

Die Krankenversicherung der Rentner*innen (KVdR) gem. § 5 (1) Nr. 11, 11a und 12 SGB V

Von Claudia Mehlhorn, Dipl.-Verwaltungswirtin (FH), Berlin

Die Entstehung/Entwicklung der KVdR

Anfänge der deutschen Sozialversicherung bis 1941

Den Krankenversicherungsschutz für Rentner*innen, wie es ihn heute gibt (KVdR), gab es zu Beginn der Sozialversicherung in Deutschland nicht. Damalige Rentner*innen hatten die Möglichkeit, sich in der gesetzlichen Krankenkasse (KK) freiwillig zu versichern (§§ 176, 313 Reichsversicherungsordnung (RVO)). Die meisten Rentner*innen konnten sich die Versicherung aber einfach finanziell nicht leisten. Am 19. Juli 1923 wurde mit dem § 363a RVO erstmals eine Art KV-Schutz für Rentner*innen eingeführt. Die gesetzlichen Kassen durften für Rentner*innen Krankenpflege gewähren; diese mussten aber die Kosten der Krankenbehandlung und einen Teil der Verwaltungskosten ersetzen. Für die Rentner*innen aus der „alten“ Zeit in der RVO war diese neue Regelung keine wirkliche Verbesserung, wenn nicht die Fürsorge die Kosten übernahm.

Die Rentnerversicherung beginnt 1941. Sie wurde am 1.8.1941 durch § 4 des „Gesetzes über die Verbesserung der Leistungen in der Rentenversicherung“ vom 24.7.1941 (RGBl. I, S. 443)¹ i. V. m. der „Verordnung über die KVdR vom 4.11.1941“² (RGBl. I, S. 689) eingeführt. Rentner*innen hatten ab dem 1.8.1941 einen Rechtsanspruch auf Leistungen. Sie wurden aber nicht wie heute Mitglied einer gesetzlichen KK. Die Leistungen, die beansprucht werden konnten, bezogen sich nur auf die Krankenpflege. Dazu reichte die Vorlage des Rentenbescheides aus. Andere Leistungen - wie Zahnersatz usw. - konnten nicht beansprucht werden. Es gab auch kein Wahlrecht zwischen den Krankenkassen. Zuständig war die Orts- oder Landeskrankenkasse.

Durch das „**Gesetz über die KVdR**“ vom 12.6.1956 (BGBl. I, S. 500³) wurden die Regelungen zur KVdR neu gestaltet und in das Zweite Buch der RVO aufgenommen. Seit 1977 ist die Aufnahme in die KVdR nur möglich, wenn bestimmte VVZ erfüllt werden (Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz vom 27.6.1977 (BGBl. I, S. 1069⁴), damals § 165 RVO).

Mit der Überführung der RVO in das SGB V zum 1.1.89 wurde im § 5 SGB V der Pflichtversicherungstatbestand für Rentner*innen übernommen.

Bis 1983 mussten Rentner*innen, die in der KVdR pflichtversichert waren, keine **Beiträge** zur KV zahlen. Die Beiträge für die KVdR wurden nach Einführung der KVdR zunächst weitgehend vom Rentenversicherungsträger allein (teils nach pauschalen, teils nach individuellen Verfahren) aufgebracht. Seit dem Jahre 1983

¹ https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Deutsches_Reichsgesetzblatt_41T1_082_0443.jpg

² https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Deutsches_Reichsgesetzblatt_41T1_126_0689.jpg

³ https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/text.xav?SID=&tf=xaver.component.Text_0&toctf=&qmf=&hlf=xaver.component.Hitlist_0&bk=bgbl&start=%2F%2F%5B%40node_id%3D%27987374%27%5D&skin=pdf&tlevel=-2&nohist=1&sinst=1E36EE7C

⁴ https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?start=%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27bgbl177s1101.pdf%27%5D#_bgbl_%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27bgbl177s1069.pdf%27%5D__1683643843438

sind die Rentner*innen jedoch schrittweise an der Beitragstragung beteiligt worden (Rentenanpassungsgesetz 1982 vom 1.12.1981 (BGBl. I, S. 1205⁵)). Seither richtet sich die Höhe der Beiträge nach der Rentenhöhe und den jeweils geltenden Beitragssätzen

Allgemeine Informationen zur KVdR

Detaillierte Regelungen zur Umsetzung der Vorschriften finden sich im GR vom 24.10.19 ab 1.1.2020⁶.

Die **Entscheidung über die KVdR trifft die Krankenkasse** (und nicht die DRV). In der Praxis läuft das so:

Eine Seite des Rentenformantrags ist die „Meldung zur KVdR“. Die sollte penibelst ausgefüllt werden, insbes. dann, wenn es Mitgliedschaften in unterschiedlichen Kassen gab. Diese ausgefüllte Meldung zur KVdR wird von der DRV an die Krankenkasse (KK) geschickt. Zuständig ist entweder die KK, bei der bei Rentenanspruchstellung eine Versicherung besteht oder, wenn der/die Antragsteller*in unversichert ist, die letzte bei der DRV gespeicherte KK.

Die KK prüft nun die Vorversicherungszeiten (VVZ) und entscheidet dann, ob die VVZ für die KVdR ausreichen oder nicht. Hierfür werden die Zeiten zugrunde gelegt, die bei dieser KK gespeichert sind und dazu ggf. noch Zeiten bei anderen Kassen, die auf der Meldung zur KVdR aufgeführt sind. Fehlen auf dieser Meldung Zeiten, werden diese nicht berücksichtigt und es wird „nach Aktenlage“ entschieden. Das führt in der Praxis zu sehr vielen Fehlentscheidungen, weil die VVZ für die KVdR eigentlich erfüllt waren, die Versicherungszeiten aber nicht aufgeführt bzw. nachgewiesen waren.

Die KK teilt ihr Prüfergebnis dann der DRV mit und schickt den Rentenantragstellenden parallel darüber einen Bescheid (entweder: „Wir begrüßen Sie in der Krankenversicherung der Rentner“ oder „die Voraussetzungen für die Krankenversicherung der Rentner sind nicht erfüllt“). Diese Entscheidung wird i.d.R. innerhalb von 4-6 Wochen nach Rentenanspruchstellung von der KK getroffen. Die DRV setzt dann lediglich die Entscheidung der KK praktisch um und zieht entweder Pflichtbeiträge von der Rente ab oder eben nicht. Daher müssen Widersprüche bei Ablehnung der KVdR nicht gegen die DRV gerichtet werden, sondern immer gegen die KK.

Achtung: Die DRV muss Pflichtbeiträge von der Rente abziehen, wenn irgendeine Form der Pflichtversicherung von der KK bestätigt wird. Das muss nicht zwingend die KVdR sein. Es kann z.B. eine Tätigkeit in einer WfbM mit parallelem Rentenbezug vorliegen oder eine Bürgergeld-(bis 31.12.22 Alg II)-Pflichtversicherung mit Bezug einer Hinterbliebenenrente. Bei **Bürgergeld-(bis 31.12.22 Alg II) Bezug** muss man daher besonders aufpassen: I.d.R. wird der Rentenanspruch noch während des Bürgergeld-(bis 31.12.22 Alg II)-Bezuges oder aus einer Beschäftigung heraus

⁵https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?start=%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl177s1101.pdf%27%5D#__bgbl__%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl181s1205.pdf%27%5D__1683643978572

⁶ https://www.vdek.com/vertragspartner/mitgliedschaftsrecht_beitragsrecht/krankenversicherung-rentner-versorgungsbezeuge-einkommen-renten/_jcr_content/par/download_23269565/file.res/RS-KVdR-24-10-2019.pdf

gestellt. Die KK bestätigt dann der DRV die Pflichtversicherung (das ist bei Rentenantragstellung aber dann die Bürgergeld-(bis 31.12.22 Alg II)-Pflichtversicherung oder die über die Beschäftigung) und die DRV zieht Beiträge ab. Oft stellt sich dann bei Prüfung der KVdR heraus, dass die Voraussetzungen nicht vorliegen und der Beitragsabzug wird rückgängig gemacht. **Daher ist ein Beitragsabzug von der Rente in einem Erstbescheid KEINE Garantie dafür, dass die Voraussetzungen für die KVdR gegeben sind!**

Die KVdR, also die Pflichtversicherung über eine Rente, entsteht nur bei **Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung (GRV, SGB VI)**: Altersrenten, Erwerbsminderungsrenten, Hinterbliebenenrenten (Witwen-, Waisen- und Erziehungsrenten). Aus anderen Renten, z.B. Unfallrenten (SGB VII) entsteht kein KV-Anspruch.

Ein Anspruch auf eine **Witwer-/witwenrente** entsteht gem. § 46 (2a) SGB VI i.d.R. erst nach 1 Jahr Ehezeit. Bestand die Ehe weniger als 1 Jahr, lehnt die DRV grundsätzlich ab. Dagegen sollte man ggf. Widerspruch erheben, denn die Vorschrift besagt, „... es sei denn, dass nach den besonderen Umständen des Falles die Annahme nicht gerechtfertigt ist, dass es der alleinige oder überwiegende Zweck der Heirat war, einen Anspruch auf Hinterbliebenenversorgung zu begründen.“ Damit gibt es Fälle, bei denen eine Hinterbliebenenrente auch bei weniger als 1 Jahr Ehezeit bewilligt werden muss.

Beginn und Ende der KVdR (§ 186 (9) und § 190 (11) SGB V)

Die **KVdR beginnt** gem. § 186 (9) SGB V mit dem Tag der Rentenantragstellung, sie **endet** gem. § 190 (11) SGB V mit Ablauf des Monats, in dem die Rente entfällt bzw. die Entscheidung über den Wegfall oder den Entzug der Rente unanfechtbar geworden ist. Besteht am Tag der Rentenantragstellung noch eine andere Pflichtversicherung (z.B. über eine Beschäftigung oder den Bezug von Bürgergeld (bis 31.12.22 Alg II), so ist diese vorrangig (§ 5 (8) SGB V).

Sollte ein*e Rentner*in zu Beginn des Rentenbezuges **hauptberuflich selbstständig** sein, so tritt gem. § 5 (5) SGB V die KVdR nicht ein (trotz lfd. Rentenbezuges), solange die Selbstständigkeit hauptberuflich ausgeübt wird. Wie das Merkmal „hauptberuflich“ in diesen Fällen ausgelegt wird, hat das BSG unter B 12 KR 4/13 R⁷ am 29.7.15 entschieden.

„Leitsätze:

1. Auch bei Rentnern, die neben dem Rentenbezug keiner Beschäftigung nachgehen, führt nur eine "hauptberuflich" ausgeübte selbstständige Tätigkeit in der gesetzlichen Krankenversicherung zum Ausschluss von der Versicherungspflicht als Rentner.
2. Ob eine Tätigkeit hauptberuflich ist, bestimmt sich auch in solchen Fällen danach, ob sie in vorausblickender Gesamtschau nach ihrer wirtschaftlichen Bedeutung und ihrem zeitlichen Aufwand die übrigen "Erwerbstätigkeiten" zusammen deutlich übersteigt.“

Die Mitgliedschaft in der KVdR beginnt dann nicht mit dem Tag der Rentenantragstellung, sondern entsprechend später (ab Wegfall der

⁷ <https://www.sozialgerichtsbarkeit.de/legacy/182272?modul=esgb&id=182272>

hauptberuflichen Selbständigkeit bzw. ab Wegfall von Versicherungsfreiheit, GR vom 24.10.19, A VI 3.1 S. 83 nach Beispiel 2).

Wird die Rente in einem 1. Schritt – z.B. wegen fehlender Mitwirkung – abgelehnt und dann aber doch noch bewilligt, ergibt sich folgender Sachverhalt (GR vom 24.10.19, A I 3.1 ab S. 21):

„In Fällen, in denen im Rahmen einer Überprüfung nach § 44 SGB X oder der nachgeholtten 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 Rentenanspruch hin eine Rentenleistung bewilligt, ist im Hinblick auf die KVdR-Voraussetzungen auf die rechtlichen Gegebenheiten am Tag der ursprünglichen Rentenanspruchstellung abzustellen. Die für die Vorversicherungszeit in der KVdR maßgebliche Rahmenfrist endet ebenfalls mit diesem Zeitpunkt und nicht mit der Stellung des Überprüfungsantrags.

Beispiel: Rentenantrag und Beginn der Rentenantragstellermemberschaft am 13.1.2017

Rentenablehnung mit Bescheid vom 19.5.2017

Ende der Rentenantragstellermemberschaft mit Bindung des Ablehnungsbescheides am 22.6.2017

Überprüfungsantrag gem. § 44 SGB X wird gestellt am 12.2.2020

Bekanntgabe des Bewilligungsbescheides am 25.8.2020

Rentenbeginn ab 1.2.2017

Ergebnis: Die Versicherungspflicht als Rentner nach § 5 Absatz 1 Nr. 11 SGB V beginnt am 25.8.2020. Die Rahmenfrist zur Prüfung der KVdR-Vorversicherungszeit endet am 13.1.2017. Zur Prüfung der weiteren KVdR-Voraussetzungen sind die Vorschriften zu beachten, die am 13.1.2017 Gültigkeit hatten.“

Vorversicherungszeiten (VVZ) KVdR

Eine KVdR entsteht nur dann, wenn bestimmte **Vorversicherungszeiten (VVZ)** erfüllt werden (§ 5 (1) Nr. 11 SGB V), die sog. 9/10-Regelung: Man bildet eine Rahmenfrist, die mit dem 1. Tag der Erwerbstätigkeit beginnt und mit dem Tag der Rentenanspruchstellung endet. „Durch die Rentenanspruchstellung gibt der Versicherte zu erkennen, dass er aus dem Erwerbsleben ausscheiden will“ (BSG B 12 KR 26/07 R⁸ vom 4.6.09). Innerhalb dieser Rahmenfrist müssen bestimmte Zeiten mit gesetzlicher Versicherung belegt sein (zur genauen Berechnung s.a. weiter unten). Als Zeiten gelten dabei auch Zeiten, in denen der Leistungsanspruch gem. § 16 SGB V ruhte, z.B. bei einer Familienversicherung während einer Haftzeit (LSG Rheinland-Pfalz, L 5 KR 149/10⁹ vom 17.11.2011).

⁸ <https://www.sozialgerichtsbarkeit.de/legacy/122600?modul=esgb&id=122600>

⁹ <https://www.sozialgerichtsbarkeit.de/legacy/150158?modul=esgb&id=150158>

So auch im GR vom 24.10.19 unter A I Nr. 3.3.3 auf S.29:

„Der Anrechnung als Vorversicherungszeit stehen ein Ruhen des Leistungsanspruchs nach § 16 Absatz 1 bis 3a SGB V oder eine sog. Anwartschaftsversicherung (Beitragsbemessung nach § 240 Absatz 4b SGB V) sowie ein Beitragserlass oder eine Beitragsermäßigung nach § 256a SGB V nicht entgegen. Dies gilt sowohl für die betroffenen Mitglieder als auch für deren nach § 10 SGB V versicherte Angehörige.“

Der Tag der Rentenantragstellung ist immer maßgeblich für die Rahmenfrist, unabhängig davon, zu welchem Zeitpunkt der Rentenbezug tatsächlich einsetzt (BSG B 12 KR 26/07 R¹⁰ vom 4.6.2009). Damit bleiben Zeiten zwischen der Rentenantragstellung und dem Beginn der Rentengewährung bei der Berechnung der VVZ für die KVdR außer Acht.

Mitgliedszeiten vor 1989 (alten Bundesländer)

Achtung: **Alte Mitgliedszeiten vor 1989** werden von den meisten KK nicht im PC gespeichert, sondern sind auf sog. Leistungskarten archiviert. Für die AOK Nordost werden alle Leistungskarten zentral in der Geschäftsstelle Spandau geführt. Für Zeiten der Familienversicherung (damals: Familienhilfe) müssen unbedingt die Daten des Hauptversicherten angegeben werden, weil alle Angehörigen (Ehegatten und Kinder) nicht unter ihren eigenen Daten, sondern ausschließlich unter den Daten des Hauptversicherten geführt wurden. Daher muss man Alt-Nachweise über Mitgliedszeiten, auf denen nur versicherungspflichtige Zeiten auftauchen, „mit Vorsicht genießen“, da häufig freiwillige und/oder Familienversicherungs-Zeiten fehlen.

Mitgliedszeiten in der SV der DDR (§ 400 (5) SGB V, bis 19.7.21 § 398 SGB V, bis 19.10.20 § 309 SGB V)

Mitgliedszeiten in der **SV der DDR** bis 31.12.90 werden grundsätzlich als VVZ für die KVdR anerkannt. Das stand ursprünglich im Art. 25 § 2 Gesetz zu dem Vertrag vom 18.5.90 über die Schaffung einer Währungs-, Wirtschafts- und Sozialunion zwischen der BRD und der DDR v. 25.6.90 (Einigungsvertrag); die Regelung wurde in den § 400 (5), bis 19.7.21 § 398 (5), bis 19.10.20 § 309 (5) ins SGB V übernommen.

Zu DDR-Zeiten in Heimen untergebrachte schwerstbehinderte / psychisch kranke Menschen mit Invalidenrenten

Zu DDR-Zeiten haben Menschen, die dort aufgrund von schweren Behinderungen und psychischen Erkrankungen in Heimen und geschlossenen Krankenhäusern untergebracht waren, während der Unterbringung keine Rente erhalten (obwohl ein Rentenanspruch bestanden hat). Sie erhielten in den Einrichtungen eine Vollversorgung, es erfolgte lediglich eine Taschengeld-Auszahlung aus staatlichen Mitteln.

Nach der Wende wurden in der Versicherungspflicht in der KV/PV u.a. die Menschen erfasst, die eine Beschäftigung hatten, Studenten oder Rentner waren sowie Auszubildende oder Menschen in WfbM (Gesetz über die Sozialversicherung (SVG)

¹⁰ <https://www.sozialgerichtsbarkeit.de/legacy/122600?modul=esgb&id=122600>

vom 28.6.90, Gesetzblatt der DDR I Nr. 38, §§ 10-14¹¹). Freiwillig versichern konnten sich gem. § 17 SVG nur die Menschen, die Arbeitsentgelt, Arbeitseinkommen oder eine Rente bezogen haben, aber nicht pflichtversichert waren.

Damit dachte man, den gesamten Personenkreis erfasst zu haben. Genau der o.a. Personenkreis (untergebrachte schwerstbehinderte und psychisch Kranke) ist aber „durch den Rost gefallen“, weil keine der Voraussetzungen erfüllt war. Diese finanzielle Versorgung dieser Menschen ging auf die Sozialhilfeträger über, die sofort begannen, Krankenhilfe zu leisten, da keine Krankenversicherung bestand.

Allerdings hätten diese Menschen damals eine Berechtigung zur KV gehabt (und man kann diese Fälle auch heute noch wenn nötig wieder „hochholen“):

Gem. § 11 (3) der 1. Renten-VO der DDR vom 23.11.70¹² (die galt bis 31.12.91) ruhte der Rentenanspruch (das waren fast immer Invalidenrenten) dieses Personenkreises lediglich:

„§ 11.1 Renten-VO, Absatz 1:

Personen, die wegen Invalidität keine Berufstätigkeit aufnehmen können, erhalten ab Vollendung des 18. Lebensjahres für die Dauer der Invalidität eine Invalidenrente in Höhe der Mindestrente. Sie wird gezahlt, wenn a) eine berufliche Rehabilitation ständig oder vorübergehend nicht möglich ist oder b) die angebotene Möglichkeit einer beruflichen Rehabilitation genutzt wird und der dabei erzielte Verdienst den monatlichen Mindestbruttolohn nicht übersteigt.

Absatz 2: Personen, die ab Vollendung des 18 Lebensjahres Anspruch auf Invalidenrente gem. Abs. 1 haben und bis zu diesem Zeitpunkt eine höhere Waisenrente bzw. an deren Stelle gezahlte Waisenversorgung erhielten, ist die Invalidenrente in Höhe der Waisenrente bzw. Waisenversorgung zu zahlen.

Absatz 3: *Für die Dauer des Aufenthaltes in einem Krankenhaus (ausgenommen Heilbehandlung bis zu 6 Monaten), Feierabend- oder Pflegeheim ruht der Anspruch auf Invalidenrente gemäß den Absätzen 1 oder 2, wenn der Aufenthalt auf Grund eines psychischen Gesundheitsschadens erfolgt. Die Kosten der Unterbringung und Betreuung sowie die Gewährung einer zusätzlichen Unterstützung zur persönlichen Verwendung werden aus staatlichen Mitteln übernommen. Für die Dauer der Heilbehandlung in einem Krankenhaus wird die Invalidenrente weitergezahlt, längstens jedoch für 6 Monate.“*

Für diesen Personenkreis ist mit der Übernahme des bundesdeutschen Sozialversicherungssystems (und damit Gültigkeit des SGB V) ab 1.1.91 eine Mitgliedschaft in der KVdR entstanden. Die KVdR gem. § 5 (1) Nr. 11, 11a und 12 SGB V muss auch dann durchgeführt werden, wenn es einen Anspruch auf eine Rente gibt, dieser aber lediglich ruht.

Aus dem GR vom 24.10.19, A I 3.1, S. 21 geht dies auch eindeutig hervor: „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

¹¹ https://rvrecht.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/rvRecht/05_Normen_und_Vertraege/06_DDR-Recht/SVG-DDR/SVG-DDR.html

¹² https://rvrecht.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/rvRecht/05_Normen_und_Vertraege/06_DDR-Recht/1.Renten-VO/0011/0011_1990_10_03.html

gezahlt wird; die KVdR wird dagegen nicht begründet, wenn der Rentenberechtigte auf die ganze Rente verzichtet“.

In den o.a. Fällen liegt kein Verzicht vor. Die Rente wurde gewissermaßen durch eine andere Leistung ersetzt (nämlich die Kostenübernahme der Unterbringung und Betreuung sowie eines Taschengeldes durch staatliche Mittel).

Insbes. aus Sachsen-Anhalt habe ich Rückmeldungen bekommen, dass man diese Fälle aufgegriffen und auch Erfolge erzielt hat (Aufnahme in die KVdR ab 1991). Nach Prüfung, ob eine Familienversicherung ohne Altersgrenze über noch lebende Elternteile möglich ist wurden in der Praxis folgende Schritte unternommen:

1. Feststellung des Beginns der Behinderung

Nötig ist die Recherche nach Unterlagen - z.B. auch in den Archiven der Einrichtungen. Hilfreich sind dabei auch z.B. die ursprünglichen Aufnahmebögen in Krankenhäusern (zu DDR-Zeiten waren die Kinder oft lange Zeit im Krankenhaus untergebracht und wurden von dort aus dann in Kinderheimen oder ähnlichen Einrichtungen untergebracht)

2. Feststellung des Zeitpunktes der Heimaufnahme

Es geht dabei im Kern um die Frage des Nachweises von Ansprüchen auf DDR-Behindertenrenten.

Soweit Behinderte z.B. erstmals 1986 (z.B. durch Tod der Eltern) in einer Einrichtung aufgenommen wurden, war eine Rentengewährung nach DDR-Recht sehr wahrscheinlich. Dazu müssen Recherchen beim Rententräger in dessen Sucharchiv selbst und ebenfalls wieder in den Einrichtungen angestellt werden.

3. Belege

Als Belege zur Nachweisführung und Bekräftigung der Rechtmäßigkeit der Feststellung der KVdR können dienen (und wurden auch in der Praxis aufgefunden):

- Bescheide zur Einstellung der Invalidenrente vom FDGB
- der Versicherungsausweis für Rentner (aus DDR-Zeiten)
- Anträge auf Pflegegeld (aus DDR-Zeiten)
- Karteikarten aus den damaligen Gesundheitsämtern
- ärztliche Beurteilungen z.B. zur Durchführung der Verordnung von 1973 mit Bestätigung durch die SV

4. Recherche

Eine weitere Möglichkeit zur Recherche könnte in den Fürsorgeakten der Psychiatriefürsorge der LK und in den Fürsorgeakten der Sozialfürsorge, Kreisarchive der Jugendämter und der Krankenhäuser bestehen (in Sachsen-Anhalt gibt es z.B. in Magdeburg ein zentrales Archiv).

Große und langjährige Behinderteneinrichtungen haben jedoch eigene Archive, so dass die Suche dort oft Erfolg hat, da mit der Aufnahme in der Einrichtung meist alles als Beleg angelegt wurde. Hilfreich sind u.U. auch die Erstgutachten zur Betreuerbestellung, die bei den Amtsgerichten eingefordert wurden.

Mitgliedszeiten aus ausländischen gesetzlichen Versicherungen

Mitgliedszeiten in **gesetzlichen Versicherungen im EU-/EWR-Ausland** und der Schweiz zählen zu den VVZ dazu, weiterhin auch Mitgliedszeiten aus den Abkommensstaaten Serbien, Nordmazedonien (bis 11.2.1019 Mazedonien), Bosnien-Herzegowina, Tunesien und Türkei. Bei VVZ aus **Abkommensstaaten** können allerdings nur deutsche Zeiten mit Zeiten aus 1 anderen Abkommensstaat

zusammengerechnet werden (GR vom 24.10.19, A I 3.3.5, 3.3.5.1 und 3.3.5.2, S. 34-36).

Die erforderlichen Nachweise muss die deutsche gewählte KK direkt über das System EESSI (bei EU-/EWR-Ländern und der Schweiz) bzw. mittels spezieller Formulare aus den Abkommensstaaten bei den jeweiligen KVen anfordern.

Rentner*innen, die ihren gA in Deutschland haben und aufgrund eines Rentenanspruchs, der bis zum 31.12.95 entstanden ist, eine Rente nach der Verordnung vom 3.4.91 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 KVdR und der sozialen Pflegeversicherung (GR vom 24.10.19, A I Nr. 3.3.5.3, S. 36).

Achtung: Dies gilt nur für ehemalige DDR-Bürger*innen, die damals in diesen 6 Ländern gearbeitet haben oder für Bürger*innen dieser 6 Länder, die in der ehemaligen DDR tätig waren.

Rentenrechtlich müssen für die Entscheidung über die Rente alle vom Arbeitnehmer im Laufe seines Berufslebens zurückgelegten Versicherungszeiten einschließlich der in anderen Mitgliedsstaaten der EU zurückgelegten Zeiten berücksichtigt werden (EuGH vom 3.3.11, C-440/09).

Die VVZ werden grundsätzlich aus den Mitgliedszeiten der/s Rentnerin/s (Altersrentner*in/Hinterbliebene*r) berechnet (§ 5 (1) Nr. 11 SGB V („versicherungspflichtig sind Personen, die ... 9/10-Regelung erfüllen“). Bei Hinterbliebenenrenten gelten die Voraussetzungen (= VVZ) bereits/auch als erfüllt, wenn der/die Verstorbene sie bereits erfüllt hatte (§ 5 (2) SGB V und LSG Baden-Württemberg, L 4 KR 1533/02¹³ v. 19.8.05 sowie GR vom 24.10.19, A I 3.3 S. 23 und A I 3.3.6 S. 36). Die Kassen lehnen die KVdR oft ab, wenn der/die Verstorbene die VVZ nicht erfüllt hat, aber der/die Hinterbliebene. Das kann z.B. bei Kindern der Fall sein, die nicht nur über den verstorbenen Elternteil, sondern auch über den anderen Elternteil familienversichert waren. Eine solche Ablehnung ist rechtswidrig, da die Kasse einen **unzulässigen Umkehrschluss des § 5 (2) SGB V** vornimmt!

Die VVZ können entweder aus Versicherungszeiten des/der Verstorbenen oder aus den Mitgliedszeiten des/der Hinterbliebenen gezogen, nicht aber zusammengerechnet werden.

Werden die VVZ bei **Hinterbliebenenrenten** aus den Versicherungszeiten des/der Verstorbenen berechnet, dann ist das Ende der Rahmenfrist nicht der Tag der Rentenantragstellung, sondern das Sterbedatum des/der Verstorbenen (nur im alten GR zur KVdR vom 30.12.08¹⁴, Nr. 3.3.5, Beispiel S. 23/24).

Erneute Prüfung der KVdR bei Rentenbezug einer Rente ohne KVdR

¹³ http://www.lexsoft.de/cgi-bin/lexsoft/bkk_fachinfo.cgi?t=168364840168901085&sessionID=5187088901760578396&templateID=main&highlighting=off&xid=1321950&tree_xid=1321950&c3=21&c4=2122#ank

¹⁴ file:///C:/Users/Claudia/Downloads/datei_2008_12_30_kvdr.pdf

Hinzutritt einer neuen Rente

Wird eine eigene Rente ohne KVdR bezogen und tritt eine neue Rente (z.B. eine Hinterbliebenenrente bei Ableben des Ehegatten) hinzu, werden für diese neue Rente die VVZ wieder neu berechnet. Auch hierzu sind die näheren Bedingungen im GR vom 24.10.19 geregelt. Dort findet sich zum Thema „**Erneute Prüfung der Vorversicherungszeit**“ etwas unter A I 3.7 ab S. 42: Die KVdR wird dann ab dem Tag des Antrags der hinzutretenden Rente für diese Rente neu berechnet. Bei Hinterbliebenenrenten gelten ja die VVZ bereits als erfüllt, wenn die Verstorbene sie erfüllt hat (auch wenn der Hinterbliebene sie nicht erfüllen würde, § 5 (2) SGB V).

Die Neuberechnung der KVdR gilt nur beim Bezug von neuen Renten, nicht aber z.B. bei einem **Wechsel von einer Teilrente in eine Vollrente** (A I Nr. 3.7.5 des GR). Es gibt auch Fälle, bei denen z.B. eine EM-Rente ohne KVdR bezogen wurde und nach jahrelanger Tätigkeit in einer WfbM dann mit Erreichen der Altersgrenze die VVZ für die Altersrente erfüllt sind.

Achtung: Bei Versicherungspflicht KVdR wird dann nicht nur die neue Rente beitragspflichtig und mit Abzügen belegt, sondern auch die bisherige eigene Rente ohne KVdR (§ 237 SGB V, beitragspflichtige Einnahmen versicherungspflichtiger Rentner). Im Bescheid für die eigene Rente stehen dann auch Abzüge zur KVdR, obwohl über diese eigene Rente gar keine KVdR besteht (das war bislang das Problem, dass die DRV nur den Textbaustein „KVdR“ kennt und nicht den Textbaustein „beitragspflichtige Einnahme“).

Gewährung einer Grundrente (§ 76g SGB VI)

Die im Volksmund Grundrente genannte Rente ist keine neue, eigenständige Rente, sondern heißt eigentlich Grundrentenzuschlag. Der Zuschlag ist keine eigenständige Leistung der DRV und wird als Teil der bisher geleisteten Rente ausgezahlt. Der Grundrentenzuschlag kann auf alle Renten der DRV gewährt werden (Altersrenten, Hinterbliebenenrenten, Erwerbsminderungsrenten). Für die Gewährung des Grundrentenzuschlags müssen mind. 33 Jahre Grundrentenzeiten zurückgelegt worden sein; ab 35 Jahren Grundrentenzeiten wird der Zuschlag in voller Höhe gewährt.

Da der Grundrentenzuschlag keine neue, hinzutretende Rente darstellt, wird auch die KVdR nicht neu berechnet.

Antrag auf Weiterzahlung einer befristeten EM-Rente

Ein **Antrag auf Weiterzahlung einer befristeten Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit** gilt als neuer Rentenanspruch. Waren bislang die VVZ für die KVdR nicht erfüllt, müssen sie bei dem Fortzahlungsantrag erneut geprüft werden (GR 24.10.19, A I 3.7.3, S. 43). Sind die KVdR-Voraussetzungen erst aufgrund des Antrages auf Weiterzahlung der Rente erfüllt, beginnt die Versicherungspflicht in der KVdR frühestens mit dem Tag, an dem der Antrag auf Weiterzahlung gestellt wurde.

Antrag auf Weiterzahlung einer Waisenrente

Ein Antrag auf **Weiterzahlung einer Waisenrente** gilt nicht als neuer Rentenanspruch

(GR 24.10.19, A I 3.7.4, S. 43). Daher ist keine erneute Prüfung der KVdR-VVZ vorzunehmen, und zwar unabhängig davon, ob die VVZ bislang erfüllt waren (KVdR) oder nicht. Eine Weiterzahlung liegt vor, wenn es nicht zur Zahlungseinstellung der Waisenrente kommt oder sich der erneute Beginn der Waisenrente - ggf. rückwirkend - unmittelbar an das Ende der bisherigen Rentenzahlung anschließt. Eine wegen Zahlungseinstellung beendete KVdR lebt bei Weiterzahlung der Waisenrente wieder auf, sodass eine ggf. nach Zahlungseinstellung geführte Familienversicherung, studentische oder freiwillige Krankenversicherung rückwirkend wieder verdrängt wird.

Die KVdR bei Waisenrenten gem. § 5 (1) Nr. 11 SGB V gab es nur bis zum 31.12.16. Ab dem 1.1.17 wurde sie abgelöst durch die eigenständige Pflichtversicherung über den Bezug einer Waisenrente gem. § 5 (1) Nr. 11b SGB V.

Antrag auf Wiedergewährung einer Waisenrente

Ein **Antrag auf Wiedergewährung einer Waisenrente** ist dagegen stets als neuer Rentenantrag zu werten, sodass eine erneute Prüfung der KVdR-Vorversicherungszeit vorzunehmen ist, unabhängig davon, ob diese bislang erfüllt war oder nicht. Eine Wiedergewährung liegt vor, wenn sich zwischen dem Wegfallzeitpunkt und dem Zeitpunkt des erneuten Beginns der Waisenrente eine zeitliche Lücke ergibt. Vom Tag der Antragstellung auf Wiedergewährung einer Waisenrente bis zur Entscheidung über den Rentenantrag ist ggf. zunächst eine Mitgliedschaft als Rentenantragsteller (§ 189 SGB V) durchzuführen (GR 24.10.19, A I 3.7.4, S. 43).

Die KVdR bei Waisenrenten gem. § 5 (1) Nr. 11 SGB V gibt es nur bis zum 31.12.16. Ab dem 1.1.17 wurde sie abgelöst durch die eigenständige Pflichtversicherung über eine Waisenrente gem. § 5 (1) Nr. 11b SGB V.

Wechsel der Rentenart, z.B. Wechsel einer EM-Rente in eine Altersrente

Auch beim Wechsel der Rentenart sind die VVZ KVdR neu zu prüfen. Dazu das GR vom 24.10.19, A I 3.7.2:

„Bei einem Wechsel von einer Rentenart zu einer anderen ist eine erneute Prüfung der Voraussetzungen für die Versicherungspflicht in der KVdR nicht vorzunehmen, wenn diese bereits erfüllt waren. Dagegen ist eine erneute Prüfung der Versicherungspflicht erforderlich, wenn aufgrund des früheren Rentenantrags oder -bezugs die Voraussetzungen für die Versicherungspflicht in der KVdR nicht vorlagen.“

In den Fällen, in denen eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit oder eine Erziehungsrente nach Erreichen der Regelaltersgrenze als Regelaltersrente gezahlt wird (§ 115 Absatz 3 Satz 1 SGB VI), gilt für die Bestimmung der Rahmenfrist als Tag der Rentenantragstellung der Beginn der Regelaltersrente.“

Erwerbstätigkeit

Als Erwerbstätigkeit gilt jede auf Erwerb gerichtete oder zur Berufsausbildung (z.B. Lehre) ausgeübte Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit, und zwar auch im

Ausland (Urteil des BSG vom 8.11.1983, 12 RK 12/83¹⁵). 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. Der Beginn der Rahmenfrist wird daher auch z. B. beim Eintritt in ein Beamtenverhältnis, den Freiwilligen Wehrdienst, ein Dienstverhältnis als Soldat auf Zeit oder als Berufssoldat, den Bundesfreiwilligendienst oder eine Beschäftigung nach dem Gesetz zur Förderung von Jugendfreiwilligendiensten, ein für ein Studium vorgeschriebenes Praktikum gegen Arbeitsentgelt ausgelöst (Urteil des BSG vom 22. Februar 1996 - 12 RK 33/94).¹⁶

Wenn die/der Versicherte keine Angaben zum Beginn ihrer/seiner Erwerbstätigkeit machen kann, wird der Versicherungsverlauf der DRV zugrunde gelegt.

Sollte die erstmalige Aufnahme einer Erwerbstätigkeit im Ausland stattgefunden haben, zählt dieser Tag als Beginn der Rahmenfrist, auch wenn die daran folgende Erwerbstätigkeit nur in bestimmten Fällen für die Rente anerkannt wird (EU-Länder, Länder, mit denen es ein SV-Abkommen gibt und der Personenkreis des § 5 (1) Nr. 12 SGB V (Spätaussiedler, Vertriebene ...). Die Rahmenfrist beginnt auch dann, wenn ein Student ein vorgeschriebenes Praktikum gegen Entgelt ableistete (Urteil des BSG vom 22.2.96, 12 RK 33/94). Nicht ermitteln konnte ich, ob die Rahmenfrist auch beginnt, wenn im Ausland eine Tätigkeit als Au-Pair abgeleistet wurde oder Zeiten mit work-and-travel im Ausland vorliegen.

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 (1) Nr. 7 SGB V), dazu auch GR vom 24.10.19, A I 3.3.1 S. 24ff.

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

Wurde **noch nie eine Erwerbstätigkeit** aufgenommen, so beginnt die Rahmenfrist lt. GR vom 24.10.19, A I 3.3.1 S. 24 mit dem Tag der Eheschließung/Eintragung der Lebenspartnerschaft (z.B. bei **Witwen-/Witwerrenten**) bzw. wenn eine Ehe bzw. eingetragene Lebenspartnerschaft nicht bestand, mit der Vollendung des 18. Lebensjahres. Dies ist z.B. der Fall, wenn der Rentenanspruch durch **Kindererziehungszeiten** bzw. allein durch die Übertragung von Rentenanwartschaften bei Scheidung (**Versorgungsausgleich**) entstanden ist und

¹⁵ https://www.prinz.law/urteile/bundessozialgericht/BSG_Az_12-RK-12-83--1983-11-08

¹⁶ https://www.prinz.law/urteile/bundessozialgericht/BSG_Az_12-RK-33-94--1994-04-06

niemals eine Erwerbstätigkeit aufgenommen wurde. Weiterhin können seit 1.1.2010 auch allein durch den Bezug von (5 Jahren) Alg II Rentenansprüche entstanden sein, obwohl niemals eine Erwerbstätigkeit aufgenommen wurde.

Bei minderjährigen Waisen beginnt die Rahmenfrist mit dem Tag der Geburt (bei **Waisen-/Halbwaisenrenten**).

Spätaussiedler und Vertriebene (§ 5 (1) Nr. 12 SGB V)

Ausnahme für Spätaussiedler und vertriebene Verfolgte: Wer innerhalb der letzten 10 Jahre vor Rentenanspruchstellung seinen Wohnsitz nach Deutschland verlegt hat und als anerkannter Vertriebener bzw. Spätaussiedler gem. § 1 (b) bzw. 1 (a) FRG (Fremdrentengesetz) oder als deutschsprachiger Angehöriger des Judentums gem. § 17a FRG bzw. als vertriebener Verfolgter gem. § 20 WGSVG (Gesetz zur Regelung der Wiedergutmachung nationalsozialistischen Unrechts in der Sozialversicherung) seine Rente bewilligt bekommt, muss für die KVdR **keine** VVZ erfüllen (§ 5 (1) Nr. 12 SGB V i.V.m. GR vom 24.10.19, A I 3.6 S 41/42). Bei Spätaussiedlern erfolgt die Anerkennung nur für die tatsächlichen Spätaussiedler (§ 4 BVFG (Gesetz über die Angelegenheiten der Vertriebenen und Flüchtlinge (Bundesvertriebenengesetz)), nicht aber für die Abkömmlinge (§ 7 BVFG, BSG-Urteil vom 16.5.2001, B 8 KN 2/00¹⁷) und die sonst. Familienangehörigen (keine Ehegatten, keine Abkömmlinge, § 8 BVFG. Auch bei Hinterbliebenenrenten, die von Personen abgeleitet werden, die zu dem o.a. berechtigten Personenkreis gehören, werden keine VVZ benötigt (GR vom 24.10.19, A I 3.6 S 41/42). Damit müssen alle Spätaussiedler gem. § 7 und 8 BVFG die VVZ für die KVdR „ganz normal“ erfüllen.

Personen, die dem Grunde nach unter § 5 (1) Nr. 12 SGB V fallen, aber zum Zeitpunkt der Rentenanspruchstellung bereits länger als 10 Jahre ihren Wohnsitz im Bundesgebiet haben, müssen die Vorversicherungszeit nach § 5 (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 (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 (GR vom 24.10.19, A I 3.3.1 S 25).

Wenn in den Rentenbescheiden im Versicherungsverlauf Zeiten mit dem Merkmal „**FRG**“ auftauchen, ist dies ein deutlicher Hinweis auf Spätaussiedler.

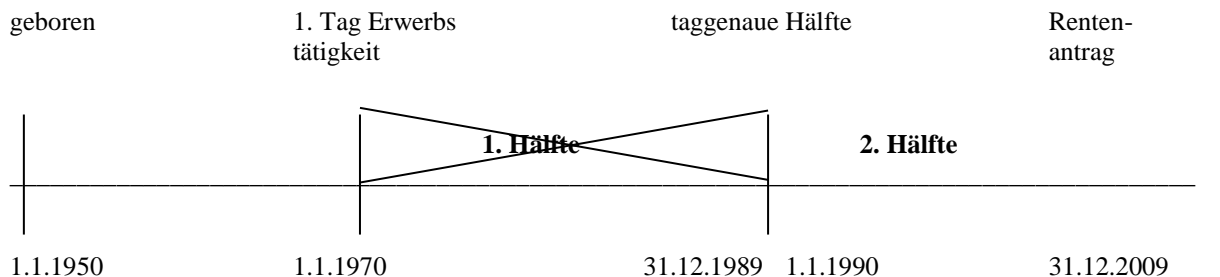
Berechnung der Vorversicherungszeiten

Die Rahmenfrist wird taggenau halbiert (das Jahr wird gem. § 26 SGB X i.V.m. § 191 BGB mit 365 Tagen und der Monat mit 30 Tagen berechnet), die 1. Hälfte wird nicht berücksichtigt, die 2. Hälfte zählt. In dieser 2. Hälfte muss man zu 9/10 – das sind 90% - gesetzlich versichert gewesen sein, um in die KVdR aufgenommen zu werden.

Bsp.: Herr A. ist am 1.1.1950 geboren, hat seinen Rentenanspruch am 31.12.2009 gestellt und am 1.1.1970 angefangen zu arbeiten. Die KVdR-Frist beginnt somit am 1.1.1970 und endet am 31.12.2009. Die taggenaue Mitte ist der 31.12.1989. Der

¹⁷ <https://www.sozialgerichtsbarkeit.de/legacy/1948?modul=esgb&id=1948>

Zeitraum vom 1.1.1970 – 31.12.1989 (1. Hälfte) bleibt unberücksichtigt. In der 2. Hälfte vom 1.1.1990 bis 31.12.09 müssen 9/10 (= 90%) mit Zeiten in der GKV belegt sein. In diesem Beispiel beträgt die 2. Hälfte 20 Jahre, damit dürfen max. 2 Jahre unbelegt sein.



Unbelegte Zeiten sind daher unbedingt daraufhin zu prüfen, ob in diesen Zeiträumen eine Familienversicherung (diese wurde z.B. oft während Haftzeiten von den Kassen unrechtmäßig beendet oder bei Getrenntleben nicht eingetragen) oder die Auffang-Versicherungspflicht gem. § 5 (1) Nr. 13 SGB V (nicht für Haftzeiten) eingetreten sind. Diese Mitgliedschaften treten kraft Gesetz und daher beliebig lange rückwirkend ein. Nach der Eintragung dieser „Lückenzeiten“ sind dann die VVZ für die KVdR oft erfüllt.

Weiterhin werden bei **Fusionskassen** (und inzwischen sind ja fast alle Kassen mit irgendwelchen anderen Kassen fusioniert) häufig Fehler gemacht, in dem nur die VVZ der Kasse berücksichtigt werden, die jetzt die „Hauptkasse“ ist. Die Sachbearbeiter*innen müssen nämlich in ein anderes Programm wechseln, um Mitgliedszeiten der fusionierten Kasse(n) aufzurufen. Dies geschieht i.d.R. nicht.

Bsp: Die Barmer ist aus einer Fusion der Barmer mit der GEK und der Deutschen BKK hervorgegangen. Die Barmer ist jetzt die „Hauptkasse“, das Programm der Barmer wird von allen Bearbeiter*innen genutzt. Wenn ein*e Versicherte*r nun aber jahrelang in der GEK oder der Deutschen BKK versichert war und erst jetzt die letzten 2 Jahre in der Barmer, dann fließen die Zeiten der GEK oder der Deutschen BKK nur dann in die Berechnung ein, wenn das ehemalige Programm der GEK oder der Deutschen BKK gezielt von der Bearbeiterin aufgerufen wird.

Bei rückwirkend festgestellter **Geschäftsunfähigkeit** (GU) und Betreuerbestellung wird die **Rente ab Beginn der GU nachgezahlt**. Die Frist gem. § 99 (1) SGB VI ist während der GU in entsprechender Anwendung des § 210 BGB bis zur Betreuerbestellung gehemmt (BSG 4 RJ 159/72¹⁸ vom 28.11.73). Die KVdR wird dann auch anders berechnet: Die Rahmenfrist beginnt ganz normal, sie endet aber mit dem 1. Tag der Renten(nach)bewilligung. Damit sind in den meisten Fällen die VVZ doch noch erfüllt. Die Mitgliedschaft in der KVdR beginnt dann aber erst mit dem Tag der Rentenantragstellung durch die/den Betreuer*in (BSG B 12 KR 20/08 R¹⁹ vom 27.1.10).

¹⁸ https://www.prinz.law/urteile/bundessozialgericht/BSG_Az_4-RJ-159-72--1973-11-28

¹⁹ <https://www.sozialgerichtsbarkeit.de/legacy/127812?modul=esgb&id=127812>

Bei **Hinterbliebenenrenten** werden die VVZ grundsätzlich aus den Mitgliedszeiten des Rentners (= Hinterbliebener) berechnet (§ 5 (1) Nr. 11, 11a und 12 SGB V), gelten aber als erfüllt, wenn die/der Verstorbene sie erfüllt hat (§ 5 (2) Satz 2 SGB V), s.a. GR vom 24.10.19, A I 3.3 S. 23 und A I 3.3.6, S. 36. Werden die VVZ aus den Versicherungszeiten des Verstorbenen berechnet, dann ist das Ende der Rahmenfrist nicht der Tag der Rentenantragstellung, sondern das Sterbedatum des Verstorbenen (nur im alten GR vom 30.12.08²⁰, Nr. 3.3.5, Beispiel S. 23/24).

Regelung bis 31.12.88

Vor Inkrafttreten des SGB V (also bis zum 31.12.88) waren die VVZ im § 165 (1) Nr. 3a RVO geregelt. Vom Beginn der Erwerbstätigkeit (frühestens ab 1.1.1950) bis zum Tag der Rentenantragstellung musste lediglich in der Hälfte dieser Zeit eine gesetzliche Versicherung bestanden haben (sog. Halbbelegung). Mit Inkrafttreten des SGB V zum 1.1.89 wurden die Regelungen der VVZ im § 5 (1) Nr. 11 SGB V mit der 9/10-Regelung deutlich verschärft. Es gab aber im Art. 56 (1) GRG²¹ (Gesundheitsreformgesetz) eine Übergangsregelung: Bei allen Rentenanträgen, die bis zum 31.12.93 gestellt wurden, galt der alte Zugang (VVZ lediglich mit Halbbelegung erfüllt). Und alle bestehenden Pflichtversicherungen nach alter Berechnung haben Bestand auch nach Inkrafttreten des SGB V.

Regelung vom 1.1.89 – 31.3.02

Im Zeitraum vom 1.1.89 – 31.3.04 musste man zu 9/10 **pflichtversichert** bzw. über eine*n **Pflichtversicherte*n** familienversichert gewesen sein, um in die KVdR aufgenommen zu werden. Zeiten der freiwilligen Versicherung oder der Familienversicherung über eine*n freiwillig Versicherte*n wurden nicht berücksichtigt.

Neue Regelung VVZ (gilt auch rückwirkend für Rentenanträge, die nach dem 31.12.93 gestellt wurden), sog. Optionsrentner*innen (§ 9 (1) Nr. 6 SGB V)

Achtung neue Regelung Rahmenfrist/VVZ: Gemäß Beschluss des Bundesverfassungsgerichtes vom 15.3.2000 1 BvL 16/96 u.a.²² sind die Zugangsvoraussetzungen (Erfüllung der VVZ nur durch Pflichtversicherung bzw. Familienversicherung über einen Pflichtversicherten) nicht mit dem Grundgesetz vereinbar. Ab 1.4.02 sind die VVZ für alle Rentenanträge, die nach dem 31.12.93 gestellt wurden, auch dann erfüllt, wenn man in der Rahmenfrist zu 9/10 irgendwie gesetzlich krankenversichert war (egal, ob pflicht-, freiwillig oder familienversichert). Kraft Gesetz waren die Kassen nach diesem Beschluss verpflichtet zu prüfen, ob bei allen ihren Mitgliedern, die Renten beziehen und freiwillig versichert waren, eine Pflichtversicherung infrage kam (BE vom 18.9.2000 mit den genauen Daten und Vorschriften²³).

War dies der Fall, ergab sich für das Mitglied gem. § 9 (1) Nr. 6 SGB V ein Wahlrecht zwischen der (bisherigen) freiwilligen Versicherung und der KVdR. Dieses Wahlrecht

²⁰ file:///C:/Users/Claudia/Downloads/datei_2008_12_30_kvdr.pdf

²¹ https://www.gesetze-im-internet.de/grg/art_56.html

²²

https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Entscheidungen/DE/2000/03/1s20000315_1bvl001696.html

²³ <https://research.wolterskluwer-online.de/document/ecf00fc4-2aa7-4b06-a9b8-1fb542140669>

bestand nur in der Zeit vom 1.4.2002 bis zum 30.9.2002; eine dort getroffene Wahl ist bindend für immer. Wurde die KVdR gewählt, trat diese Pflichtversicherung dann ab 1.4.02 in Kraft.

In 2002 war eine freiwillige Versicherung **teilweise** günstiger als eine KVdR, da es keine Mindestbemessung gab. Dies war aber immer nur dann der Fall, wenn lediglich Renteneinkünfte vorhanden waren und keine weiteren Einnahmen zum Lebensunterhalt, die der Beitragspflicht unterlagen (bspw. Miet- und/oder Zinseinkünfte oder gar Sozialhilfe). Ferner wurden damals die Renteneinkünfte nur mit dem ermäßigten Beitragssatz belegt und nicht mit dem allgemeinen Beitragssatz (0,6 % Unterschied). Daher haben sich damals einige Rentenbezieher*innen – die nur über die Rente und keine weiteren beitragspflichtigen Einnahmen verfügten - für die freiwillige Versicherung entschieden. Heutzutage ist eine KVdR bei Sozialhilfebezug (keine beitragspflichtige Einnahme im Bereich der KVdR / wohl aber bei einer freiwilligen KV) in der Regel immer kostengünstiger als eine freiwillige Versicherung und die Beitragsüberweisungen erfolgen zudem direkt durch den RV-Träger an die Kasse. Dies ist aber leider heute nicht mehr zu ändern.

Alle Optionsrentner*innen, die bis heute freiwillig versichert sind und ausschließlich eine Rente als Einnahmen zum Lebensunterhalt aufweisen, werden bis heute auch nur prozentual nach der Rente mit dem Beitrag eingestuft. Im § 240 (4) Satz 3 SGB V findet sich – sehr versteckt – diese Regelung:

„3Satz 1 (Anm. d. Verf.: die Mindestbemessung) 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 Abs. 2 Satz 1 gilt entsprechend.“

„Übersetzt“ bedeutet dies, dass nur die **tatsächlichen** Einnahmen zum Lebensunterhalt herangezogen werden und die Mindestbemessung nicht greift.

Wurde das Wahlrecht nicht ausgeübt, trat ebenfalls ab 1.4.02 die KVdR in Kraft (Vorrang der Pflichtversicherung gegenüber einer freiwilligen Versicherung). Wurde die freiwillige Versicherung gewählt, spricht man von sog. „**Optionsrentnern**“. Es greift dann § 190 (11a) SGB V.

„Systematisch stellt diese Regelung einen Verstoß gegen das Prinzip dar, wonach eine Pflichtmitgliedschaft grundsätzlich eine freiwillige Mitgliedschaft verdrängt. Dies ist offensichtlich der Situation geschuldet, wie sie sich aus der Entscheidung des BVerfG vom 15.03.2000 (1 BvL 16/96, NJW 2000, 2730 = USK 2000-35) ergeben hat“ (Auszug aus dem SV-Lex Onlinekommentar zum § 190 SGB V).

Wer als sog. Optionsrentner*in in der Zeit vom 1.4.2002 bis zum 30.9.2002 anstatt der KVdR die freiwillige Versicherung gewählt hat, für den kommt auch der Zugang zur KVdR seit 1.8.17 (Anrechnung von Kindern für die VVZ) nicht infrage, da die damalige Wahl bindend ist. Allerdings muss damals auch ein schriftlicher Beitritt zur freiwilligen Versicherung erfolgt sein (Ausübung des Wahlrechtes zwischen KVdR und freiwilliger KV und schriftlicher Beitritt gem. § 188 (3) SGB V). Mir sind Fälle bekannt, bei denen damals in 2002 Versicherte nicht auf die Aufforderung der Kasse, zu wählen, reagiert haben und die Kasse einfach „eigenmächtig“ eine freiwillige

Versicherung eingetragen hat. Dies würde dann nicht zu einem Ausschluss der KVdR führen.

Leider bleibt die damalige Wahl – wenn das Wahlrecht tatsächlich ausgeübt wurde – lebenslang bestehen. Selbst durch den Hinzutritt einer weiteren Rente oder die Veränderung einer Rente (z.B. Wechsel von einer EM-Rente in eine Altersrente) verändert sich nichts (GR vom 24.10.19 zur KVdR, A I 1.3.1 S. 17: „Hat der Rentner von seinem Optionsrecht nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nr. 6 SGB V in der bis zum 10. Mai 2019 geltenden Fassung 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.“

Normalerweise muss die KVdR bei Wechsel der Rentenart, Hinzutritt einer Rente oder Neubewilligung nach Befristung jedes Mal neu geprüft werden (GR 24.10.19 zur KVdR, A I 3.7 bis 3.7.5).

Auszug aus dem Kommentar Eichenhofer/Wenner:

„Insoweit wurde diese durch Art. 1 Nr. 01 des Zehnten Gesetzes zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (10. SGB V-Änderungsgesetz) vom 23.03.2002 vorgenommene Ergänzung des § 5 Abs. 8 damit begründet, dass klargestellt werde, dass die Rentenbezieher, die das Beitrittsrecht zur freiwilligen Versicherung nach § 9 Abs. 1 Nr. 6 SGB V ausgeübt haben, nicht als Rentner versicherungspflichtig werden.

Andernfalls hätten die Betroffenen die Möglichkeit, durch Kündigung ihrer freiwilligen Mitgliedschaft wieder als Rentner versicherungspflichtig zu werden, wenn sich dies etwa aufgrund von Änderungen der Einkommensverhältnisse als vorteilhaft erweist. Es ist aus Sicht des Gesetzgebers jedoch mit dem Solidargedanken nicht vereinbar, wenn die einmal getroffene Entscheidung für die Beibehaltung des Status als freiwilliges Mitglied wieder rückgängig gemacht werden könnte.

Auch die Familienangehörigen, die aufgrund der Ausübung des Beitrittsrechts ihre beitragsfreie Familienversicherung fortgesetzt haben, sollten nicht mehr als Rentner versicherungspflichtig werden. Da der Eintritt der Versicherungspflicht als Rentner für den betroffenen Personenkreis ausgeschlossen ist, führt auch der Bezug einer weiteren Rente, etwa einer Hinterbliebenenrente, nicht zum Eintritt der Versicherungspflicht als Rentner.“

Dazu auch die BT-DS 14/8099²⁴ und die Entscheidung des LSG Thüringen vom 20.12.2016, L 6 KR 1563/14²⁵.

Achtung: Leider greift die Wahl der freiwilligen Versicherung in vielen Fällen auch für die/den Ehegatten (§ 5 (8) SGB V i.V.m. § 190 (11a) SGB V)!

Bsp.: Bezog die Ehefrau am 31.3.2002 eine eigene Rente ohne KVdR aufgrund der fehlenden VVZ (verschärfte Voraussetzungen aufgrund des Gesundheitsstrukturgesetzes von 1992 - als VVZ für die KVdR zählen nur Pflichtversicherungszeiten und Zeiten der Familienversicherung über einen Pflichtversicherten -, die unter der damaligen Einkommensgrenze Familienversicherung (damals 335,00 €) lag und war über den Ehemann

²⁴ <https://dserver.bundestag.de/btd/14/080/1408099.pdf>

²⁵ <https://openjur.de/u/2327675.html>

(Optionsrentner) familienversichert, so griff die Wahl des Ehemannes auch für sie. D.h., die Ehefrau musste bei Überschreitung der Einkommensgrenze in der Familienversicherung, z.B. durch eine Rentenerhöhung oder durch Hinzutritt von weiterem Einkommen, eine freiwillige Versicherung abschließen, auch wenn die VVZ für eine KVdR erfüllt waren (GR vom 24.10.19 zur KVdR, A I 1.3.2).

Ebenso greift die Wahl des Ehemannes „freiwillige Versicherung“ als Optionsrentner, wenn die Ehefrau über ihn familienversichert war, keine eigene Rente bezog, nun aber nach dem Tod des Ehemannes eine Witwenrente bezieht. Selbst wenn die VVZ für die Ehefrau in der KVdR erfüllt sind (§ 5 (1) Nr. 11 oder 12 SGB V), tritt die KVdR nicht ein (GR vom 24.10.19 zur KVdR, A I 1.3.2).

War die Ehefrau zwar über den Optionsrentner familienversichert, aber ohne eigenen Rentenbezug und bezieht die Ehefrau nunmehr eine eigene Rente, z.B. eine Altersrente, greift die Option nicht mehr. Die VVZ für die KVdR werden in diesem Fall ganz normal geprüft und bei Erfüllung tritt die KVdR ein.

Die Kassen erkennen in ihren Programmen sofort, wer zu diesem Personenkreis gehört, da **diese Personen mit besonderen Schlüsselzahlen gekennzeichnet sind**, BE vom 29.10.2002, TOP 5²⁶:

„Die Datensatzbeschreibungen KV-RV und KV-KV sind aufgrund des sich aus dem 10. SGB V-Änderungsgesetz ergebenden Optionsrechts (§ 9 Absatz 1 Nr. 6 SGB V) für bisher freiwillig versicherte Rentner und deren familienversicherte Angehörige mit eigenem Rentenbezug zum Feld KVdR-Voraussetzungen = "KVVOVS" um die **Schlüsselziffern 3 und 4** ergänzt worden:

3 = Voraussetzungen für die KVdR erfüllt, jedoch Optionsrentner- KVdR auf Dauer ausgeschlossen (§ 9 Absatz 1 Nr. 6 SGB V oder Familienversicherung nach § 10 SGB V i.V.m. § 5 Absatz 8 Satz 2 SGB V und § 190 Absatz 11a SGB V)

4= Voraussetzungen für die KVdR erfüllt, jedoch vorrangige Familienversicherung - KVdR nach Wegfall der Familienversicherung möglich (§ 10 SGB V i.V.m. § 5 Absatz 8 Satz 3 SGB V).“

§ 9 (1) Nr. 6 SGB V wurde m.W.v. 11.5.2019 aufgehoben; bei der Aufhebung handelt es sich um eine Bereinigung einer gegenstandslos gewordenen **Übergangsregelung**.

Überprüfung von nicht versicherten Rentner*innen

Allerdings konnte die KK 2002 nur die Fälle prüfen, die auch noch Mitglieder waren. Bei allen, die derzeit nicht versichert sind (und es im Überprüfungszeitraum nicht waren), die aber die Voraussetzungen für eine KVdR zum Zeitpunkt der Rentenantragstellung (zwischen dem 1.1.1994 und dem 31.3.2002) erfüllt haben, muss man bei der letzten KK einen **Antrag auf Überprüfung** (§ 44 SGB X) stellen. Sollten die Voraussetzungen erfüllt gewesen sein, so tritt in diesen Fällen ebenfalls ab 1.4.02 eine Pflichtversicherung ein- unabhängig davon, zu welchem Zeitpunkt der Überprüfungsantrag gestellt und entschieden wird.

Die Praxis hat gezeigt, dass von den KK bei Überprüfungsanträgen Fehler gemacht

²⁶ https://research.wolterskluwer-online.de/browse/csh-da-filter!14aa56c7e63d153be6119bace1e1600bf1677304-WKDE_LTR_0000040570%2348fbc01fcc343fde857a08b9f2424b79/584a7b8c-ddb8-45fb-902f-032efbc8ad47
17

werden: 1) Statt dem Tag der Rentenantragstellung wird der Tag des Überprüfungsantrages als Fristende genommen – dies führt i.d.R. dazu, dass die VVZ natürlich nicht erfüllt sind und 2) wird weiterhin der Versicherungsverlauf der DRV für die Berechnung zugrunde gelegt. Dies ist natürlich auch falsch, da im Versicherungsverlauf lediglich die Zeiten der Pflichtversicherung aufgelistet sind, nicht aber alle anderen Versicherungszeiten. Ein Versicherungsverlauf ist nötig, um den 1. Tag der Berufstätigkeit (mit Pflichtversicherung) festzustellen, für alle weiteren Berechnungen muss dann aber der Nachweis über die Mitgliedszeiten (ggfs. von mehreren KKen, wenn mehrere Mitgliedschaften bestanden haben) zugrunde gelegt werden. Bei Ablehnung des Überprüfungsantrages daher unbedingt eine nachvollziehbare Berechnung mit den Berechnungsgrundlagen von der KK angefordert werden.

Im GR vom 24.10.19, A I 3.1 S. 22 wird zur KVdR nach Überprüfungsantrag ausgeführt, dass diese mit der Bekanntgabe des Rücknahme- oder Bewilligungsbescheides an den Versicherten beginnt. Das GR bezieht sich dabei auf ein Urteil des BSG, 12 RK 4/96 vom 25.2.97, in dem ein Überprüfungsantrag – allerdings wegen **abgelehnter Rente** – gestellt wurde. In diesem Fall wurde keine Mitgliedschaft als Rentenantragsteller hergestellt und rückwirkend auch keine KVdR, sondern die KVdR erst ab **Rentenzahlungsbeginn** (und nicht rückwirkend ab Rentenbewilligung) bejaht. Dieses Urteil lässt sich nicht auf die o.a. Überprüfungsfälle übertragen, weil es hier nicht um eine abgelehnte Rente geht!

Kann man auf die Erfüllung der VVZ für die KVdR Einfluss nehmen, in dem man einen Rentenantrag deutlich zu früh stellt bzw. erst nach Erfüllung der Voraussetzungen?

Es kann Sinn machen, einen Rentenantrag erst nach dem Beginn des Rentenanspruchs zu stellen, um damit die Rahmenfrist zu verändern und ggf. die Voraussetzungen für die KVdR zu erfüllen. Dies sollte mit dem KVdR-Rechner genau ausgerechnet werden. Insbes. wenn in der 2. Hälfte unversicherte bzw. PKV-Zeiten liegen, kann das zu Erfolgen führen.

Wird der Rentenantrag für eine eigene Rente innerhalb von 3 Monaten nach Beginn des Rentenanspruchs gestellt, hat man sogar keine finanziellen Nachteile. Die Rente wird rückwirkend ab Rentenbeginn gezahlt. Wird der Rentenantrag hingegen erst später als 3 Monate nach Beginn des Rentenanspruchs gestellt, so bekommt man die Rente erst ab dem Monat der Antragstellung ausgezahlt (§ 99 (1) SGB VI). Eine Hinterbliebenenrente wird nicht für mehr als zwölf Kalendermonate vor dem Monat, in dem die Rente beantragt wird, geleistet (§ 99 (2) SGB VI).

Einen Rentenantrag deutlich **vor** dem Rentenanspruch zu stellen, kann zu einer Ablehnung der Rente führen:

Es gibt keine gesetzliche Regelung, die ausdrücklich bestimmt, wann ein Antrag auf Altersrente frühestens gestellt werden kann bzw. welche Zeitspanne zwischen dem Antrag und dem begehrten Rentenbeginn maximal liegen darf. Die Träger der Deutschen Rentenversicherung haben sich jedoch auf folgende Grundsätze zur Behandlung frühzeitig (früher als 3 Monate vor Rentenbeginn) gestellter Altersrentenanträge geeinigt:

– Anträge auf Altersrente, die früher als 12 Monate vor dem begehrten Rentenbeginn gestellt werden, sollen abgelehnt werden.

– Wird ein Antrag auf Altersrente früher als drei und bis zu 12 Monate vor dem begehrten Rentenbeginn gestellt, ist dem Versicherten anzubieten, den Rentenanspruch zurückzustellen und zu gegebener Zeit unaufgefordert wiederaufzugreifen.

Witwen-Witwerrenten – Wechsel aus der PKV in die KVdR möglich auch für über 55-Jährige (§ 5 (2) i.V.m. § 6 (3a) SGB V)?

Auch über 55-jährige PKV-Versicherte können über den Bezug einer Witwen-/Witwerrente in die KVdR wechseln, wenn der/die Verstorbene die VVZ für die KVdR erfüllt hatte (§ 5 (2) Satz 2 SGB V). Die KVen lehnen diese Fälle immer dann ab, wenn der/die Hinterbliebene zuletzt im Leben hauptberuflich selbständig, versicherungsfrei oder von der Versicherungspflicht befreit war. Der Gesetzestext im § 6 (3a) SGB V zielt aber nicht auf „zuletzt“ ab, sondern gibt eine eindeutige Rahmenfrist vor, in der für einen bestimmten Zeitraum eines der 3 Kriterien vorgelegen haben muss, damit der Ausschluss greift.

Grund für die Ablehnungen der KVen sind Ausführungen des GKV Spitzenverbandes im GR vom 24.10.19 unter A II 2:

„Die Regelung des § 6 Absatz 3a SGB V kann nach ihrem Sinn und Zweck jedoch nicht nur gelten, solange die betroffene Person im Erwerbsleben steht, sondern muss auch dann zur Anwendung kommen, wenn die Person aus dem Erwerbsleben ausgeschieden ist. Für den letzteren Fall gilt Folgendes: Bei Personen, die wegen Erreichens der für einen Rentenbezug vorgesehenen Altersgrenzen oder einer dauerhaften vollen Erwerbsminderung oder dauerhafter Auf-gabe der selbstständigen Tätigkeit bereits aus dem Erwerbsleben ausgeschieden sind, ist die weitere Voraussetzung des § 6 Absatz 3a Satz 2 SGB V (mindestens die Hälfte des 5-Jahres-Zeitraums versicherungsfrei, von der Versicherungspflicht befreit oder hauptberuflich selbstständig erwerbstätig) dann erfüllt, wenn die Person diese Voraussetzung zum Zeitpunkt ihres Ausscheidens aus dem Erwerbsleben erfüllt hat. Sofern dies der Fall ist, führt die Erfüllung eines Versicherungspflichttatbestandes (z. B. die Aufnahme einer mehr als geringfügigen Beschäftigung oder der Antrag auf Hinterbliebenenrente bei Erfüllung der Voraussetzungen für die KVdR in der Person des Verstorbenen) nicht zur Versicherungspflicht. Der Fünfjahreszeitraum des § 6 Absatz 3a Satz 1 SGB V wird dadurch nicht berührt und geht auch in diesen Fällen dem Eintritt der Versicherungspflicht unmittelbar voran. Das heißt, der Verlauf der Fünfjahresfristen für die Prüfung nach § 6 Absatz 3a Satz 1 SGB V einerseits und für die Prüfung nach § 6 Absatz 3a Satz 2 SGB V andererseits fallen dann auseinander.

Im Übrigen tritt Versicherungsfreiheit nach § 6 Absatz 3a SGB V unter den beschriebenen Voraussetzungen selbst dann ein, wenn die für die Versicherungspflicht in der KVdR erforderliche Vorversicherungszeit durch die Anrechnung von drei Jahren für jedes Kind erfolgt ist. Der Umstand, dass die Person in den letzten fünf Jahren vor Beginn der grundsätzlich eintretenden Versicherungspflicht nicht gesetzlich krankenversichert war, wird durch die anrechenbaren Zeiten für jedes Kind nicht ausgehebelt.“

Diese Ausführungen entsprechen nicht dem Gesetzestext und sind daher rechtswidrig. Das bestätigte das LSG Hessen am 24.10.19 unter L 8 KR 206/18²⁷. Es

²⁷ <https://www.sozialgerichtsbarkeit.de/legacy/209385?modul=esgb&id=209385>

entschied, dass bei der Anwendung der sog. 55er-Regelung (Ausschluss gem. § 6 (3a) SGB V) der maßgebliche Zeitraum der letzten 5 Jahre vor Eintritt der Versicherungspflicht auf das Datum des Antrags auf Gewährung von Rente abzustellen ist. Lagen die Voraussetzungen des § 6 (3a) SGB V in diesem Zeitraum nicht vor, greift der Ausschluss nicht. In dem Verfahren war der Kläger privat versichert und bereits seit Jahren im Bezug einer Altersrente. Nach dem Tod der Ehefrau stellte er mit Antrag auf eine Witwenrente auch einen Antrag auf KVdR, da die verstorbene Ehefrau in der KVdR war (§ 5 (2) SGB V).

Die KK kam mit der üblichen Begründung: „Nach der Gesetzesbegründung diene diese Vorschrift einer klaren Abgrenzung zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung. Versicherungsfrei seien Personen, die sich frühzeitig für eine Absicherung in der privaten Krankenversicherung entschieden hätten. Diese sollten auch im Alter diesem System und nicht der gesetzlichen Krankensicherung angehören.“

Das LSG entschied dazu klar: „Allerdings sollte dabei durch das Kriterium der überwiegenden Versicherungsfreiheit in den letzten 5 Jahren vor Beginn der Versicherungspflicht sichergestellt werden, dass die Versicherungspflicht von Rentnern und Rentenantragsteller, welche die Voraussetzungen der Vorversicherungszeit nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 SGB V erfüllen, grundsätzlich unberührt bleibt (BT- Drs. 14/1245 S. 60).“ Die VVZ für die KVdR wurde hier über die Ehefrau abgeleitet.

Anrechnung von VVZ für Kinder, Regelung ab 1.8.17 (§ 5 (2) SGB V)

Diese Thematik wurde bereits in einem Artikel in der ZfF Heft 10 im Oktober 2021 behandelt.

Entscheidung über die KVdR

Gem. § 201 (1) SGB V müssen Rentenantragsteller*innen zusammen mit dem Rentenantrag die sog. Meldung zur KVdR (Formular R 0810 der DRV, am PC ausfüllbar hier: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Formulare/DE/_pdf/R0810.html) einreichen. Diese Meldung wird dann vom RV-Träger (oder von der Stelle, die den Rentenantrag entgegennimmt, z.B. einer/m Versicherungsältesten) unverzüglich an die KK weitergeleitet. Bei Hinterbliebenenrenten muss für jeden Hinterbliebenen eine gesonderte Meldung zur KVdR abgegeben werden. Zuständig für die Bearbeitung dieser Meldung zur KVdR und damit zuständig für die Entscheidung, ob die VVZ erfüllt sind oder nicht, ist lt. GR vom 24.10.19, A VII 2.1.2 die KK, bei der zum Zeitpunkt der Rentenantragstellung eine Mitgliedschaft besteht (das ist bei Hinterbliebenenrenten die KK des Hinterbliebenen). Gibt es zum Zeitpunkt der Rentenantragstellung keine Mitgliedschaft in einer gesetzlichen KK, so ist die KK zuständig, bei der zuletzt (egal, wie lange das her ist) eine Mitgliedschaft bestand (Mitgliedschaften bei einer LKK werden nicht berücksichtigt). Bestand in Deutschland noch nie eine GKV-Mitgliedschaft, so können bei Renten für Spätaussiedler*innen gem. § 5 (1) Nr. 12 SGB V Antragstellende eine KK wählen. In allen anderen Fällen entscheidet die Stelle, die den Rentenantrag aufnimmt, an welche KK sie den Antrag weiterleitet.

In der Praxis entscheidet somit i.d.R. die letzte KK darüber, ob die VVZ erfüllt wurden, oder nicht. Der RV-Träger macht vor der Rentenbewilligung eine Anfrage bei der KK, ob **Versicherungspflicht** besteht. Die KK muss dann nach der 9/10-Regelung prüfen. Die KK entscheidet aufgrund der Angaben in der Meldung zur KVdR. Wenn diese Meldung sowohl eingeht als auch vollständig ausgefüllt ist, ist das kein Problem, ebenso nicht, wenn Leistungsberechtigte die ganze Zeit bei dieser letzten KK versichert waren. Ist dies nicht der Fall, muss eigentlich umfangreich recherchiert werden. Das wird von KKn gelegentlich versäumt und die KVdR wird dann abgelehnt. Man kann die Berechnung der VVZ bei der KK anfordern und entsprechend nachprüfen.

Es passiert weiterhin, dass der RV-Träger auf dem Erstbescheid Beitragsabzüge zur KV und PV ausweist, sich aber nachträglich herausstellt, dass die VVZ zur KVdR nicht erfüllt wurden. Zum einen liegt das oft daran, dass der Rentenanspruch zu Zeiten gestellt wurde, in denen eine Pflichtversicherung vorlag (z.B. über eine Beschäftigung oder über den Bezug von Bürgergeld (bis 31.12.22 Alg II)). Der RV-Träger erfragt bei Eingang des Rentenanspruchs bei der KK lediglich, ob eine Pflichtversicherung besteht (und nicht, ob die Voraussetzungen zur KVdR erfüllt sind). Wird eine Pflichtversicherung von der KK bestätigt, erfolgt der Beitragsabzug, denn bei allen Pflichtversicherten (§ 5 (1-3) SGB V) muss die DRV gem. § 255 (1) i.V.m. § 249a von der Rente den Beitragsabzug vornehmen, den Anteil der DRV dazu geben und an die KK überweisen.

Besonders dann sollte man die Berechnung von der Kasse anfordern. In diesen Fällen entsteht oft ein neues Problem: Da aufgrund des Rentenbescheides (mit Abzügen zur KVdR) von einer Pflichtversicherung ausgegangen werden musste, wurde natürlich kein Antrag auf eine freiwillige Versicherung gestellt. Wenn der Rentenkorrektur-Bescheid (ohne KVdR) nun später als 3 Monate nach dem Ende der letzten Mitgliedschaft ergeht, ist die Frist zur regulären freiwilligen Weiterversicherung abgelaufen. Die obligatorische Anschlussversicherung gem. § 188 (4) SGB V greift nur dann, wenn im Anschluss an die bisherige Pflichtversicherung keine Leistungen nach dem SGB XII bezogen werden bzw. mehr als 1 Monat Lücke ist zwischen dem Ende Bürgergeld (bis 31.12.22 Alg II) und dem Beginn SGB XII.

Bei anschließendem SGB XII-Bezug haben Leistungsbeziehende die Frist zur Beantragung schuldlos versäumt, da sie keinen Einfluss auf den Erhalt des Rentenbescheides nehmen konnten. Der Antrag auf eine freiwillige Weiterversicherung muss daher unbedingt mit einem Antrag auf Wiedereinsetzung in den vorigen Stand gem. § 27 SGB X einhergehen (alternativ mit der Geltendmachung des sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs), da die KKn ihn sonst mit dem Hinweis auf Fristversäumnis ablehnen. S.a. folgender Abschnitt „Die KVdR-Fälle“.

Die „KVdR-Fälle“

In fast allen Fällen, die aus dem SGB II ins SGB XII übergehen, wird der Rentenanspruch (EM-Rente oder Altersrente) noch zu Zeiten des Bürgergeld-(bis 31.12.22 Alg II)-Bezuges gestellt. Geht der Rentenanspruch bei der DRV ein, fragt diese bei der KK an, ob eine Pflichtversicherung besteht. Aufgrund des Bürgergeld-(bis

31.12.22 Alg II)-Bezuges besteht dann zu diesem Zeitpunkt eine Pflichtversicherung (gem. § 5 (1) Nr. 2a SGB V) und die KK bejaht die Anfrage der DRV. Bei Pflichtversicherten muss die DRV gem. § 255 (1) i.V.m. § 249a SGB V von der Rente den Beitragsabzug vornehmen, den Anteil der DRV dazu geben und an die KK überweisen. Der § 255 (1) SGB V (i.V.m. § 249a SGB V) ist eigentlich der „KVdR-§“, muss aber auch in diesen Fällen angewendet werden. Damit enthält der Rentenbescheid dann den Beitragsabzug und meist verwendet die DRV dann auch ihren Textbaustein „zur KVdR“ (weil sie nur diesen Textbaustein hat). Jeder denkt dann, es bestünde eine KVdR und eine freiwillige Weiterversicherung nach dem Ende des Bürgergeld-(bis 31.12.22 Alg II)-Bezuges sei nicht nötig.

Um die Angelegenheit zu bereinigen, muss die KK unverzüglich nach dem Ende des Bürgergeld-(bis 31.12.22 Alg II)-Bezuges der DRV dieses Ende der Pflichtversicherung mitteilen (§ 201 (5) Satz 2 SGB V), damit der Beitragsabzug nicht mehr vorgenommen wird und der/die Rentner*in klar erkennen kann, dass er eben nicht in der KVdR versichert ist. Da das Programm A2LL der Job-Center eine automatische Abmeldung 1 Monat nach dem Ende des Leistungsbezuges vornimmt (nur bei den zugelassenen kommunalen Trägern (zKT) ist das allerdings nicht immer der Fall), könnte die KK dieser Meldepflicht locker innerhalb der 3-Monats-Frist zur Antragstellung freiwillige KV nachkommen.

Insbes. die AOKen tun dies aber nicht. Sie schicken stattdessen direkt nach der Rentenantragstellung Schreiben an ihre Versicherten, dass die VVZ für eine KVdR nicht erfüllt sind und sie sich nach dem Ende ihrer Versicherungspflicht bitte an die AOK wenden mögen, um die Weiterversicherung zu klären. Dieses Schreiben erhalten die Versicherten noch während des Bürgergeld-(bis 31.12.22 Alg II)-Bezuges und legen es deshalb dort vor, was zu keinerlei Handlungen führt, da ja noch die Bürgergeld-(bis 31.12.22 Alg II)-Pflichtversicherung besteht. Mit dem Erhalt des Rentenbescheides und der dort vorgenommenen KVdR-Abzüge gehen die Versicherten (und die Sachbearbeiter*innen der SGB XII-Behörde leider oft auch) davon aus, dass eine KVdR besteht – das damalige Schreiben der AOK lagert (wenn überhaupt) in der Bürgergeld-(bis 31.12.22 Alg II)-Akte.

Nach Monaten, manchmal nach Jahren, bearbeitet die AOK dann die Abmeldung der Pflichtversicherung Bürgergeld (bis 31.12.22 Alg II) und meldet der DRV, dass die VVZ KVdR nicht erfüllt sind. Die Versicherung wird rückwirkend beendet, die DRV schickt den Änderungsbescheid nun ohne KVdR-Abzüge – und erst jetzt merken die Versicherten (und die Sachbearbeiter*innen des SHT), dass keine KVdR besteht. Die letzte Mitgliedschaft war dann die über den Bürgergeld-(bis 31.12.22 Alg II)-Bezug und die Frist zur Antragstellung einer freiwilligen KV ist natürlich längst abgelaufen. Oft ist auch die Jahresfrist zur regulären Wiedereinsetzung in den vorigen Stand gem. § 27 SGB X abgelaufen. Die AOKen lehnen eine freiwillige Versicherung auch bei Widersprüchen ab.

Mit der verspäteten Abmeldung der Pflichtversicherung bei der DRV ist die AOK ihren Meldepflichten gem. § 201 (5) SGB V nicht nachgekommen. Die KK hat dem RV-Träger unverzüglich mitzuteilen, wenn die Versicherungspflicht endet. Die AOK hat somit einen Fehler in der Bearbeitung gemacht – damit geht das Fristversäumnis zur Antragstellung einer freiwilligen Weiterversicherung nicht zu Lasten der Hilfeempfangenden und sie/er kann im Rahmen des sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs die freiwillige KV erwirken (dies insbes. dann, wenn die

Wiedereinsetzung gem. § 27 SGB X an versäumten Fristen scheitert).

Es ist sinnvoll, für den Widerspruch einen Zeitstrahl mit den genauen Daten zu erstellen und dazu die Abmeldedaten vom Job-Center und der DRV konkret erfragen:
Rentenantrag Ende Bürgergeld (bis 31.12.22 Alg II)-Bezug Rentenbescheid
mit Beitragsabzug (KVdR) Abmeldung Job-Center DRV-Änderungsbescheid(e)
Abmeldung KK bei DRV

Die Praxis der AOKen wurde offensichtlich auch schon beim Übergang der alten Alhi zum alten BSHG so gehandhabt. Dazu gibt es ein sehr schönes Urteil des LSG Berlin vom 3.9.03, L 15 KR 31/01²⁸, welches dem Antragsteller trotz des Schreibens, dass seine VVZ für eine KVdR nicht ausreichen, die Wiedereinsetzung in den vorigen Stand und damit eine freiwillige Weiterversicherung einräumt, weil die Mitgliedsverhältnisse nicht erkennbar waren. Vom SG Berlin gibt es ein Urteil vom 18.4.12, welches die AOK Nordost (erneut) dazu verpflichtet, den Antragsteller rückwirkend in die freiwillige KV aufzunehmen (S 28 KR 1521/10²⁹), dazu noch ein Urteil des LSG Berlin-Brandenburg vom 20.11.15 (L 1 KR 311/13³⁰), welches die AOK NO im Rahmen des sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs zur Aufnahme in die freiw. KV verpflichtet. Weiterhin hat das SG Lüneburg am 23.10.14 die AOK Niedersachsen zur Aufnahme in die freiw. KV verpflichtet (S 51 KR 270/12³¹). Diese Entscheidungen wurden nicht veröffentlicht, liegen der Autorin aber vor.

Ich würde daher in jedem Fall Widerspruch erheben und es auch auf eine Klage ankommen lassen. Derartige Fälle habe ich ausschließlich von AOK-Versicherten gehört – andere KKen „vergessen“ auch mal die Abmeldung bei der DRV, nehmen die Versicherten dann aber ohne Widerspruch völlig selbstverständlich rückwirkend in die freiwillige KV auf (und verlangen lediglich die Nachzahlung der Beiträge, die bei einer Erstattung der abgezogenen KVdR-Beiträge dann gerechtfertigt ist).

Aktuell haben die AOKen ihre Schreiben sogar noch erweitert: „Beachten Sie bitte, dass Sie von der AOK xy keine Mitteilung über das Ende Ihrer versicherungspflichtigen Mitgliedschaft erhalten. Nehmen Sie bitte unmittelbar nach Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses oder dem Leistungsbezug durch das **Arbeitsamt** Kontakt mit Ihrer nächsten AOK-Geschäftsstelle auf. Die Anmeldung zur freiwilligen Versicherung muss innerhalb von 3 Monaten nach dem Ende Ihrer derzeitigen versicherungspflichtigen Mitgliedschaft erfolgen“. Es sieht in diesen Fällen so aus, als ob die AOK ihrer Beratungspflicht mit diesen Schreiben ziemlich gut nachkommen würde. Das LSG Saarbrücken hat sich am 18.2.04 aber genau mit diesem Sachverhalt explizit auseinandergesetzt (L 2 KR 27/02³²):

Rz. 24: „ ... wonach Versicherungsträger trotz Nichtvorliegens eines Beratungsbegehrens gehalten sind, Versicherte bei einem konkreten Anlass von sich aus spontan auf klar zu Tage liegende Gestaltungsmöglichkeiten hinzuweisen, die sich offensichtlich als zweckmäßig aufdrängen und die von jedem verständigen Versicherten mutmaßlich genutzt werden. Eine solche Pflicht zur spontanen Beratung der Klägerin über die Möglichkeit und die Modalitäten eines freiwilligen

²⁸ <https://www.sozialgerichtsbarkeit.de/legacy/18058?modul=esgb&id=18058>

²⁹ leider nicht im Internet

³⁰ leider nicht im Internet

³¹ leider nicht im Internet

³² <https://openjur.de/u/57015.html>

Beitritts nach Ende der Pflichtversicherung nach § 9 Abs. 1 Nr. 1, Abs. 2 Nr. 1 SGB V durch die Beklagte war, wie das SG zutreffend entschieden hat, auch in der vorliegenden konkreten Fallgestaltung gegeben.“

Auch in diesem Fall hatte die Krankenkasse der Versicherten bei Rentenantragstellung ein Hinweisschreiben gesandt, dass die Voraussetzungen für die KVdR nicht gegeben seien.

Rz. 28 des o.a. Urteils stellt dann klar, dass ein Hinweis auf die freiwillige Weiterversicherung **nach** dem Ende der bisherigen Pflichtversicherung zu erfolgen hat und nicht ggf. Monate davor:

*„Gerade auch diese Erwägung zeigt, dass die Klägerin **nach Beendigung der Pflichtmitgliedschaft wegen Leitungsbezugs nach dem SGB III** der Beratung durch die Beklagte und des Hinweises auf die Gestaltungsmöglichkeit des freiwilligen Beitritts zur gesetzlichen Krankenversicherung bedurft hätte. Von daher liegt im Falle der Klägerin eine typische Fallgestaltung vor, in der der Senat, in Übereinstimmung mit der Rechtsprechung des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen, eine Pflicht der Krankenkasse zur Spontanberatung bejaht, auch ohne dass ein Beratungersuchen an sie herangetragen wurde und ohne dass eine sonstige gesetzliche oder aus einer Verordnung hergeleitete Verpflichtung zur Beratung bestand.“*

Das LSG Saarbrücken bezieht sich auf das Urteil des LSG Nordrhein-Westfalen, L 5 KR 44/97³³ vom 17.11.98 zum Thema Pflicht zur Spontanberatung der Krankenkassen.

Ansetzen kann man ggf. bei dem „Leistungsbezug durch das Arbeitsamt“: Bei der Klage SG Berlin, S 28 KR 1521/10 (s.o.) hat der Leistungsempfänger keine Leistungen vom Arbeitsamt bezogen, sondern Alg II (seit 1.1.23 Bürgergeld) vom Jobcenter. Vom Arbeitsamt hatte er vor ewigen Jahren mal Alg I bezogen. Er hatte daher gedacht, dass die Hinweise für ihn keine Gültigkeit haben. Die AOK NO hat ihr Schreiben daraufhin nun allerdings verändert auf „Jobcenter“ und fügt dem Schreiben einen Antrag auf freiwillige KV bei mit dem Hinweis, diesen Vordruck innerhalb von 3 Monaten nach dem Ende des Versicherungsschutzes ausgefüllt zurück zu senden. Dieses Schreiben dürfte „wasserdicht“ sein für die AOK.

Ich rate in der Praxis dringend dazu, in allen Fällen, die aus dem SGB II ins SGB XII übergehen, vorsorglich einen Antrag auf freiwillige Versicherung zu stellen. Dazu genügt ein formloser Zweizeiler („ich beantrage die freiwillige Weiterversicherung nach dem Ende meiner Pflichtversicherung“), der tunlichst vorab per Fax mit einem Zugangsnachweis (Sendebericht Fax) an die Kasse geschickt werden sollte. Besteht eine KVdR, wird der Antrag hinfällig; besteht sie nicht, ist die Frist auf jeden Fall gewahrt.

Was passiert mit den von der DRV abgezogenen Beiträgen?

Wenn die KK der DRV dann endlich gemeldet hat, dass keine Pflichtversicherung eintritt, storniert die DRV sowohl den Beitragsanteil, den sie an die KK abgeführt hat als auch den Anteil, den sie von der/dem Versicherten einbehalten hat und

³³ <https://www.sozialgerichtsbarkeit.de/node/157147>

verrechnet beides mit der KK. Dann wird die Rente neu festgesetzt. Der/die Rentner*in hat in diesem Fall einen Anspruch auf eine „ungekürzte“ Rente, da ja die Voraussetzungen für die KVdR nicht vorlagen. Der Erstattungsanspruch muss daher an die DRV gerichtet werden (und nicht an die KK). Es handelt sich nicht um die Rückzahlung von Beiträgen, sondern um die Auszahlung von zu Unrecht einbehaltenen Rentenanteilen.

Beginn der Mitgliedschaft KVdR (§ 186 (9) SGB V) – Tag der Rentenantragstellung

Sowohl gem. § 189 (2) für Rentenantragsteller*innen = „Die Mitgliedschaft beginnt mit dem Tag der Stellung des Rentenanspruchs“ als auch gem. § 186 (9) für die KVdR = „Die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Rentner beginnt mit dem Tag der Stellung des Rentenanspruchs“ beginnt die Mitgliedschaft als Rentenantragsteller*in bzw. als Rentner*in mit dem Tag der Rentenantragstellung.

Die KVdR-Mitgliedschaft beginnt daher immer erst mit dem Tag der Rentenantragstellung (§ 186 (9)). Es kann also passieren, dass rückwirkend zwar die Rente bewilligt wird, die VVZ auch erfüllt sind, die Mitgliedschaft dann – leider – aber erst mit dem Tag der Rentenantragstellung beginnt. Wenn Beiträge zur KVdR dann vom RV-Träger für den Zeitraum zwischen dem Beginn der Rentenzahlung und dem Tag der Rentenantragstellung (und damit dem Beginn der KVdR-Mitgliedschaft) zu Unrecht abgezogen wurden, müssen diese erstattet werden. Genauso muss dann aber für die Lücke zwischen dem Ende der bisherigen Mitgliedschaft und dem Tag der Rentenantragstellung eine freiwillige KV beantragt werden, die natürlich beitragspflichtig ist.

GR 24.10.19, A I 3.2:

„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 (A I 3.7.3),
- Wiedergewährung einer Waisenrente (A I 3.7.4) und
- Vorschuss für das sog. **Sterbevierteljahr** von Witwen und Witwern (§ 115 Absatz 2 SGB VI)

anzusehen.“

DRV-Website zum Sterbevierteljahr:

„„Sterbevierteljahr“ nennt man die drei Monate, die auf den Sterbemonat folgen. In dieser Zeit erhalten Sie die Witwen- oder Witwerrente in voller Höhe des Rentenanspruchs Ihres verstorbenen Ehepartners/Lebenspartners oder Ihrer verstorbenen Ehepartnerin/Lebenspartnerin. In dieser Zeit wird Ihr eigenes Einkommen nicht angerechnet. Mit dieser Leistung unterstützen wir Sie dabei, sich nach dem Tod Ihres Ehepartners/Lebenspartners oder Ihrer Ehepartnerin/Lebenspartnerin auf die veränderten Lebensverhältnisse einzustellen.“

Die DRV teilt der KK den Tag der Rentenantragstellung mit. Das ist i.d.R. der Tag des Eingangs des Formantrages; insbes. seit Corona auch der Tag der telefonischen Antragsaufnahme.

Geht der Formantrag oder auch ein schriftlicher formloser Antrag bei der DRV ein, lässt sich der Tag der Rentenantragstellung problemlos festlegen.

Ein EA vom SHT gem. § 95 SGB XII wird von der DRV im Regelfall nicht als Tag der Rentenantragstellung an die KK weiter gegeben, sondern die DRV muss in diesen Fällen explizit darauf hingewiesen werden, was manchmal nicht so einfach ist. Auch ein EA des SHT gem. § 95 SGB XII oder analog auch des JHT gem. § 97 SGB VIII (mit dem Zusatz „Gilt als Antrag im berechtigten Interesse“) ist als Rentenantrag zu bewerten. Das steht zumindest für einen EA gem. § 95 SGB XII explizit in den **GRA (Gemeinsamen Rechtlichen Anweisungen) der DRV** unter 3.2³⁴:

„3.2 Rentenantrag

Die Versicherungspflicht in der KVdR setzt voraus, dass die Rente beantragt ist oder - im Falle der Umdeutung eines Antrags auf Leistungen zur Teilhabe in einen Rentenantrag - als beantragt gilt. In welcher Form der Rentenantrag gestellt wird, ist unbeachtlich.

Als Rentenantrag ist auch der Antrag auf Witwen- oder Witwerrentenvorschuss nach § 115 Abs. 2 SGB VI anzusehen.

Auch ein vom Träger der Sozialhilfe nach § 95 SGB XII oder vom Träger der Grundsicherung nach § 5 Abs. 3 SGB II gestellter Antrag auf Feststellung einer Rentenleistung erfüllt das Erfordernis der Antragstellung.

Der Zeitpunkt der Antragstellung beeinflusst den Beginn der KVdR-Mitgliedschaft (siehe Abschnitt 7.1).“

„6.1 Beginn der Mitgliedschaft als Rentenantragsteller

Die Rentenantragstellermitgliedschaft beginnt mit dem Tag der Stellung des Rentenantrages (§ 189 Abs. 2 S. 1 SGB V). Dies gilt zum Beispiel auch für einen mündlich gestellten Rentenantrag. Auch der Antrag von Witwen und Witwern auf das sogenannte „Sterbevierteljahr“ bei der Deutschen Post AG, Niederlassung Renten Service gilt als Rentenantragstellung nach § 115 Abs. 2 SGB VI.“

„7.1 Beginn der Mitgliedschaft in der KVdR

Die Mitgliedschaft in der KVdR beginnt nach § 186 Abs. 9, 10 SGB V mit dem Tag der Stellung des Rentenantrages. Das gilt auch dann, wenn die Rente erst nach dem Rentenbeginn beantragt wird.

Unbeachtlich ist es, in welcher Form der Rentenantrag gestellt wird. Als Tag der Rentenantragstellung ist auch der Antrag von Witwen und Witwern auf das sogenannte „Sterbevierteljahr“ bei der Deutschen Post AG, Niederlassung Renten Service anzusehen (§ 115 Abs. 2 SGB VI).“

Die KK übernimmt immer von der DRV den Tag der Rentenantragstellung.

Man erkennt am Rentenbescheid nicht sicher, ob eine KVdR-Mitgliedschaft besteht: Werden dort Beiträge zur KV abgezogen, gibt es oft eine KVdR (aber eben nicht immer); werden dort Zuschüsse zur KV gewährt oder ist zum Thema KV gar nichts ausgewiesen, gibt es keine KVdR. Der Beitragsabzug ist allerdings nur dann ein verlässlicher Hinweis auf die KVdR, wenn alle beteiligten Stellen (KK, Jobcenter,

³⁴ https://rvrecht.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/rvRecht/01_GRA_SGB/05_SGB_V/gra_sgb005_p_0005.html#doc1574430bodyText6

SGB III-Behörde, AG) sich korrekt verhalten haben (zeitnahe Abmeldungen gem. §§ 198 – 203a SGB V). Ist dies nicht der Fall, werden häufig Beiträge abgezogen, obwohl kein Anspruch auf KVdR besteht, da bei Rentenantragstellung „irgendeine“ Pflichtversicherung vorlag. Daher sollte entweder eine konkrete Bescheinigung der KK eingeholt werden, dass Anspruch auf KVdR besteht oder zur Fristwahrung vorsichtshalber ein Antrag auf eine freiwillige Weiterversicherung gestellt werden.

Sonderfall 1: Es besteht eine Auffang-Pflichtversicherung gem. § 5 (1) Nr. 13 SGB V; dann werden Beiträge zu dieser Pflichtversicherung abgezogen und es sieht so aus, als ob es eine KVdR gäbe. Bei Renten unterhalb der Mindestbemessung (in 2023 sind das 1.131,67 €) muss dann an die KK ein Auffüllbeitrag gezahlt werden.

Sonderfall 2: Die „KVdR-Falle“. Es werden Beiträge abgezogen, obwohl gar keine Mitgliedschaft besteht. S. dazu weiter unten im Abschnitt „Die KVdR-Falle“.

Eine KVdR-Mitgliedschaft tritt auch dann ein, wenn lediglich ein Anspruch auf die Rente besteht, diese aber tatsächlich nicht ausgezahlt wird. Dies geht aus dem GR vom 24.19.19, A I 3.1 S. 21 eindeutig hervor: „Für das Bestehen von Versicherungspflicht in der KVdR 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 Rente in voller Höhe verzichtet.“

Beitragspflicht in der KVdR (§§ 242, 247, 249a, 255 SGB V)

Mit Beginn der Mitgliedschaft in der KVdR beginnt auch die Beitragspflicht.

Die **Tragung** der Rente ist im § 249a SGB V geregelt:

„1Versicherungspflichtige, die eine Rente nach § 228 Absatz 1 Satz 1 beziehen, und die Träger der Rentenversicherung tragen die nach der Rente zu bemessenden Beiträge jeweils zur Hälfte. 2Bei Versicherungspflichtigen, die eine für sie nach § 237 Satz 2 beitragsfreie Waisenrente nach § 48 des Sechsten Buches beziehen, trägt der Träger der Rentenversicherung die Hälfte der nach dieser Rente zu bemessenden Beiträge, wie er sie ohne die Beitragsfreiheit zu tragen hätte. 3Die Beiträge aus ausländischen Renten nach § 228 Absatz 1 Satz 2 tragen die Rentner allein.“

Die DRV zieht die von den Rentner*innen zu tragenden Beiträge (das ist die Hälfte der anfallenden Beiträge) zur KV, PV und den Zusatzbeitrag von der Rente ab und überweist den KV-Betrag an den Gesundheitsfonds (Zahlung der Rente, § 255 SGB V), der die Beiträge dann über einen bestimmten Schlüssel an die KVen weiterleitet. Der Beitrag zur PV wird direkt an die Pflegekasse überwiesen.

Die Höhe der Beiträge zur Krankenversicherung errechnet sich aus dem allgemeinen Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung von derzeit (2023) 14,6 Prozent (§ 247 SGB V i.V.m. § 242 SGB V) und dem Rentenbetrag. Die DRV überweist daher den doppelten Betrag zur KV, der den Rentner*innen von der Rente abgezogen wird, an den Gesundheitsfonds. Der hälftige Anteil, den die DRV „dazu gibt“, ist aus dem Rentenbescheid nicht ersichtlich.

Für Zeiten bis zum 31.3.2004 wurden die aus der Rente zu zahlenden **Pflegeversicherungsbeiträge** je zur Hälfte von den Rentner*innen und vom Rentenversicherungsträger getragen; seit dem 1.4.2004 müssen die Rentner*innen für diese Beiträge allein aufkommen. Auch der bis dahin zur Rente gezahlte Zuschuss zur Pflegeversicherung ist seit dem 1.4.2004 entfallen.

Bis zum 31.12.18 mussten Rentner*innen den **Zusatzbeitrag** (§ 242 SGB V) alleine tragen; seit dem 1.1.19 wird auch der Zusatzbeitrag hälftig von den Rentner*innen und von der DRV getragen (paritätische Beitragszahlung).

KV-Beiträge aus **Betriebsrenten oder Versorgungsbezügen sowie aus ausländischen Renten** müssen Rentner*innen alleine tragen und zahlen (§ 249a Satz 3 SGB V) und erhalten hierüber einen gesonderten Beitragsbescheid der KK.

Hinsichtlich der **Beitragstragung und –zahlung für die Pflegeversicherung** greifen die §§ 58-60 SGB XI.

Beitragspflicht, wenn die KVdR rückwirkend eingetragen wird

Wird eine KVdR von der KK rückwirkend eingetragen, erfolgt für den rückliegenden Zeitraum von der KK eine Meldung an die DRV und diese erhebt dann die Beitragseinbehalte rückwirkend. Dabei sind von der DRV Verjährungsfristen zu beachten (§ 24 SGB IV) und es darf keine Aufrechnung mit der Rente bei Hilfebedürftigkeit erfolgen (§ 51 SGB I).

Wurden aber vom Versicherten keine Leistungen in Anspruch genommen, weil er/sie keine Kenntnis von seiner/ihrer Pflichtversicherung hatte, darf die KK für die rückliegenden Zeiträume auch keine Beiträge erheben (BSG 12 RK 52/90³⁵ vom 4.6.91):

„Der Kläger hat für die Zeit vor dem 1. November 1985 keinen Eigenanteil an den Beiträgen zu entrichten, und die Beigeladene darf daher einen solchen auch nicht von seiner Rente einbehalten. Der erkennende Senat hat schon mit Urteil vom 17. Dezember 1980 (BSGE 51, 89, 97/98 = SozR 2200 § 381 Nr 44 mit Hinweisen auf frühere Rechtsprechung) entschieden, **daß eine Krankenkasse für die zurückliegende Zeit keine Beiträge fordern kann, wenn der Versicherte über seine mit dem Rentenantrag eingetretene Pflichtmitgliedschaft nicht ausreichend aufgeklärt war und deshalb ihm zustehende Leistungen nicht in Anspruch genommen hat.**“

Ende der KVdR (§ 190 (11) SGB V)

Gem. § 190 (11) SGB V endet die KVdR 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. Bei Gewährung einer Rente für zurückliegende Zeiträume endet die KVdR mit Ablauf des Monats, in dem die Entscheidung unanfechtbar wird.

³⁵ https://www.prinz.law/urteile/bundessozialgericht/BSG_Az_12-RK-52-90--1990-11-30

Wohnsitzverlegung ins Ausland

Bei Wohnsitzverlegung in das EU-/EWR-Ausland endet die KVdR nicht; eine KVdR ist „exportierbar“. Wird allerdings im EU-/EWR-Staat eine Pflichtversicherung in der dortigen gesetzlichen KV begründet (z.B. Aufnahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung, Bezug einer Rente nach dem dortigen Recht), verdrängt diese Pflichtversicherung die deutsche KVdR (GR vom 24.10.19, A I 4.7 S. 48-49). Entsteht im EU-/EWR-Land keine Pflichtversicherung nach dortigem Recht, bleibt die KVdR erhalten, es werden auch weiterhin Beiträge abgezogen und im EU-/EWR-Staat besteht Anspruch auf Durchführung der deutschen Mitgliedschaft (= Sachleistungsaushilfe) durch eine gesetzliche KK des jeweiligen Landes.

Wird der Wohnsitz in ein Nicht-EU-/EWR-Land verlegt, so endet die KVdR, da der Wohnsitz bzw. gA nicht mehr in Deutschland besteht (§ 3 (1), § 6 SGB IV und § 30 SGB I (Territorialitätsprinzip) i.V.m. VO-EG 883/2004 (seit 1.5.10, bis 30.4.10: EWG-VO Nr. 1408/71), GR 24.10.19, A I 4.7).

Wohnsitzverlegung in ein Land mit SV-Abkommen (Abkommensstaat), GR 24.10.19, A I 4.7:

Bei gewöhnlichem Aufenthalt in Bosnien-Herzegowina, Kosovo, Nordmazedonien (bis 11.2.19 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 nach § 5 Absatz 1 Nr. 11 bzw. 11a SGB V (bei Waisenrentner*innen die Voraussetzungen nach § 5 Abs. 1 Nr. 11b Buchstabe a SGB V) erfüllt ist **und allein eine deutsche Rente bezogen wird**.

Nach den Abkommen mit Nordmazedonien (bis 11.2.19 Mazedonien) und der Türkei kommt die KVdR in Deutschland jedoch nicht zustande, wenn die betreffende Person wegen Ausübung einer Beschäftigung nach den dortigen Rechtsvorschriften für den Fall der Krankheit oder Mutterschaft versichert ist. Bei den Staaten Bosnien-Herzegowina, Kosovo, Montenegro, Serbien und Tunesien ist in diesem Zusammenhang lediglich entscheidend, ob nach dem Recht des Wohnstaats überhaupt ein solcher Leistungsanspruch besteht.

Für eine in einem der vorgenannten Abkommensstaaten wohnende Person, die eine Rente aus diesem Staat und eine deutsche Rente bezieht bzw. beanspruchen kann, gelten immer die Rechtsvorschriften des Wohnstaats. Sollte in einem solchen Fall keine Krankenversicherung aufgrund der ausländischen Rente bestehen, wird die Person dennoch nicht aufgrund des Anspruchs auf eine deutsche Rente dem deutschen Recht unterstellt und in der KVdR versichert; in diesem Fall besteht kein Anspruch auf Leistungen oder Sachleistungsaushilfe im Wohnstaat.

Rückkehr nach Deutschland

Erfolgt eine Rückkehr nach Deutschland mit Verlegung des Wohnsitzes bzw. des gA, so lebt die KVdR sofort wieder auf, wenn sie vor der Wohnsitzverlegung ins Ausland bestanden hat und während dieses Aufenthaltes unterbrochen war. Für die Feststellung einer KVdR sind immer die Rechtsvorschriften maßgebend, die zum Zeitpunkt der Rentenantragstellung gegolten haben. Es kann ja durchaus

vorkommen, dass sofort mit Rentenbewilligung oder lange vor dem Rentenfall der Wohnsitz verlegt wurde und daher von Anfang an keine KVdR eingetreten ist. Dann entsteht bei Rückkehr nach Deutschland eine KVdR, wenn die Voraussetzungen für diese bei Rentenantragstellung grundsätzlich erfüllt waren, die KVdR aber deshalb nicht zum Tragen kam, weil der Wohnsitz bzw. gA im Ausland war (GR vom 24.10.19, A I 4.8, S. 49).

Hinterbliebenenrenten für Kinder (§ 48 SGB VI), auch für Pflegekinder

Eine Halbwaisenrente bekommen Kinder, wenn noch ein unterhaltspflichtiger Elternteil lebt, eine Vollwaisenrente, wenn kein unterhaltspflichtiger Elternteil mehr lebt. Die Halbwaisenrente beträgt 10%, die Vollwaisenrente 20% der Versichertenrente, auf die der/die Verstorbene Anspruch gehabt hätte oder bereits bezogen hat. Zur Waisenrente wird zusätzlich ein Zuschlag gezahlt, der sich nach den zurückgelegten rentenrechtlichen Zeiten des verstorbenen Elternteils bzw. der Eltern richtet. Ist das Kind nach seinem 18. Geburtstag noch in Ausbildung, kann es – bei andauernder Ausbildung – bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres Waisenrente beziehen.

Gem. § 48 (3) SGB VI haben u.a. auch **Pflegekinder** Anspruch auf eine Waisenrente:

(3) Als Kinder werden auch berücksichtigt:

- 1. Stiefkinder und Pflegekinder (§ 56 Abs. 2 Nr. 1 und 2 Erstes Buch), die in den Haushalt des Verstorbenen aufgenommen waren,*
- 2. Enkel und Geschwister, die in den Haushalt des Verstorbenen aufgenommen waren oder von ihm überwiegend unterhalten wurden.*

Der Anspruch eines Pflegekindes bleibt auch dann bestehen, wenn das Kind später in eine neue Pflegefamilie wechselt (SG Magdeburg, S 14 VE 24/11 vom 27. Juni 2013³⁶). Nach Auffassung des Sozialgerichts kommt es für den Anspruch auf Halbwaisenrente lediglich auf die Beziehung zwischen dem Verstorbenen und dem Pflegekind an. Es sei unerheblich, ob das Pflegeverhältnis in dessen Familie fortgesetzt werde. Ein gemeinsamer Haushalt habe aufgrund seines Todes (Anm. d. Verf.: Hier verstarb der Pflegevater) auch gar nicht mehr bestehen können.

Versicherungspflicht bei Bezug von Waisenrenten (§ 5 (1) Nr. 11b SGB V)

Durch das Gesetz sog. "eHealth-Gesetz" (Begründung der Regelung in der BT-Drs. 18/6905³⁷ S. 74 ff.) wurde seit 1.1.2017 für Waisenrentenbezieher, die eine Rente gem. § 48 SGB VI beziehen, ein eigener Versicherungspflichttatbestand in der gesetzlichen Krankenversicherung eingeführt (§ 5 (1) Satz 1 Nr. 11b Buchst. a) SGB V), der unter bestimmten Bedingungen auch bei entsprechenden Leistungen einer berufsständischen Versorgungseinrichtung (z.B. Ärzte- bzw. Zahnärzterversorgungswerk oder Architektenversorgungswerk (§ 5 (1) Satz 1 Nr. 11b Buchst. b) SGB V) greift. Die bisherige KVdR (mit den entsprechenden Voraussetzungen) gem. § 5 (1) Nr. 11 SGB V gibt es bei Waisenrenten daher seit dem 1.1.2017 nicht mehr.

³⁶ <https://www.sozialgerichtsbarkeit.de/legacy/163584?modul=esgb&id=163584>

³⁷ <https://dserver.bundestag.de/btd/18/069/1806905.pdf>

Das RS 2016/243 vom 19.05.2016³⁸ des GKV-Spitzenverbandes befasst sich ausführlich mit der Thematik. Ebenso finden sich Ausführungen im GR vom 24.10.19, A I 3.5 bis A I 3.5.3.

Voraussetzung für die Versicherungspflicht

Versicherungspflichtig werden alle Waisenrentner*innen, die einer Rente gem. § 48 SGB VI beziehen, mit Ausnahme der Personen, die zuletzt vor der Stellung des Rentenantrags (und zuletzt bedeutet auch bei Rentenantragstellung) privat krankenversichert waren. Ausnahme: Sie erfüllen die Voraussetzungen für eine Familienversicherung (mit Ausnahme des § 10 (1) Satz 1 Nummer 2 SGB V) oder die Voraussetzungen der Nummer 11 (also die VVZ für die bisherige KVdR, die entweder vom Verstorbenen oder vom Hinterbliebenen erfüllt werden können). Dann greift die neue Versicherungspflicht auch bei (zuletzt) privat Versicherten.

Beitragsfreiheit (§ 225 Satz 1 Nr. 2 und § 237 Satz 2 SGB V seit 1.1.2017)

Bei Eintritt der Versicherungspflicht als Waisenrentner*in besteht **Beitragsfreiheit** für die Waisenrente längstens bis zum Erreichen der für die Familienversicherung maßgebenden Altersgrenzen (§ 225 Satz 1 Nummer 2 SGB V für Rentenantragsteller*innen und § 237 SGB V bei Rentenbezug). Dadurch sind keine Beiträge zur KV (einschl. des Zusatzbeitrages) sowie zur PV aus der Rente zu entrichten. Der Rentenversicherungsträger führt hingegen seinen Beitragsanteil ab (§ 249a SGB V). Die Rentenversicherungsträger haben die betroffenen Rentenzahlungen von Amts wegen aufgegriffen und zum 1. Januar 2017 neu berechnet. Voraussetzung ist aber, dass die Rente vor Vollendung des 18. Lebensjahres beantragt wurde.

Da § 5 (11) Nr. 11b SGB V einen eigenen, neuen Versicherungspflichttatbestand für Waisenrentner*innen darstellt, ist es fraglich, ob die Regelung im § 225 Satz 1 Nr. 3 SGB V weiterhin auch bei Waisenrenten greift:

„1Beitragsfrei ist ein Rentenantragsteller bis zum Beginn der Rente, wenn er

...

3. ohne die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 oder 12 nach § 10 dieses Buches oder nach § 7 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte versichert wäre.“

Die neue Regelung gilt für Waisenrentner*innen, die schon bislang in der GKV (KVdR, sonst. Pflichtversicherung, familienversichert oder freiwillig) versichert waren. Es kommt nicht mehr auf VVZ an und es spielt auch keine Rolle, ob eine Familienversicherung tatsächlich durchgeführt werden könnte oder nicht. Die Beitragsfreiheit besteht daher unabhängig davon, ob der überlebende Elternteil, die Großeltern oder die Pflegeeltern gesetzlich krankenversichert sind oder nicht und ob das Gesamteinkommen des/der Waisenrentenbeziehenden, ggf. unter Berücksichtigung von weiteren Einnahmearten, die Einkommensgrenze der Familienversicherung nach § 10 (1) Satz 1 Nr. 5 SGB V überschreitet. Die Beitragsfreiheit greift daher auch bei Vollwaisenrenten oder wenn die Rente die Einkommensgrenze für die Familienversicherung übersteigen sollte. Zuständig für die Prüfung der Versicherungspflicht ist die Kasse, bei der am 1.1.2017 ein

³⁸ https://www.vdek.com/vertragspartner/mitgliedschaftsrecht_beitragsrecht/krankenversicherung-rentner-versorgungsbeuege-einkommen-renten/_jcr_content/par/download_2/file.res/BE%20vom%2001.03.2016.pdf

Versicherungsverhältnis besteht.

Die Altersgrenzen entsprechen den Grenzen im § 10 (2) SGB V: I.d.R. bis zum 23. Lebensjahr und bei Ausbildung bis zum 25. Lebensjahr (evtl. noch verlängert um Zeiten eines Wehr- oder Freiwilligendienstes). Besondere Regelungen gelten für Menschen mit Behinderungen, die außerstande sind, sich selbst zu unterhalten (§ 10 (2) Nr. 4 SGB V).

Ausführungen dazu im GR vom 24.10.19 unter A VIII 3.1.2.2.

Beitragsfreiheit bei parallelen weiteren Pflichtversicherungen?

Die **Beitragsfreiheit kommt nicht zum Tragen**, wenn für die Waise eine vorrangige Versicherungspflicht nach anderen Vorschriften besteht: Pflichtversicherung über eine Beschäftigung (§ 5 (1) Nr. 2 SGB V), Alg I (§ 5 (1) Nr. 2 SGB V), Bürgergeld (bis 31.12.22 Alg II, § 5 (1) Nr. 2a SGB V), in der LKK (§ 5 (1) Nr. 3 SGB V) in der KSK (§ 5 (1) Nr. 4 SGB V), in der Berufsvorbereitung in einer Jugendhilfeeinrichtung (§ 5 (1) Nr. 5 SGB V) oder in einer WfbM (§ 5 (1) Nr. 6-8 SGB V). In diesen Fällen bleibt die Rente eine beitragspflichtige Einnahme, für die Beiträge zu entrichten sind.

Die **Beitragsfreiheit kommt zum Tragen** bei Vorliegen einer Pflichtversicherung als Student*in (§ 5 (1) Nr. 9 SGB V), Praktikant*in und im 2. Bildungsweg (§ 5 (1) Nr. 10 SGB V). In diesen Fällen sind keine Beiträge zu zahlen. Nach Erreichen der Altersgrenze wird dann die Pflichtversicherung als Student*in, Praktikant*in oder im 2. Bildungsweg vorrangig. Da es die ursprüngliche KVdR für Waisenrentner*innen seit dem 1.1.2017 so nicht mehr gibt, würde sie auch bei Vorliegen der bisherigen KVdR-Voraussetzungen nach Erreichen der Altersgrenze nicht mehr greifen. Es sind dann die Pflichtbeiträge als Student*in, Praktikant*in oder im 2. Bildungsweg zu zahlen.

Befreiung von der Versicherungspflicht (§ 8 (1) Nr. 4 SGB V)

Eine **Befreiung von der Versicherungspflicht** gem. § 8 (1) Nr. 4 SGB V ist möglich. Allein der Wechsel von der Versicherungspflicht nach § 5 (1) Nr. 11 SGB V in die Versicherungspflicht nach § 5 (1) Nr. 11b Buchstabe a) SGB V zum 1. Januar 2017 bei durchgehend bestehendem Rentenanspruch berechtigt aber nicht zur Befreiung von der Versicherungspflicht auf Antrag. Im umgekehrten Fall, bei dem die Person sich von der Versicherungspflicht nach § 5 (1) Nr. 11 SGB V hat befreien lassen, wirkt diese Befreiung auch auf die Versicherungspflicht nach § 5 (1) Nr. 11b Buchstabe a) SGB V.

Waren wiederum aufgrund des Antrages auf die Waisenrente die VVZ für die Versicherungspflicht nach § 5 (1) Nr. 11 SGB V nicht erfüllt und tritt am 1. Januar 2017 Versicherungspflicht nach § 5 (1) Nr. 11b Buchstabe a) SGB V ein, besteht unter den Voraussetzungen des § 8 (1) Nr. 4 und Abs. 2 SGB V ein Recht auf Befreiung von der Versicherungspflicht.

Versicherungspflicht auch für privat versicherte Waisenrentner*innen?

Auch **bisher privat versicherte** Waisenrentner*innen, die alternativ über den verbliebenen Elternteil, über Großeltern oder Pflegeeltern in der GKV

familienversichert sein könnten, können von der neuen Versicherungspflicht profitieren. War die Waise am Tag der Rentenanspruchstellung privat krankenversichert (ohne die Vorversicherungszeit für die KVdR erfüllt zu haben), bedarf es einer näheren Prüfung, ob an diesem Tag der Tatbestand der Versicherungspflicht nach § 5 (1) Nr. 11b Buchstabe a) SGB V erfüllt gewesen wäre. Als einzige noch zu prüfende Option ist die Feststellung notwendig, ob am Tag der Rentenanspruchstellung die Voraussetzungen für eine Familienversicherung erfüllt waren. Hierbei ist auf die rechtlichen Verhältnisse am Tag der Rentenanspruchstellung abzustellen. Eventuelle in der Zwischenzeit seit der Rentenanspruchstellung bis zum 31. Dezember 2016 eingetretene Veränderungen im Versicherungsstatus wirken sich bei dieser Prüfung nicht aus.

Ausführungen dazu im GR vom 24.10.19, A I 3.5.2.1 bis 3.5.2.3.

Die Waise muss sich an eine gesetzliche Kasse wenden, damit von dort eine Prüfung der Versicherungspflicht erfolgt. Sinnvollerweise sollte das die Kasse sein, bei der zuletzt vor der Rentenanspruchstellung eine Versicherung erfolgte, da dort vermutlich bereits die Daten der damaligen Versicherung vorliegen. Es kann aber jede gesetzliche Kasse gewählt werden. Die RV-Träger sollten entsprechende Mitteilungen verschicken.

Die Mitgliedschaft in der GKV gem. § 5 (1) Nr. 11b SGB V beginnt bei Vorliegen der Voraussetzungen ab dem 1.1.2017 (GR 24.10.19, A I 3.5.3).

Versicherungspflicht auch für unversicherte Waisenrentner*innen?

Die neue Versicherungspflicht greift u.U. auch bei Personen, die **nicht gesetzlich oder privat versichert sind, sondern gem. § 264 SGB V versorgt werden** (bzw. in Ausnahmefällen originäre Krankenhilfe erhalten). Auch hier sind bei der Prüfung die Verhältnisse zum Zeitpunkt der Rentenanspruchstellung maßgeblich. Bestand bei Rentenanspruchstellung (oder zuletzt vor der Rentenanspruchstellung) eine gesetzliche Versicherung, greift die neue Versicherungspflicht. Die Zeit der Absicherung für den Krankheitsfall in einem besonderen Sicherungssystem in Deutschland (z. B. Übernahme der Krankenbehandlung nach § 264 Abs. 1 oder 2 SGB V) oder einer Versicherung im Ausland außerhalb der EU, des EWR oder der Schweiz wird bei dieser Betrachtung ausgeblendet.

Die Mitgliedschaft in der GKV gem. § 5 (1) Nr. 11b SGB V beginnt bei Vorliegen der Voraussetzungen ab dem 1.1.2017 (GR 24.10.19, A I 3.5.3).

Von der neuen Versicherungspflicht als Waisenrentner*in sollen diejenigen Waisenrentner*innen nicht erfasst werden, die keinen ausreichenden Bezug zur GKV haben (vgl. Bundestagsdrucksache 18/6905³⁹, zu Artikel 1a Nummer 1 Buchstabe a, Seite 83). Waisen, die zuletzt vor der Stellung des Rentenanspruchs in der privaten Krankenversicherung versichert waren, werden daher von der neuen Versicherungspflicht nicht erfasst, es sei denn, sie haben doch einen ausreichenden Bezug zur GKV durch die Erfüllung der Vorversicherungszeit oder eine potenzielle Familienversicherung.

³⁹ <https://dserver.bundestag.de/btd/18/069/1806905.pdf>

Arbeitsmarktrenten

Seit einiger Zeit werden von der DRV sog. **Arbeitsmarktrenten** bewilligt. Bezieher*innen von Arbeitsmarktrenten erhalten eine volle EM-Rente, sind jedoch in der Lage, täglich zwischen 3 und 6 Stunden erwerbstätig zu sein. Da nach den Feststellungen des RV-Trägers der Arbeitsmarkt für diesen Personenkreis jedoch verschlossen ist, erhalten sie diese Rentenleistung. Aufgrund der grundsätzlichen Erwerbsfähigkeit von 3-6 Stunden täglich sind diese Personen erwerbsfähig i.S.d. § 8 SGB II und können daher Bürgergeld (bis 31.12.22 Alg II) erhalten (s. dazu auch die fachlichen Weisungen der BA zum § 8 SGB II, Rz. 8.5⁴⁰). Ob es sich im Einzelfall um eine sog. Arbeitsmarktrente handelt, kann nur aus dem Erstbescheid des RV-Trägers entnommen werden. Dort findet man auf der 2. Seite des Rentenbescheides einen Hinweis:

Sie haben Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung auf Zeit. Der Rentenanspruch ist zeitlich begrenzt, weil die volle Erwerbsminderung nicht ausschließlich auf Ihrem Gesundheitszustand, sondern auch auf den Verhältnissen des Arbeitsmarktes beruht.

Allerdings taucht dieser Hinweis nur auf den Bescheiden auf, die an den Versicherten gehen, nicht aber auf den Durchschriften für die SGB II- oder SGB XII-Behörde bei Erstattungsansprüchen!

In der Praxis sind auch Fälle vorgekommen, denen eine volle unbefristete Erwerbsunfähigkeitsrente (altes Rentenrecht) aufgrund der Verschlossenheit des Arbeitsmarktes gewährt wurde.

Die Leistungsbezieher*innen von Arbeitsmarktrenten sind „**dauerhaft teilweise erwerbsgemindert**“. Normalerweise bekommt man bei einer teilweisen Erwerbsminderung nur die Hälfte der Rente. Aufgrund der Verschlossenheit des Arbeitsmarktes werden diese Leistungsbezieher*innen aber mit der „**vollen**“ **Erwerbsminderungsrente** belohnt, die dann allerdings nur befristet ist.

Die Berechnung der KVdR erfolgt bei Arbeitsmarktrenten in gleicher Form wie bei allen anderen Renten der DRV!

Renten gem. Bundesversorgungsgesetz (BVG)

Renten nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) führen niemals zu einer KVdR, da nur Renten nach dem SGB VI zu einer KVdR führen können!

Renten nach dem BVG sind sog. Versorgungsbezüge und lösen keine Mitgliedschaft in der GKV aus. Gem. § 10 BVG besteht aber Anspruch auf Heil- oder Krankenbehandlung und zwar sowohl für die Behandlungen der Schädigung als auch für „normale“ Krankenbehandlung. Die Krankenbehandlung wird gem. § 264 (1) SGB V von einer gesetzlichen KK übernommen. Die Anspruchsberechtigten erhalten Versichertenkarten, aus denen lediglich aus der Ziffer 6 im Feld Status (sichtbar nur bei Einlesen der Karte) ersichtlich ist, dass es sich um eine Versorgung nach dem BVG handelt.

Diese Versorgung schließt den Eintritt einer „regulären“ GKV-Mitgliedschaft nicht aus

⁴⁰ https://www.arbeitsagentur.de/datei/dok_ba035535.pdf

(§ 18c BVG). Die KK muss dann alle Behandlungen aus dieser Mitgliedschaft übernehmen und hat die Möglichkeit, sich die Behandlungen aufgrund der Schädigung gem. § 19 bzw. 20 BVG bei dem Leistungserbringer der Versorgungsbezüge (meist Landesamt für Soziales und Versorgung) erstatten zu lassen.

Renten aus einer betrieblichen Altersversorgung (Betriebsrenten)

Regelungen in „Grundsätzliche Hinweise zu den versicherungs-, beitrags- und melderechtlichen Regelungen für Versorgungsbezüge, Arbeitseinkommen und gesetzliche Renten aus dem Ausland bei Versicherungspflichtigen.“⁴¹

Auch Betriebsrenten führen niemals zu einer KVdR, da nur Renten nach dem SGB VI zu einer KVdR führen können!

Welche Renten fallen unter den Begriff „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. Das Betriebsrentenrecht (Gesetz zur Verbesserung der betrieblichen Altersversorgung - BetrAVG) sieht für die betriebliche Altersvorsorge die folgenden Durchführungswege vor:

- Pensionszusage bzw. Direktzusage (§ 1 Abs. 1 Satz 2 BetrAVG)
- Direktversicherung (§ 1b Abs. 2 BetrAVG),
- Pensionskasse (§ 1b Abs. 3 BetrAVG),
- Pensionsfonds (§ 1b Abs. 3 BetrAVG) und
- Unterstützungskasse (§ 1b Abs. 4 BetrAVG).

ausländische Renten (§ 128 SGB VI)

Regelungen zur Beitragspflicht in Deutschland in „Grundsätzliche Hinweise zu den versicherungs-, beitrags- und melderechtlichen Regelungen für Versorgungsbezüge, Arbeitseinkommen und gesetzliche Renten aus dem Ausland bei Versicherungspflichtigen“⁴².

Ein aktueller Überblick über die Voraussetzungen einer Rente in den EU-Ländern lässt sich im Internet über den Sozialkompass EU⁴³ finden. Dort weiter zur Länder- und Themenauswahl, Auswahl: "Alter" sowie das jeweilige Land auswählen.

Ferner wird in der Anlage 2 eine Übersicht der Voraussetzungen für Altersrenten aus dem Sozialkompass zur Verfügung gestellt.

Für alle EU/EWR-Länder, der Schweiz und für alle Länder mit RV-Abkommen gibt es in Deutschland eine für diese ausländischen Renten zuständige Stellen der DRV. Jedes Vertragsland (und leider nur die Vertragsländer) wurde konkret einer DRV zugeordnet. Für polnische Renten ist z.B. die DRV Berlin-Brandenburg zuständig, für tschechische Renten die DRV Bayern Süd. Die Zuordnungen findet man im § 128

⁴¹ https://www.informationsportal.de/wp-content/uploads/document__4333__RS-2022-452.pdf

⁴² https://www.informationsportal.de/wp-content/uploads/document__4333__RS-2022-452.pdf

⁴³ <http://www.sozialkompass.eu/> Datenbank

SGB VI.

Da dort nur die EU-Länder aufgeführt sind, gibt es auf der Website der DRV eine Übersicht alle Zuständigkeiten⁴⁴, auch z.B. für USA, Chile, Japan etc. Die Stellen heißen „Verbindungsstellen“. Ebenso finden sich auf dieser Website (weiter runterscrollen) die Anschriften der jeweiligen RV-Träger in den Abkommensstaaten.

Renten aus EU-Ländern oder aus Abkommensstaaten führen nicht zu einer KVdR in Deutschland. Im Rentenland entsteht aber durch die Rente eine Krankenversicherung. Besteht nun für das jeweilige Land nicht nur ein SV-Abkommen hinsichtlich der Rente, sondern auch hinsichtlich der KV (eine gute Übersicht auf der Website der TK⁴⁵), so kann die Krankenversicherung im Rentenland in Deutschland über die sog. Sachleistungsaushilfe (Einschreibung bei einer deutschen KK) durchgeführt werden. Die Rentner*innen erhalten dann bei Renten aus EU-Ländern, EWR und der Schweiz von der deutschen aushelfenden KK (kostenlos) eine Versichertenkarte und Leistungen nach deutschem Recht. Bei Renten aus Abkommensstaaten richten sich die Leistungen meist nach dem Recht des Heimatlandes.

Ausländische Renten sind in Deutschland beitragspflichtig (§ 228 SGB V).

⁴⁴ https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Rente/Ausland/Ansprechpartner-und-Verbindungsstellen/ansprechpartner-und-verbindungsstellen_node.html

⁴⁵ <https://www.tk.de/firmenkunden/service/fachthemen/ausland/uebersicht-sozialversicherungsabkommen-2035180>