteil von 0,9 Beitragssatzpunkten davon unterlag nicht der paritätischen Beitragstragung und war von dem Rentner allein zu tragen. Ausgehend von einem Beitragssatz von 15,5 v. H. trug der Rentner also 8,2 v. H. und der Rentenversicherungsträger 7,3 v. H. der Beiträge. Für freiwillig versicherte Rentner kam ebenfalls der allgemeine Beitragssatz zur Anwendung. Sie erhielten als Zuschuss 7,3 v. H. vom Rentenversicherungsträger, sodass ihr Beitragsanteil ebenfalls 8,2 v. H. betrug. Daneben konnten die Krankenkassen von ihren Mitgliedern einen einkommensunabhängigen (pauschalen) Zusatzbeitrag erheben; bei finanzieller Überforderung hatten Mitglieder unter bestimmten Voraussetzungen einen Anspruch auf Sozialausgleich, der jedoch aufgrund der Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitrags von 0 EUR nie zur Anwendung gekommen ist.
- Ab 1. Januar 2015 wurde der für Renten maßgebliche – weiterhin bundeseinheitliche – allgemeine Beitragssatz auf 14,6 v. H. gesenkt. Rentner und Rentenversicherungsträger trugen davon jeweils die Hälfte, also 7,3 v. H. Dies galt entsprechend für freiwillig versicherte Rentner, allerdings erhielten sie 7,3 v. H. vom Rentenversicherungsträger als Zuschuss zu ihren Beiträgen. Zeitgleich wurde ein einkommensabhängiger Zusatzbeitrag eingeführt,

den die Krankenkasse als Prozentsatz der beitragspflichtigen Einnahmen von ihren Mitgliedern, also auch von Rentnern, erheben kann. Im Gegenzug wurde das Instrument des Sozialausgleichs gestrichen. An der Tragung des Zusatzbeitrags war der Rentenversicherungsträger nicht beteiligt. Bei versicherungspflichtigen Rentnern wurde der vom Rentner zu tragende Zusatzbeitrag im Quellenabzugsverfahren von der Rente einbehalten und zusammen mit den übrigen Krankenversicherungsbeiträgen abgeführt. In diesen Fällen wirken sich Veränderungen des Zusatzbeitragssatzes, die erstmalige Erhebung eines Zusatzbeitragssatzes eingeschlossen, erst mit einer zweimonatigen Verzögerung aus.

Aktuelle Rechtslage seit 1. Januar 2019 (GKV-Versichertenentlastungsgesetz – GKV-VEG):
Versicherungspflichtige Rentenbezieher und die Träger der Rentenversicherung tragen die nach der Rente zu bemessenen Beiträge, einschließlich des Zusatzbeitrags, jeweils zur Hälfte. Damit ist der Zusatzbeitrag, wie bei den Beschäftigten, in die Beitragsparität einbezogen. Veränderungen des Zusatzbeitragssatzes gelten für die Berechnung der Beiträge aus der Rente weiterhin vom ersten Tag des 2. auf die Veränderung folgenden Kalendermonats an.

Als Folge der Neuregelung zur Beitragsparität umfasst bei freiwillig versicherten Rentenbeziehern der hälftige Zuschuss zur Krankenversicherung seit 1. Januar 2019 auch den Zusatzbeitrag. Veränderungen des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes gelten für die Berechnung des Beitragszuschusses erst vom ersten Tag des 2. auf die Veränderung folgenden Kalendermonats an. Auf die Höhe der Beiträge zur freiwilligen Krankenversicherung hat dieser Zeitverzug allerdings keine Auswirkungen.

Seit dem 1. Juli 2011 sind übrigens vergleichbare gesetzliche Renten aus dem Ausland beitragsrechtlich den deutschen gesetzlichen Renten gleichgestellt. Aus einer derartigen ausländischen Rente hat der pflicht- oder freiwillig versicherte Rentner seit 1. Januar 2015 einen Beitrag zur Krankenversicherung in Höhe von 7,3 v. H. ggf. plus Zusatzbeitrag (seit 1. Januar 2019: plus der Hälfte des Zusatzbeitrags) seiner Kasse direkt an die Krankenkasse zu zahlen. Der ausländische Rentenversicherungsträger ist weder an dem Beitrag selbst noch an der Beitragszahlung beteiligt. Daher kommt hier die zuvor erwähnte Verzögerung von Veränderungen des Zusatzbeitragssatzes nicht zum Tragen.

Hinweis: Die Beiträge zur Pflegeversicherung trägt sowohl der pflicht- als auch der freiwillig versicherte Rentner aus seiner Rente seit 1. April 2004 allein. Dies gilt auch für eine ausländische Rente. (Beitragssatz in der Pflegeversicherung: seit 1. Januar 2019: 3,05 %, für kinderlose Versicherte zuzüglich eines Beitragszuschlags von 0,25 %)

Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen (neben Rente oder Versorgungsbezügen)

Als Versorgungsbezüge werden bestimmte im Gesetz abschließend aufgezählte der Rente vergleichbare Einnahmen definiert. Diese Einnahmen unterliegen ebenfalls sowohl bei Pflicht- als auch bei freiwillig Versicherten der Beitragspflicht (§§ 226, 229, 237 und 240 SGB V). Dazu zählen z. B. Versorgungsbezüge aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis mit Anspruch auf Versorgung nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen (Pensionen), Renten der Versicherungs- und Versorgungseinrichtungen, die für Angehörige bestimmter Berufe errichtet werden (insbesondere Versorgungskammern), und Renten der betrieblichen Altersversorgung (Betriebsrenten).

Für Waisenrentner der berufsständischen Versorgungseinrichtungen (Versorgungswerke) sieht § 5 Abs. 1 Nr. 11b Buchstabe b SGB V unter bestimmten Voraussetzungen Versicherungspflicht in der Krankenversicherung und damit auch in der Pflegeversicherung vor. Wie bei Waisenrentnern aus der gesetzlichen Rentenversicherung geht mit dieser Versicherungspflicht eine Beitragsfreiheit der Waisenrente innerhalb der Altersgrenzen für Kinder in der Familienversicherung einher (§ 237 Satz 2 SGB V, § 57 Abs. 1 Satz 1 SGB XI).

Übergangszahlungen, die Arbeitgeber an (ehemalige) Arbeitnehmer bei vorzeitigem Ausscheiden aus dem Beschäftigungsverhältnis bis zum Beginn der gesetzlichen Rente gewähren, sind nach den Urteilen des Bundessozialgerichts vom 29. Juli 2015 – B 12 KR 4/14 R – und – B 12 KR 18/14 R – in der Regel nicht mehr als Versorgungsbezüge anzusehen.

Vergleichbare Versorgungsbezüge aus dem Ausland oder von einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Einrichtung unterliegen ebenfalls der Beitragspflicht (§ 229 Abs. 1 Satz 2 SGB V).

Arbeitseinkommen (aus einer nebenberuflichen selbstständigen Tätigkeit) ist bei Pflichtversicherten dann beitragspflichtiges Einkommen, wenn es neben einer Rente oder neben Versorgungsbezügen erzielt wird (§ 226 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V und § 237 Satz 1 Nr. 3 SGB V).

Mit dem Betriebsrentenstärkungsgesetz vom 17. August 2017 werden Leistungen aus Altersvorsorgevermögen im Sinne des § 92 des Einkommensteuergesetzes ab 1. Januar 2018 von den Renten der betrieblichen Altersversorgung und damit von den beitragspflichtigen Versorgungsbezügen ausgenommen. Auf diese Weise wird erreicht, dass betriebliche Riester-Renten nicht mehr

unter den Begriff „Versorgungsbezüge“ im beitragsrechtlichen Sinne fallen. Wurde während der Dauer des betrieblichen Altersvorsorgevertrages nur für einen Teilzeitraum die Riester-Förderung in Anspruch genommen, stellt die Altersvorsorgeleistung auch nur zum Teil keinen Versorgungsbezug dar.

Bei Pflichtversicherten sind Beiträge aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen nur dann zu entrichten, wenn diese Einnahmen insgesamt die Freigrenze von einem Zwanzigstel der monatlichen Bezugsgröße (im Jahr 2020: 159,25 Euro) übersteigen.

Ab Inkrafttreten des GKV-Betriebsrentenfreibetragsgesetzes am 1. Januar 2020 gilt für Betriebsrenten zusätzlich ein Freibetrag in gleicher Höhe (im Jahr 2020: 159,25 Euro). Das heißt: Überschreitet die Summe der Versorgungsbezüge und des Arbeitseinkommens die Freigrenze, ist von der Summe der Leistungen aus der betrieblichen Altersversorgung (Betriebsrenten und monatliche beitragspflichtige Einnahmen in Folge von Kapitalleistungen und Kapitalabfindungen) dieser Freibetrag abzuziehen. Aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen sind auch dann Beiträge zu zahlen, wenn nach Abzug des Freibetrags von Leistungen der betrieblichen Altersversorgung die Summe der Versorgungsbezüge und des Arbeitseinkommens die Freigrenze nicht übersteigen. Zudem ist der Freibetrag nicht übertragbar auf andere Arten von Versorgungsbezügen oder Einnahmen. Kann der volle Freibetrag nicht ausgeschöpft werden, weil die Betriebsrente insgesamt z. B. nur 100 Euro beträgt, „verfällt“ der übrige Teil des Freibetrags also.

Aufgrund des kurzfristigen Inkrafttretens dieser Regelung und der erforderlichen programmtechnischen Anpassungen bei den Zahlstellen der Versorgungsbezüge und bei den Krankenkassen ist eine Berücksichtigung des Freibetrags noch nicht unmittelbar zum Beginn des Jahres 2020 möglich. Die aufgrund dessen zu viel gezahlten Beiträge zur Krankenversicherung werden jedoch nachträglich verrechnet oder erstattet.

Beitragssatz auf Versorgungsbezüge und Arbeitseinkommen (neben Rente oder Versorgungsbezug)

Seit 1. Januar 2004 (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) gilt für Versorgungsbezüge der volle – damals noch kassenindividuelle – allgemeine Beitragssatz, unabhängig davon, ob eine Pflicht- oder freiwillige Versicherung besteht (vorher: halber allgemeiner Beitragssatz bei Pflichtversicherten, voller ermäßigter Beitragssatz bei freiwillig Versicherten); vom 1. Juli 2005 bis 31. Dezember 2008 war daneben noch der zusätzliche Beitragssatz von 0,9 v. H. zu berücksichtigen. Seit 1. Januar 2009 (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) galt dann bis 31. Dezember 2014: voller bundeseinheitlicher allgemeiner Beitragssatz, unabhängig davon, ob pflicht- oder freiwillig

versichert. Daneben konnten die Krankenkassen von ihren Mitgliedern einen einkommensunabhängigen (pauschalen) Zusatzbeitrag erheben; bei finanzieller Überforderung hatten Mitglieder unter bestimmten Voraussetzungen einen Anspruch auf Sozialausgleich, der jedoch aufgrund der Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitrags nie zur Anwendung gekommen ist.

Seit 1. Januar 2015 (GKV-FQWG) gilt nun für Versorgungsbezüge der neue allgemeine Beitragsatz von 14,6 Prozent, unabhängig davon, ob eine Pflicht- oder freiwillige Versicherung besteht. Darüber hinaus fällt der kassenindividuelle Zusatzbeitragssatz an. Beträgt dieser bei einer Kasse z. B. 1,1 Prozent, werden die Versorgungsbezüge mit insgesamt 15,7 Prozent verbeitragt.

Dies gilt auch für die Beiträge aus Arbeitseinkommen (neben einer Rente oder neben Versorgungsbezügen) im Sinne des § 226 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V und § 237 Satz 1 Nr. 3 SGB V für Pflichtversicherte. Arbeitseinkommen von freiwillig Versicherten wird je nach Personengruppenzugehörigkeit entweder mit dem ermäßigten (seit 1. Januar 2015 14,0 Prozent) oder mit dem allgemeinen Beitragssatz belegt.

In den Fällen, in denen die Beiträge aus Versorgungsbezügen, einschließlich der darauf entfallenden Zusatzbeiträge, von der Zahlstelle der Versorgungsbezüge bei der Auszahlung einzubehalten und an die Krankenkasse abzuführen ist, wirken sich Veränderungen des Zusatzbeitragssatzes, die erstmalige Erhebung eines Zusatzbeitragssatzes eingeschlossen, ebenfalls mit einer zweimonatigen Verzögerung aus (§ 248 Satz 3 SGB V).

Die Beiträge sowohl zur Kranken- als auch zur Pflegeversicherung aus den Versorgungsbezügen und dem Arbeitseinkommen (neben einer Rente oder neben Versorgungsbezügen) bringt der Versicherte allein auf.

Exkurs: Beitragsrechtliche Teilbarkeit von Leistungen aus Direktversicherungen und von Pensionskassen

Seit der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 28. September 2010 – 1 BvR 1660/08 – sind Leistungen aus Direktversicherungen unter bestimmten Voraussetzungen „teilbar“:

Sofern

1. es sich um eine laufende oder einmalige Leistung aus einem Lebensversicherungsvertrag, der ursprünglich als Direktversicherung von einem Arbeitgeber als Versicherungsnehmer für den Arbeitnehmer als Bezugsberechtigten abgeschlossen wurde, handelt und

2. der Vertrag nach dem Ende des Arbeitsverhältnisses von dem (ehemaligen) Arbeitnehmer als Versicherungsnehmer übernommen und von ihm bis zum Eintritt des Versicherungsfalls fortgeführt wurde,

ist der Teil der Versorgungsleistung, der auf Beiträgen beruht, die der Bezugsberechtigte als Versicherungsnehmer für die Zeit nach Beendigung seines Arbeitsverhältnisses selbst auf den Lebensversicherungsvertrag eingezahlt hat („privater Teil“), nicht als Versorgungsbezug im Sinne des § 229 SGB V anzusehen.

Für diesen Teil sind – bei pflichtversicherten Rentnern – also keine Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung zu erheben. Soweit der Anwendungsbereich des § 240 SGB V betroffen ist (also bei freiwillig versicherten Rentnern), ist der private Teil der Versorgungsleistung als sonstige Einnahme mit dem ermäßigten Beitragssatz zu verbeitragen.

Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (Urteil vom 23. Juli 2014 – u. a. B 12 KR 28/12 R) konnte die zuvor beschriebene Rechtsprechung auf Pensionskassen zunächst nicht angewandt werden. Diese Rechtsprechung hat das Bundesverfassungsgericht jedoch mit Beschluss vom 27. Juni 2018 – 1 BvR 100/15 und 1 BvR 249/15 – gekippt; seitdem sind Leistungen von regulierten und deregulierten Pensionskassen – unter den gleichen Voraussetzungen – teilbar. Dies ist in der Folge auch für Leistungen von Pensionsfonds anerkannt worden.

Die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts zur Aufteilung einer Versorgungsleistung in einen betrieblichen und einen privaten Anteil wurde inzwischen mit dem GKV-Versichertenentlastungsgesetz (GKV-VEG) für die betriebliche Altersversorgung im Allgemeinen nachvollzogen und gesetzlich festgeschrieben. Nach § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 letzter Halbsatz SGB V, in der ab 15. Dezember 2018 geltenden Fassung, werden Leistungen der betrieblichen Altersversorgung (unabhängig von dem Durchführungsweg), die der Versicherte nach dem Ende des Arbeitsverhältnisses als alleiniger Versicherungsnehmer aus nicht durch den Arbeitgeber finanzierten Beiträgen erworben hat, von den Versorgungsbezügen ausgenommen.

Hinweis zu freiwillig Krankenversicherten

Wer freiwillig versichert ist, muss auf alle Einnahmen, die für den Lebensunterhalt verbraucht werden oder verbraucht werden können, Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung entrichten – also neben Rente, Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen (aus einer neben- oder hauptberuflichen selbstständigen Tätigkeit) zum Beispiel auch auf sonstige Einnahmen, wie Miete oder Pacht, Einnahmen aus Kapitalvermögen oder Leistungen aus privaten Lebens- und Rentenversicherungen. Für diese sonstigen Einnahmen gilt der ermäßigte Beitragssatz von 14,0 v. H. oder –

bei einem gewählten Anspruch auf Krankengeld – der allgemeine Beitragssatz von 14,6 v. H., jeweils plus kassenindividueller Zusatzbeitragssatz. Veränderungen des Zusatzbeitragssatzes wirken sich bei diesem Personenkreis generell, und damit auch bezogen auf die beitragspflichtigen Einnahmen Rente und Versorgungsbezüge, ohne zeitliche Verzögerung aus (Ausnahme: Zeitverzug für die Bemessung des Zuschusses des Rentenversicherungsträgers).