

Wechsel aus der PKV, der freiwilligen KV oder aus § 264 in die Familienversicherung durch Umstellung einer Alters-Vollrente in eine Teilrente (§ 42 SGB VI), Möglichkeit auch für Unversicherte, Stand 15.4.24

Achtung: Aktuell ist im GVSG eine Gesetzesänderung geplant: „Das Schlupfloch für privat versicherte Rentner:innen in die GKV zu wechseln“ soll geschlossen werden. Der Referentenentwurf vom 8.4.24 wurde veröffentlicht, S. 2:

„Infolge des Flexirentengesetzes vom 8. Dezember 2016 kommt es vermehrt zu Fällen, in denen privat krankenversicherte Rentnerinnen und Rentner durch die gezielte Wahl einer Teilrente für nur kurze Zeit Zugang zur GKV erhalten. Durch das Absenken des Rentenzahlungsbetrages wird die Einkommensgrenze der Familienversicherung nach § 10 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) erreicht und damit eine beitragsfreie Familienversicherung ermöglicht. Wird in der Folgezeit wieder eine Vollrente gewählt, kann die Rentnerin oder der Rentner sich freiwillig in der GKV weiterversichern. Mit dem Gesetzentwurf soll dieser Missbrauchsmöglichkeit zulasten der Solidargemeinschaft in der GKV vorgebeugt werden. Gleiches gilt für die soziale Pflegeversicherung.“

Konkret soll § 10 geändert werden:

Dem § 10 Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

„Ehegatten und Lebenspartner sind nicht versichert, wenn sie die Voraussetzungen nach Satz 1 Nummer 5 durch die Wahl einer Rente wegen Alters als Teilrente erfüllen und zuvor nicht gesetzlich krankenversichert waren.“

Begründung zum Gesetzestext, zu Nr. 1:

„Mit der Regelung wird der Zugang zur GKV über die beitragsfreie Familienversicherung für privat versicherte Rentnerinnen und Rentner ausgeschlossen, deren Vollrentenanspruch oberhalb der Gesamteinkommensgrenze der Familienversicherung liegt und die nur durch die Wahl einer Rente wegen Alters als Teilrente die Voraussetzungen für die Familienversicherung erfüllen. Mit der Regelung wird auf vermehrte Fälle reagiert, in denen privat krankenversicherte Rentnerinnen und Rentner durch ein gezieltes, temporäres Absenken ihres Rentenzahlungsbetrags Zugang zur GKV über ihre Ehegattin und Ehegatten erhalten. Die Regelung schließt insoweit eine Gesetzeslücke in der Systemabgrenzung zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung und dient dem Schutz der Solidargemeinschaft. Mit der Regelung wird die Grundsatzentscheidung des Gesetzgebers bekräftigt, dass Personen, die sich gegen die solidarische Beitragstragung in der GKV zu Zeiten ihres Erwerbslebens entschieden haben, nicht im Alter in die GKV zurückkehren sollen.“

Das BMG bestätigt hier eine Gesetzeslücke, damit dürfte klar sein, dass die Fälle, die jetzt laufen oder gelaufen sind, aufgenommen werden müssen, denn der Gesetzgeber schließt eine Gesetzeslücke.

Anhängige Rechtsstreitigkeiten für die Zeit vor Inkrafttreten des neuen Gesetzes müssten dann noch von den Gerichten entschieden werden.

Nachfolgende Ausführungen für die derzeitige Gesetzeslage:

Es gibt Fälle, da wäre eine Familienversicherung zwar grundsätzlich möglich, scheitert aber an der Einkommensgrenze im § 10 (1) Nr. 5. Dies betrifft sowohl PKV-Versicherte, gesetzlich freiwillig Versicherte, § 264-Fälle als auch Unversicherte (sowohl zuletzt gesetzlich als auch zuletzt privat oder noch nie Versicherte).

Beispielfälle (2024):

- a) Herr A. war lange Jahre selbständig und ist privat versichert. Frau A. war immer angestellt und gesetzlich bei der DAK versichert. Frau A. bezieht eine Altersrente und ist in der KVdR. Herr A. bezieht aus seiner Angestelltenzeit ebenfalls eine Altersrente i.H.v. 527,38 € zzgl. eines Beitragszuschusses zu seiner privaten Krankenversicherung i.H.v. 39,29 €, insges. also 566,67 €. Die Voraussetzungen für die KVdR erfüllt er aufgrund der langen Zeit in der PKV nicht. Sein Beitrag zur PKV beträgt inzwischen rund 800,00 € mtl. Ein Wechsel in den Basistarif würde keine Halbierung hervorrufen, da das Ehepaar nicht lfd. bedürftig ist. Ein Wechsel von Herrn A. in die Familienversicherung über die Ehefrau scheitert an der Einkommensgrenze für die Familienversicherung (2024 mtl. 505,00 €).
- b) Herr B. war ebenfalls lange Jahre selbständig und privat versichert. 2008 hat er aufgrund von finanziellen Problemen seine private Krankenversicherung gekündigt und ist seitdem unversichert. Frau B. ist gesetzlich versichert in der KVdR und bezieht eine geringe Altersrente. Herr B. bezieht aus seiner Angestelltenzeit eine gesetzliche Rente i.H.v. 510,01 €. Einen Beitragszuschuss von der DRV bekommt er nicht, weil er keine Krankenversicherung hat. Die Voraussetzungen für die KVdR erfüllt Herr B. wegen fehlender VVZ nicht. Da die beiden Renten für den Lebensunterhalt nicht ausreichen, bezieht das Paar seit längerer Zeit Leistungen nach dem SGB XII. Herr B. ist gem. § 264 angemeldet, da eine Familienversicherung über die Ehefrau bislang an der Einkommensgrenze für die Familienversicherung (2024 mtl. 505,00 €) gescheitert ist.
- c) Variante: Das Ehepaar B. beantragt lfd. Leistungen nach dem SGB XII. Der Aufforderung an Herrn B., sich privat im Basistarif zu versichern, kommt er nicht nach. Herr B. weigert sich, einen Antrag zu stellen, da er dann erhebliche Nachzahlungen an die PKV-Kasse leisten müsse (gemeint sind die Prämienzuschläge gem. § 193 (4) VVG), die das Sozialamt ja nicht übernehmen würde und beantragt die Anmeldung gem. § 264.
- d) Herr C. ist freiwillig versichert bei der TK und bezieht eine Altersrente i.H.v. 603,47. Frau C. bezieht ebenfalls eine Altersrente und ist in der KVdR. Herr C. ist nicht in der KVdR, weil die VVZ aufgrund eines längeren Auslandsaufenthaltes in den USA nicht ausreichen. Herr C. bezahlt für seine freiwillige KV rund 220,00 € mtl. Beitrag.

Auflösungen der Fallkonstellationen s.u. am Ende der Ausführungen.

Verzicht auf einen Teil der Rente (§ 46 SGB I)

Ein Verzicht auf einen Teil der Rente – genau so viel, dass die EK-Grenze nicht überschritten wird – scheidet aus aufgrund von § 46 (2) SGB I:

„(2) Der Verzicht ist unwirksam, soweit durch ihn andere Personen oder Leistungsträger belastet oder Rechtsvorschriften umgangen werden.“

Dazu auch die Gemeinsamen Rechtlichen Anweisungen (GRA) der DRV zum § 46 SGB I:

[https://rvrecht.deutsche-
rentenversicherung.de/SharedDocs/rvRecht/01_GRA_SGB/01_SGB_I/pp_0026_50/gra_sgb01_p_0046.html](https://rvrecht.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/rvRecht/01_GRA_SGB/01_SGB_I/pp_0026_50/gra_sgb01_p_0046.html)

„Unwirksamkeit

Der Verzicht ist unwirksam, soweit durch ihn andere Personen oder Leistungsträger belastet oder Rechtsvorschriften umgangen werden. Das ist unter anderem der Fall, wenn

- der Berechtigte auf Teilbeträge der Rente verzichtet, um die Grenze für die kostenfreie Familienversicherung in der Krankenversicherung (§ 10 SGB V) nicht zu überschreiten. Ein derartiger Verzicht würde die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung insoweit belasten, als ihnen Beitragseinnahmen für die freiwillige Versicherung entgehen, obwohl die Leistungspflicht im Falle der Krankheit unvermindert bestehen bleibt.“

Umstellung einer Vollrente auf eine Teilrente (§ 42 SGB VI)

Die folgenden Informationen wurden überwiegend entnommen aus dem DRV Studientext Nr. 16 – Rente wegen Alters – dort unter Nr. 6.2 von den Autorinnen: Vanessa Lennecke und Tanja Limbeck:

[https://www.deutsche-
rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Fachliteratur_Kommentare_Gesetzestexte/
Studientexte/Rentenrecht/16_rente_wegen_alters.html](https://www.deutsche-
rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Fachliteratur_Kommentare_Gesetzestexte/
Studientexte/Rentenrecht/16_rente_wegen_alters.html)

und aus den Gemeinsamen Rechtlichen Anweisungen (GRA) der DRV zum § 42 SGB VI:

[https://rvrecht.deutsche-
rentenversicherung.de/SharedDocs/rvRecht/01_GRA_SGB/06_SGB_VI/pp_0026_50/gra_sgb
006_p_0042.html](https://rvrecht.deutsche-
rentenversicherung.de/SharedDocs/rvRecht/01_GRA_SGB/06_SGB_VI/pp_0026_50/gra_sgb
006_p_0042.html)

§ 42 SGB VI gibt Altersrentner*innen die Möglichkeit, ihre Rente wegen Alters in voller Höhe (Vollrente) oder als Teilrente in Anspruch zu nehmen (§ 42 (1) SGB VI. Die Versicherten haben somit gemäß § 42 (1) SGB VI ein Wahlrecht, ob sie die Rente wegen Alters in voller Höhe (Vollrente) oder als Teilrente in Anspruch nehmen wollen. **Den Versicherten ist insoweit ein Gestaltungsrecht eingeräumt.** Eine Teilrente kann

- unabhängig von der Erzielung eines Hinzuverdienstes gewählt werden und
- abhängig vom anzurechnenden Hinzuverdienst entstehen.

Als Teilrente können folgende Renten in Anspruch genommen werden:

- sämtliche nach den Vorschriften des SGB VI festgestellte Altersrenten - auch die Regelaltersrente - und
- die nach den bis zum 31.12.1991 geltenden Vorschriften des AVG/RVO/RKG festgestellten Altersruhegelder, wenn die Berechtigten nach dem 01.12.1926 geboren sind.

Nicht als Teilrente, sondern ausschließlich als Vollrente, können die Renten in Anspruch genommen werden, die nach § 302 (1) SGB VI seit 01.01.1992 als Regelaltersrente zu leisten sind beziehungsweise nach § 302 (2) SGB VI als Regelaltersrente gelten.

Versicherte können die Höhe der Teilrente grundsätzlich frei als vollen Prozentanteil wählen. Eine unabhängig vom Hinzuverdienst gewählte Teilrente beträgt mindestens 10 Prozent der Vollrente (§ 42 (2) S. 1 SGB VI). Sie kann höchstens in der Höhe in Anspruch genommen werden, die sich nach Anwendung von § 34 (3) SGB VI ergibt. Eine Rente unabhängig vom Hinzuverdienst, eine sog. Wunschteilrente, kann daher zwischen 10% und 99% der Vollrente betragen. Wünschen Versicherte einen bestimmten Eurobetrag als Teilrente, so ist dieser in

einen Prozentanteil umzurechnen und bei der Rentenanpassung zu dynamisieren. Versicherte können somit keinen statischen Eurobetrag als Teilrente wählen.

Die Versicherten können ihr Wahlrecht beliebig oft ausüben. So ist es auch möglich, zum Beispiel nach Beginn einer Vollrente noch eine Teilrente in Anspruch nehmen. Ebenso ist ein Wechsel von einer Teilrente wieder in eine Vollrente jederzeit möglich. Eine Änderung der Teilrente kann nur für die Zukunft beantragt werden (frühestens ab dem Folgemonat eines entsprechenden Antrags).

Die Umstellung in einer Teilrente ändert nichts an dem grundsätzlichen Anspruch auf die Vollrente und damit auch nichts an der **Höhe einer Hinterbliebenenrente bei Tod der/des Rentenbeziehenden!** Hinterbliebenenrenten berechnen sich prozentual aus dem Rentenanspruch des Verstorbenen zum Zeitpunkt des Todes (§ 67 SGB VI, https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Rente/Allgemeine-Informationen/Rentenarten-und-Leistungen/Renten-an-Hinterbliebene/renten-an-hinterbliebene_node.html). Dieser Rentenanspruch ergibt sich aus den erworbenen Rentenpunkten. Bei einer Teilrente verändert sich dieser Anspruch als solcher nicht, sondern die Vollrente wird von den Rentenbeziehenden eben nur **zum Teil in Anspruch genommen** (§ 42 (1) SGB VI: „Versicherte können eine Rente wegen Alters in voller Höhe (Vollrente) oder als Teilrente in Höhe von mindestens 10 Prozent der Vollrente in Anspruch nehmen.“)

Die Beantragung einer Teilrente stellt keinen Verzicht im Sinne des § 46 SGB I dar. Da die Beantragung einer Teilrente keinen Verzicht im Sinne des § 46 SGB I darstellt, sind Versicherte nicht in ihrem Gestaltungsrecht eingeschränkt. Eine Teilrente kann daher auch beansprucht werden, wenn dies zu Lasten Dritter geht, zum Beispiel zu Lasten der Krankenkasse oder unterhaltsberechtigter Personen. Grenzen sind jedoch, wenn dadurch Grundsicherungsbedürftigkeit herbeigeführt wird (Nachrangprinzip im § 2 SGB XII) bzw. wenn dadurch Unterhaltszahlungen an geschiedene Ehegatten, Kinder etc. nicht mehr bedient werden können.

Das bestätigt der GKV-Spitzenverband auch so in den „Grundsätzlichen Hinweisen Gesamteinkommen im Rahmen der Prüfung der Voraussetzungen der Familienversicherung“ unter Punkt 2.3.4.1 (6) auf S. 23 (Fassung vom 29.9.2022; in der Fassung vom 12.6.19 auf S. 21):

„(6) Der vollständige oder teilweise Verzicht auf eine in- oder ausländische Rente mit dem Ziel, die Einkommensgrenze nach § 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V zu unterschreiten, ist unwirksam (§ 46 Abs. 2 SGB I). Im Gegensatz dazu ist die Wahl, eine Altersrente nicht in voller Höhe sondern als Teilrente in Anspruch zu nehmen (§ 42 Abs. 2 SGB VI), kein Verzicht im Sinne des § 46 SGB I. **Soweit Angehörige durch die Ausübung dieses Wahlrechts die Einkommensgrenze nach § 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V unterschreiten, ist die Familienversicherung möglich, sofern die weiteren Voraussetzungen erfüllt werden.**“

Die Zuständigkeit bei Personen mit einer Teilrente liegt bei den Sozialämtern (auch dann, wenn die Altersgrenze noch nicht erreicht ist).

Was bedeutet das für die Praxis?

Durch Umstellung einer Vollrente auf eine Teilrente können sowohl PKV-Versicherte, als auch freiwillig Versicherte und natürlich gem. § 264 Versorgte ggf. in die

Familienversicherung über den/die Ehepartner*in gelangen. Auch Pendelfälle zwischen Familienversicherung und freiwilliger Versicherung (zum 1.7. d.J. aufgrund einer Rentenerhöhung Wechsel in die freiwillige Versicherung, zum 1.1. d.J. aufgrund einer Erhöhung der EK-Grenze in der Familienversicherung wieder zurück in diese) können über die Teilrente dauerhaft in der Familienversicherung verbleiben.

Die Höhe der Teilrente muss natürlich das im § 10 (1) Nr. 5 beschriebene Gesamteinkommen (2024 mtl. 505,00 €) unterschreiten. Dabei ist zu beachten, dass die Renten i.d.R. zum 1.7. eines Jahres erhöht werden; die Einkommensgrenze der Familienversicherung i.d.R. zum 1.1. eines Jahres. D.h. man muss die Höhe der Teilrente ggf. regelmäßig an die Einkommensgrenze der Familienversicherung anpassen. Daher empfehle ich, die Höhe der Teilrente nicht zu knapp unter der Einkommensgrenze der Familienversicherung zu wählen.

Die geminderte Rente birgt bei SGB XII-Bezug für die HE auch keine finanziellen Nachteile, da ja dann auch nur die geminderte Rente als Einkommen im SGB XII angerechnet und die Differenz durch die SGB XII-Leistung ausgeglichen wird. Auch gegenüber dem SHT haben die LE ein Gestaltungsrecht: Sie „dürfen“ ihre Einnahme „Rente“ absenken auf eine Teilrente, auch wenn sich die SGB XII-Leistungen dann erhöhen (§ 7 BHO (Bundeshaushaltsordnung), da der Gesamtfall betrachtet werden muss). Für die SHT ergeben sich erhebliche Einsparungen im Bereich der Beitragszahlungen und natürlich im Bereich Krankenhilfe für ehemalige § 264-Fälle. Bei Gewährung von Grundsicherung (die vom Bund erstattet wird) spart darüber hinaus auch der Bund, wenn die Beitragszahlungen gesenkt werden. Bei dem Wechsel eine gem. § 264 Versorgten hat nur der SHT einen finanziellen Vorteil. Für die HE ist es eine erhebliche Verbesserung, z.B. statt dem procedere im Basistarif nun alles über die Versichertenkarte abzuwickeln.

Unter

<https://rentenbescheid24.de/wechsel-pkv-in-gkv-familienversicherung-erfolgreich-umgesetzt/> wird das procedere beschrieben – dort soll man natürlich eine kostenpflichtige Beratung und Umsetzung buchen.

Antrag, Beginn der Umstellung

Für die Umstellung ist kein Formantrag nötig, es genügt ein Zweizeiler. Die Umstellung erfolgt frühestens ab dem Folgemonat, in dem der Antrag bei der DRV eingeht.

Keine 55er-Regelung (§ 6 (3a))

Die sog. „55er-Regelung“ (keine Rückkehr aus der PKV in die GKV für Menschen über 55 Jahren) gem. § 6 (3a) SGB V greift für die Familienversicherung nicht; sie betrifft nur einen Wechsel in einer Pflichtversicherung.

Sonstige Einkünfte beachten

Achtung: Ggf. müssen andere Einkünfte als die Rente beachtet werden! In der Familienversicherung ist ja das Gesamteinkommen zugrunde zu legen, dazu zählen z.B. auch Mieteinnahmen, Einnahmen aus Kapitalvermögen, weitere Renten (z.B. Betriebsrenten oder ausländische Renten). Eine genaue Auflistung, welche Einnahmen „zählen“, findet sich in den „Grundsätzlichen Hinweisen Gesamteinkommen im Rahmen der Prüfung der Voraussetzungen der Familienversicherung“ vom 12.6.19:

https://www.vdek.com/vertragspartner/mitgliedschaftsrecht_beitragsrecht/familienversicherung/_jcr_content/par/download_1926320624/file.res/GH%20Fami%20Gesamteinkommen_12.06.2019.pdf

Dort findet sich der aktualisierte alphabetische Katalog in der Anlage.

Bisherige Versicherung (PKV, freiwillige Versicherung) kündigen

PKV-Versicherte können ihre PKV mit Sonderkündigungsrecht gem. § 205 (2) VVG kündigen, wenn die GKV die Familienversicherung bestätigt hat. Die Bestätigung muss unbedingt bei der PKV eingereicht werden.

freiwillig Versicherte können ihre freiwillige KV gem. § 191 Nr. 3 i.V.m. der Satzungsregelung der jeweiligen KK kündigen.

§ 264-Versorgte werden vom SHT abgemeldet.

Beibehaltung der Teilrente mit Familienversicherung oder Umstellung in Vollrente mit OAV (bzw. freiwilliger KV bei SGB XII-Bezug)

Ob die Teilrente – und damit die Familienversicherung - dauerhaft beibehalten wird, ist ein Rechenexempel:

Man muss den Differenzbetrag zwischen Voll- und Teilrente dem zu zahlenden freiwilligen Beitrag gegenüberstellen. Ist der freiwillige Beitrag deutlich günstiger als der Differenzbetrag, so kann die Teilrente ja wieder in eine Vollrente umgewandelt werden. Der einzige Weg bei SGB XII-Bezug ist frühestens nach 12 Monaten Familienversicherung, weil erst dann die VVZ für die freiwillige KV gem. § 9 erfüllt sind. Das BSG arbeitet am 29.3.22 unter B 12 KR 15/20 R mit einem fiktiven Anspruch auf Familienversicherung. Die OAV würde nur dann greifen, wenn die persönlichen Voraussetzungen des bislang familienversicherten Angehörigen entfielen. Das ist zwar hier der Fall (Überschreiten der Einkommensgrenze), weiterhin besteht auch kein nachgehender Leistungsanspruch. Aber die KKs werden sofort einwenden, dass nahtlos eine Absicherung im Krankheitsfall vorliegt. Bislang gibt es dazu vom GKV-Spitzenverband noch keine einheitlichen Grundsätze o.ä., **von daher sollte man derzeit die „sichere“ Variante mit 12 Monaten Teilrente wählen.**

Werden keine SGB XII-Leistungen bezogen, ist eine Umstellung natürlich auch möglich. Hier sollte die Teilrente für mindestens 4 Monate beibehalten werden; allerdings empfehle ich, die Teilrente für mind. 12 Monate beizubehalten und darüberhinaus für 1 volles **Kalenderjahr**, dann ist man „auf der sicheren Seite“, also z.B. von 9/23 bis 12/24. Es ist ja auf das Steuerrecht abzustellen und im Steuerrecht gibt es Kalenderjahre. Diesen Zeitraum würde ich auch der DRV beim Antrag auf Umstellung in eine Teilrente bereits mitteilen. Eine OAV würde zwar bereits nach kürzerer Zeit greifen, allerdings könnte die KK einwenden, eine Familienversicherung komme nicht zustande, da das Gesamteinkommen nicht regelmäßig gesenkt wurde, auch wenn sich aus den „Grundsätzlichen Hinweisen Gesamteinkommen Fami“ etwas anderes ergeben könnte.

Aus den „Grundsätzlichen Hinweisen Gesamteinkommen im Rahmen der Prüfung der Voraussetzungen der Familienversicherung“ vom 12.6.19 ergeben sich mehr als 3 Monate aus einem Umkehrschluss der Ausführungen unter 2.8:

„2. 8 Regelmäßigkeit des Gesamteinkommens

Bei der Prüfung der Frage, ob die maßgebende Gesamteinkommensgrenze (§ 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V bzw. § 25 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB XI oder § 10 Abs. 3 SGB V bzw. § 25 Abs. 3

SGB XI) überschritten wird, ist das regelmäßig im Monat erzielte bzw. zufließende Gesamteinkommen zu berücksichtigen. Für die Feststellung des regelmäßigen Gesamteinkommens sind die Grundsätze, die für Statusentscheidungen im Versicherungsrecht (z. B. für die Beurteilung der Versicherungspflicht oder -freiheit von Beschäftigungsverhältnissen) entwickelt wurden, zu beachten.“

Hinweis der Verf.: Hier sind es mehr als 3 Monate, d.h. mind. 4 Monate.

„Grundsätzlich ist eine vorausschauende Betrachtungsweise angezeigt; dies erfordert eine Prognose unter Einbeziehung der mit hinreichender Sicherheit zu erwartenden Einkommensverhältnisse. In Bezug auf die Bewertung des Arbeitsentgelts aus einer geringfügigen Beschäftigung sind die Richtlinien für die versicherungsrechtliche Beurteilung von geringfügigen Beschäftigungen (Geringfügigkeits-Richtlinien) in der jeweils aktuellen Fassung entsprechend heranzuziehen.

Im Rahmen der vorausschauenden Betrachtungsweise sind also zunächst die monatlich zufließenden Einkünfte sowie die weiteren, nicht monatlich zufließenden, aber auf den Monat bezogenen regelmäßigen Einkünfte zu berücksichtigen. Einmalige Einnahmen, deren Gewährung mit hinreichender Sicherheit mindestens einmal jährlich zu erwarten ist, sind hiernach bei der Ermittlung des regelmäßigen Gesamteinkommens anteilmäßig mit dem auf den Monat bezogenen Betrag zu berücksichtigen.

.....

„(4) Ein nur gelegentliches und nicht vorhersehbares Überschreiten der maßgebenden Gesamteinkommensgrenze führt nicht zum Ausschluss der Familienversicherung. Als gelegentlich ist dabei - in analoger Anwendung der für das Überschreiten der Arbeitsentgeltgrenze im Bereich der geringfügig entlohnten Beschäftigung entwickelten Regelung - ein Zeitraum bis zu drei Monaten innerhalb eines Kalenderjahres anzusehen.“

Zum Thema „**Prognose**“ gibt es eine Entscheidung des BSG vom 7.12.2000, B 10 KR 3/99 R:

*„(a) Bei Statusentscheidungen im Versicherungsrecht - und um eine derartige Entscheidung handelt es sich bei der Feststellung des Bestehens einer Familienversicherung - ist grundsätzlich eine vorausschauende Betrachtungsweise angezeigt (Peters in: Kasseler Komm, § 10 SGB V RdNr 19; Stand: 2000): Der Betreffende muß beim Entfallen der Familienversicherung für eine anderweitige Versicherung sorgen können und bei plötzlich auftretender Krankheit zuverlässig wissen, wie und wo er versichert ist. **Dies erfordert eine Prognose unter Einbeziehung der mit hinreichender Sicherheit zu erwartenden Veränderungen. Das hierbei gewonnene Ergebnis bleibt dann auch verbindlich, wenn die Entwicklung später anders verläuft als angenommen** (noch zu § 205 RVO: BSG vom 4. Juni 1981, SozR 2200 § 205 Nr 41 S 102 f mwN). Die Änderung kann jedoch Anlaß für eine neue Prüfung und - wiederum vorausschauende - Beurteilung sein (Peters aaO § 6 SGB V RdNr 11, Stand: 2000).“*

Am 18.10.22 hat ein anderer Senat des BSG unter B 12 KR 2/21 R entschieden, dass die Familienversicherung rückwirkend beendet wird. Allerdings hatte hier die familienversicherte Angehörige ihre Einkommensverhältnisse (die zu einer Überschreitung der Einkommensgrenze für die Familienversicherung führten) erst mit deutlicher Verzögerung der KK mitgeteilt (im August 2016, obwohl es Einkommensteuerbescheide vom 24.10.2014 für das Jahr 2013 und vom 10.2.2016 für das Jahr 2014 gab):

„Eine Prognose bleibt auch dann für abgelaufene Zeiträume verbindlich, wenn die Entwicklung anders verläuft als prognostiziert. Die Änderung der Verhältnisse kann aber Anlass für eine neue zukunftsgerichtete Prognose sein. Erfährt eine Krankenkasse erst später von einer Änderung der Verhältnisse muss sie - wie hier - die Prognose rückblickend auf den Zeitpunkt der Änderung der Verhältnisse anstellen. Maßgebend bleibt ihr Kenntnisstand im Zeitpunkt der letzten Verwaltungsentscheidung über die im Zeitpunkt der Änderung der Verhältnisse vorliegenden und ermittelbaren Umstände“ (Auszug aus dem Terminbericht).

Damit wird die „rückblickende Prognose“ auch klarer: Wenn die KK erst lange nachträglich von einer Änderung der (Einkommens-)Verhältnisse erfährt, dann muss sie – bezogen auf den Zeitpunkt der Änderung der Verhältnisse – eine neue Prognose anstellen, die dann zurückliegende Zeiträume betrifft, aber ebenso vorausschauend ab dem Zeitpunkt der Änderung der Verhältnisse zu treffen ist. Hier im BSG-Fall: Einkommen lag zumindest ab 2014 vor; die KK erfährt dies erst in 2016. Lösung: In 2016 ist rückblickend ab 2014 nach dem prognostischen Einkommen zu schauen.

Weiterhin stellt das BSG nur bei schwankendem Einkommen darauf ab, dass das Jahreseinkommen gezwölfelt wird (Rz. 19): „Bei schwankendem Einkommen - wie bei Einkünften aus Kapitalvermögen typisch - ist für die Feststellung, ob ein Gesamteinkommen "regelmäßig im Monat" überschritten wird, vom gezwölfelten Jahresbetrag auszugehen (BSG Urteil vom 7.12.2000 - B 10 KR 3/99 R - SozR 3-2500 § 10 Nr 19 S 76 mwN).“

Der Wortlaut des Gesetzes im § 10 (1) Nr. 5 stellt einzig auf das **regelmäßige Gesamteinkommen im Monat ab!** Bei einem monatlich gleich bleibenden Einkommen ist das eindeutig. Nur wenn die Einkünfte schwankend sind, dann stellt das BSG offenbar auf das Jahreseinkommen im Durchschnitt ab.

Konkrete Rechtsprechung zur Familienversicherung bei Teilrente

Bislang waren mir nur Entscheidungen auf SG-Ebene bekannt; die Entscheidung des LSG-Baden-Württemberg, L 5 KR 1336/23 vom 24.01.2024 wurde nur bei Juris veröffentlicht. **Orientierungssätze** der Entscheidung:

„1. Dem privat krankenversicherten Bezieher einer Altersrente, dessen Ehepartner Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung ist, ist es nach der geltenden Rechtslage nicht grundsätzlich verwehrt, durch vorübergehende Wahl einer Teilrente nach § 42 SGB 6 die beitragsfreie Familienversicherung über den Ehepartner zu erreichen, mit der Folge, dass bei späterer Rückkehr zur Vollrente die obligatorische freiwillige Versicherung nach § 188 Abs 4 SGB 5 eintritt. (Rn.35) (Rn.44)

2. Zum Grundsatz der vorausschauenden Betrachtungsweise und dem Vorliegen eines regelmäßigen Einkommens bei Bezug einer Teilrente für einen Zeitraum von drei Monaten im Rahmen der Berechnung des Gesamteinkommens für das Bestehen einer Familienversicherung iSd § 10 Abs 1 S 1 Nr 5 SGB 5. (Rn.39).“

Das LSG stellt weiter fest:

- Bei der Wahr einer Teilrente handelt es sich nicht um einen Verzicht auf eine Rente (Rz. 44).
- § 6 (3a) (Versicherungsfreiheit aufgrund der sog. 55er-Regelung) greift nicht bei einer Familienversicherung (Rz. 38).

- Ein Verstoß gegen das allgemeine Umgehungsverbot, eine missbräuchliche Rechtsgestaltung oder eine auslegungsbedürftige Gesetzeslücke sind nicht erkennbar (Rz. 45).
- Nach dem Ende der Familienversicherung greift die OAV (Rz. 46).
- Die Familienversicherung endete i.S.d. § 188 (4) wegen Überschreitung der Einkommensgrenze aufgrund des erneuten Bezugs der Vollrente (Rz. 48).

Aktuell liegt diese Entscheidung des LSG Baden-Württemberg beim BSG vor:

B 12 KR 3/24 R

Vorinstanz: Landessozialgericht Baden-Württemberg, L 5 KR 1336/23, 24.01.2024

Ist eine Rückkehr in die gesetzliche Krankenversicherung über den nur vorübergehenden Wechsel von einer Vollrente in eine Teilrente und die damit verbundene Durchführung einer Familienversicherung aufgrund Unterschreitens der Einkommensgrenze sowie der sich anschließenden obligatorischen Anschlussversicherung nach § 188 Absatz 4 SGB V möglich?

https://www.bsg.bund.de/SharedDocs/Rechtsfragen/DE/B_12_KR_03_24_R.html

Im Grundsatz unterscheiden sich die Fälle, die bislang in der Praxis aufgetaucht sind, schon vom Sachverhalt stark voneinander. Es gibt Fälle, in denen die Familienversicherung (entweder mit Statusfeststellungsbescheid oder ohne) eingetragen und durchgeführt wurde und im Nachhinein versucht wird, den Bescheid nach § 45 SGB X wieder aufzuheben und es gibt Fälle, in denen die Fami nie eingetragen worden ist. Das ist ein großer Unterschied, denn eine bereits innegehabte Rechtsposition wieder zu beseitigen, misst sich an §§ 44 ff SGB X.

Auch die Ablehnungen fußen auf verschiedenen Sachverhalten: Entweder wird die Unterschreitung des Gesamteinkommens nicht anerkannt (weil auf ein Jahreseinkommen abgezielt wird) oder es wird rechtsmissbräuchliches Verhalten unterstellt

Das SG München entschied am 19.1.23 unter S 59 KR 649/22 in einem Fall, indem eine Teilrente für 4 Monate mit Familienversicherung bezogen wurde, dann erfolgte eine Umstellung auf Vollrente:

„Die Kammer hat sich diesen Überlegungen letztlich nicht angeschlossen und hat - obwohl das höhere Einkommen ab September 2021 von Anfang an prognostisch feststand - dieses höhere Einkommen nicht in das für die Monate Mai bis August 2021 zuzurechnende Einkommen eingerechnet. Maßgeblich war dabei die Überlegung, dass vier Monate ausreichen, um dem Einkommen die Eigenschaft der Regelmäßigkeit zu verleihen.“

Das SG entschied, dass die Familienversicherung Bestand hat und nicht rückabgewickelt werden darf.

Eine andere Kammer des SG München entschied am 6.7.23 unter S 15 KR 923/22 völlig anders:

Das SG entschied, dass das Gesamteinkommen im Sinne von § 10 Abs. 1 Nr. 5 SGB V prospektiv auf das durchschnittliche monatliche Einkommen des Veranlagungsjahrs, in dem der Wechsel von der Vollrente in die Teilrente vollzogen wird, zu bestimmen ist. Prospektiv bedeutet „auf das Zukünftige gerichtet; vorausschauend, möglicherweise zu erwarten, voraussichtlich“. In diesem Fall wurde die Rente vom 1.7.2021 bis zum 30.11.2021 auf eine Teilrente abgesenkt. Das SG sah alle Einkünfte aus dem gesamten Jahr 2021 als Grundlage für das zu bestimmende Gesamteinkommen an. Weiterhin stellte das SG fest, dass der Bezug einer Teilrente zwar keinen direkten Verzicht i.S.d. § 46 Abs. 2 SGB I (im Urteil wohl Schreibfehler SGB IV statt SGB I) darstellt, aber § 46 Abs. 2 SGB I müsse hier analog

angewendet werden: „Die rechtsmissbräuchliche Ausübung des Gestaltungsrechts der Flexirente alleine mit dem Zweck, über die Familienversicherung in die freiwillige Krankenversicherung zu kommen, ist aber aufgrund § 46 Abs. 2 SGB IV in analoger Anwendung unbeachtlich.“ Das SG sieht hier eine planwidrige Regelungslücke: „Hätte der Gesetzgeber daher bei der Neugestaltung des Rentenrechts die krankenversicherungsrechtlichen Auswirkungen im Blick gehabt, wäre § 46 Abs. 2 SGB I nach der Überzeugung der Kammer entsprechend angepasst und erweitert worden. Eine analoge Rechtsanwendung ist daher geboten.“

Das SG München hat sich weder mit den Grundsätzlichen Hinweisen des GKV-Spitzenverbandes zum Gesamteinkommen und den Gemeinsamen Rechtlichen Hinweisen (GRA) der DRV auseinandersetzt (s.a. GLP 4.15.3.2). U.U. waren die in dem Verfahren überhaupt nicht bekannt.

Zudem halte ich die Ausübung eines Gestaltungsrechts für legitim (so wie auch der GKV-Spitzenverband und die DRV) und nicht für eine unzulässige Rechtsausübung. Ich sehe auch keine planwidrige Regelungslücke. Wenn eine privatversicherte Witwe (mit kleiner Rente und einem geerbten Vermögen, was sie verbraucht) einen gesetzlich versicherten Menschen heiratet, mit dem sie schon eine Weile zusammenlebt, dies, um über die Eheschließung in die GKV zu gelangen - ist das dann auch eine unzulässige Rechtsausübung?

Das LSG Rheinland-Pfalz entschied am 19.5.2005 unter L 1 KR 54/04:

„Insbesondere bleibt es dem Versicherungsberechtigten überlassen, Entscheidungen zu treffen, die sich für ihn oder andere als "unwirtschaftlich" herausstellen (BSG, Urteil vom 19.12.1991 - 12 RK 24/90, SozR 3-5910 § 91 a Nr. 1). Liegen die Voraussetzungen der Versicherungsberechtigung nach § 9 SGB V vor, darf die Krankenkasse den Beitritt nicht ablehnen oder von Bedingungen abhängig machen (§§ 168 Abs. 2, 173 Abs. 2 Satz 2 2. Halbsatz, 175 Abs. 1 Satz 2 SGB V).

Aus diesen Grundsätzen geht hervor, dass sich die Beurteilung der Fragen, ob eine Versicherungspflicht aufgrund eines Beschäftigungsverhältnisses kraft Gesetzes begründet oder ob eine Versicherungsberechtigung (§ 2 Abs. 1 Sozialgesetzbuch Viertes Buch - SGB IV-) gewählt worden ist, nach jeweils anderen Grundsätzen richtet. Die Wirksamkeit der Beitrittserklärung des Klägers vom 19.10.1998 kann damit nicht aufgrund eines möglichen Rechtsmissbrauchs verneint werden. Zur Überprüfung der Wirksamkeit der Erklärung des Klägers sind die Vorschriften des BGB Allgemeiner Teil Abschnitt III über Rechtsgeschäfte (§§ 104 bis 185 BGB) entsprechend heranzuziehen. Anhaltspunkte für eine Geschäftsunfähigkeit des Klägers bestehen nicht. Die Beitrittserklärung stellte kein Scheingeschäft im Sinne des § 117 BGB dar, enthielt nicht den Mangel der Ernstlichkeit (§ 118 BGB) und verstieß auch nicht gegen ein gesetzliches Verbot (§ 134 BGB).

Auch eine Nichtigkeit wegen eines Verstoßes gegen die guten Sitten (§ 138 Abs. 1 BGB) war nicht gegeben. Nach seinem Inhalt ist ein Rechtsgeschäft nichtig, wenn es ein sittlich missbilligtes Tun oder Unterlassen zum Gegenstand hat (Bundesgerichtshof [BGH] Urteil vom 26.04.1972 - IV ZR 18/71, NJW 1972, 1414). **Selbst wenn der Kläger der Beklagten mit der vorgefassten Absicht beigetreten sein sollte, aufgrund seiner Erkrankungen Krankengeldansprüche ausschöpfen zu wollen, würde dies keine Sittenwidrigkeit seines Verhaltens begründen. Der Beweggrund für den Beitritt zur freiwilligen Krankenversicherung ist nämlich unerheblich.**“

Der Kläger war der freiwilligen Versicherung mit Anspruch auf Krankengeld beigetreten und wurde kurz nach dem Beitritt arbeitsunfähig und bezog dann sogleich Krankengeld.

Mir bekannt sind weitere Entscheidungen dazu (alles Beschlüsse, also Eilentscheidungen):

SG Hannover, S 95 KR 1667/20 ER vom 6.1.21 (KKH)

SG Cottbus, S 11 KR 126/22 ER vom 3.5.22 (Barmer) und dazu dann nach Beschwerde LSG Berlin-Brandenburg, L 1 KR 181/22 B ER vom 7.7.22.

In beiden Verfahren wurde die Teilrente wieder in eine Vollrente umgewandelt (im Cottbuser Fall für 5 Monate, vom 1.11.2020 bis zum 31.3.2021 und im Fall aus Hannover nur für 1 Monat vom 1.3.2020 bis 31.3.2020). In beiden Fällen wurde dann nach erneuter Vollrente die OAV begehrt.

Beide KKen stornierten die Familienversicherung rückwirkend ab Beginn und begründeten dies damit, dass die Versicherten grob fahrlässig Angaben verschwiegen hätten (nämlich von Beginn an kund zu tun, dass die Teilrente nur für kurze Zeit bezogen werden soll).

Das **SG Hannover** stellt fest, dass die Umwandlung einer Vollrente in eine Teilrente mit dem alleinigen Ziel, dadurch in die Familienversicherung (mit anschließender OAV) zu gelangen, an sich nicht rechtsmissbräuchlich ist. Allerdings hätte der Antragsteller von Beginn an der KK mitteilen müssen, dass er die Teilrente nur für einen kurzen Zeitraum beziehen möchte. Das SG Hannover spricht dann plötzlich von einer „rückblickenden Prognose“. Der Fami-Fragebogen der KK sieht nirgendwo vor, den Bezugszeitraum für die Rente anzugeben. Allerdings sieht das Gericht einen Verstoß gegen die Mitwirkungspflichten gem. § 60 SGB I vor und geht davon aus, dass der Antragsteller die Tatsache, dass seine Teilrente alsbald wieder in eine Vollrente umgewandelt werden soll, grob fahrlässig verschwiegen hat. Die rückwirkende Stornierung der Familienversicherung sei daher rechtmäßig gewesen. Der Antragsteller hätte sich bei der KK erkundigen müssen, ob ein kurzfristiger Bezug einer Teilrente ausreichend ist, um familienversichert zu sein.

Auch das **SG Cottbus** stellt auf die unterlassenen Mitwirkungspflichten gem. § 60 SGB I ab: „Der Antragsteller war nach Maßgabe von § 60 Abs. 1 Satz 1 Nr.1 SGB I dazu verpflichtet, der Antragsgegnerin vollständig über seine Einkommensverhältnisse, mithin auch über den nur kurzfristig beabsichtigten Teilrentenbezug, Auskunft zu geben, weil dies für die Prüfung der Voraussetzungen für die Familienversicherung bedeutsam war. Denn § 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V stellt nicht lediglich auf das bei Bescheiderlass aktuelle erzielte, sondern auf das regelmäßige Gesamteinkommen ab.

Der Antragsteller hat es zumindest grob fahrlässig unterlassen, der Antragsgegnerin seine Absicht, die Teilrente nur bis zum Zeitpunkt der Feststellung der Familienversicherung zu beziehen, mitzuteilen.“

Das LSG Berlin-Brandenburg weist die Beschwerde gegen den Beschluss des SG Cottbus ohne weitere Begründungen zurück.

Anmerkungen:

Beide SG's berufen sich auf die Mitwirkungspflichten im Sinne der §§ 60 ff. SGB I, diese seien angeblich nicht eingehalten worden.

Die Mitwirkungspflichten im Sinne der §§ 60 ff. SGB I setzen voraus, dass jemand eine „**Sozialleistung**“ beantragt! Bei der Feststellung der Fami oder OAV handelt es sich nach der gefestigten Rechtsprechung allerdings nicht um eine Sozialleistung, sondern um eine Statusfeststellung im Versicherungsrecht. Im Bereich des SGB XII haben die SHT doch schon

mehrmals deswegen eine Klatsche bekommen, dass der SHT nach § 95 SGB XII (Feststellung einer Sozialleistung) eben nicht eine freiwillige KV oder Fami beantragen kann. Also passen hier die Mitwirkungspflichten – meines Erachtens – nicht.

Es geht nur über § 206 SGB V (Auskunfts- und Mitteilungspflichten). Zwischen § 60 SGB I und § 206 SGB V gibt es einen entscheidenden Unterschied:

§ 206 SGB V spricht im Wesentlichen von „auf Verlangen“:

„(1) I Wer versichert ist oder als Versicherter in Betracht kommt, hat der Krankenkasse, soweit er nicht nach § 280 des Vierten Buches auskunftspflichtig ist,

1. auf Verlangen über alle für die Feststellung der Versicherungs- und Beitragspflicht und für die Durchführung der der Krankenkasse übertragenen Aufgaben erforderlichen Tatsachen unverzüglich Auskunft zu erteilen,

2. Änderungen in den Verhältnissen, die für die Feststellung der Versicherungs- und Beitragspflicht erheblich sind und nicht durch Dritte gemeldet werden, unverzüglich mitzuteilen.

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

Lediglich Änderungen müssen auch ohne Verlangen der KK mitgeteilt werden.

§ 60 SGB I fordert dahingegen, dass alle Tatsachen auch ohne Verlangen der KK anzugeben sind, ebenso ohne Verlangen Änderungen mitzuteilen:

„(1) I Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, hat

1. alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind, und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen,

2. Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistung erheblich sind oder über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich mitzuteilen,

3. Beweismittel zu bezeichnen und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers Beweisurkunden vorzulegen oder ihrer Vorlage zuzustimmen.

2 Satz 1 gilt entsprechend für diejenigen, der Leistungen zu erstatten hat.“

Bescheid über die Familienversicherung

Sehr wichtig ist es, von der KK einen Bescheid über die Familienversicherung zu erwirken! Das reine Begrüßungsschreiben, das zusammen mit der Versichertenkarte übersandt wird, ist kein Bescheid! Gibt es einen Bescheid, kann die KK eine Familienversicherung rückwirkend nur unter den Bedingungen des § 45 SGB X aufheben.

Ggf. Absenkung des Beitrags des bislang GKV-Versicherten

Es kann sogar sein, dass durch den Wechsel des bislang PKV-Versicherten in die Fami oder danach in die OAV sich **der bisherige Beitrag des GKV-Versicherten senkt**. Denn bei mischversicherten Ehegatten (einer GKV, einer PKV) greifen die Regelungen im § 2 (4) der Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler: Das Einkommen des PKV-Versicherten wird zur Hälfte beim GKV-Versicherten angerechnet, wenn der PKV-Versicherte ein höheres Einkommen hat als der GKV-Versicherte; die Regelung greift z.B. nicht bei dauerhaftem

Getrenntleben oder wenn die Einnahmen des gesetzlich Versicherten die halbe Beitragsbemessungsgrenze übersteigen. Sind beide Ehegatten gesetzlich versichert, wird nur das Einkommen jeweils des einen Ehegatten angerechnet.

Widerstände der KVen sind zu erwarten / Spontanberatungsanlass der Kassen

Ich habe Rückmeldungen aus der Praxis (Teamleitung Familienversicherung der AOK), dass dieser Weg wohl in der letzten Zeit sehr häufig gewählt wurde, um aus der PKV in der GKV zu wechseln. Die AOK Nordost „musste diese Fälle aufnehmen“ bedauerte die Teamleitung. Vermutlich werden die KVen künftig versuchen, diese Fälle abzulehnen. Die Begründung wird dann wohl sein, dass das der Gesetzgeber dies so nicht gewollt hat. Ursprünglich wurde der § 42 SGB VI ja zur Flexibilisierung des Übergangs vom Erwerbsleben in den Ruhestand und zur Stärkung von Prävention und Rehabilitation im Erwerbsleben (Flexirentengesetz) v. 8.12.2016 (BGBl. I S. 2838) geschaffen. Jetzt wird dieses Gesetz genutzt, um in die GKV zu wechseln und dort auch noch in die kostenlose Familienversicherung. Der Wortlaut des Gesetzes gibt diese Möglichkeit aber her und von daher wäre das kein Ablehnungsgrund. Auch eine Ablehnung, dass es sich um einen unzulässigen Verzicht handelt, wäre rechtswidrig (s.o.).

Etliche **Kassen haben einen Fragebogen entwickelt**, der ausgefüllt werden muss, wenn die Familienversicherung angezeigt und ein Rentenbescheid mit Altersteilrente eingereicht wird. Mir liegt solch ein Fragebogen der DAK vor. Es wird u.a. gefragt: Was war der Grund für die Beantragung der Teilrente? Auf diese Frage könnte man antworten: Wahrnehmung meines Gestaltungsrechtes gem. § 42 SGB VI. Eine weitere Frage ist: Ist der spätere Wechsel zur Vollrente geplant? Ist der Wechsel vor Ablauf von 12 Monaten geplant, könnte die Familienversicherung abgelehnt werden, weil prognostisch mit der erneuten Vollrente das Gesamteinkommen wieder überschritten wird. Wer unschlüssig ist, ob die Teilrente beibehalten oder wieder umgewandelt werden soll, sollte dies auch so angeben. Wer sich dann wieder für eine Vollrente entscheidet, sollte den Antrag auf Umstellung der Teilrente wieder in eine Vollrente dann sehr kurzfristig bei der DRV beantragen und nicht bereits Monate vor dem Umstellungswunsch. Auch hier meine Empfehlung, die Teilrente letztendlich für mind. 12 Monate beizubehalten.

Aktuell gibt es flächendeckend Ablehnungen insbes. der Barmer, der DAK und div. AOKen. Alle unterstellen **rechtsmissbräuchliches Verhalten**; meist wird ein Verzicht auf einen Teil der Rente unterstellt mit Hinweis der Unwirksamkeit auf § 46 Abs. 2 SGB I.

Die DAK schreibt z.B.: „Zu unterscheiden vom „Verzicht auf einen Teil der Rente“ ist der Begriff der „Teilrente“, welche durch die Deutsche Rentenversicherung (DRV) ausbezahlt werden kann. Hierbei handelt es sich allerdings um eine Leistung für Rentner, die neben dem Bezug ihrer Rente noch eine Beschäftigung ausüben und etwas hinzuverdienen möchten. Diese Konstellation liegt bei Ihnen nicht vor“. Dass eine Teilrente nur bei einer Beschäftigung parallel zum Bezug einer Rente gewählt werden kann, entbehrt jeglicher Rechtsgrundlage. § 42 (1) SGB VI: „(1) Versicherte können eine Rente wegen Alters in voller Höhe (Vollrente) oder als Teilrente in Höhe von mindestens 10 Prozent der Vollrente in Anspruch nehmen.“

Andere KVen haben bislang problemlos aufgenommen, z.B. die hkk in Bremen.

Stand Oktober 2023:

Der VdEK hat entschieden, dass es sich um rechtsmissbräuchliches Verhalten handelt und allen Ersatzkassen geraten, derartige Anträge abzulehnen. Alle Antragstellenden müssten klagen - das BSG soll lt. VdEK entscheiden. Parallel hat der VdEK eine Gesetzesänderung auf den Weg gebracht, um dieses „Schlupfloch“ zu schließen.

Der VdEK ist der Verband der Ersatzkassen. Zu den Ersatzkassen im VdEK gehören die TK, die DAK Gesundheit, die KKH, die hkk (Handelskrankenkasse) und die HEK (hanseatische Krankenkasse), https://www.vdek.com/presse/glossar_gesundheitswesen/ersatzkassen.html

In bestimmten Fällen sehe ich sogar einen sog. **Spontanberatungsanlass** der Kassen:
Insbes. bei den sog. Pendelfällen (zum 1.1. d.J. aufgrund erhöhter Einkommensgrenze in die Familienversicherung, zum 1.7. d.J. aufgrund erhöhter Rente wieder in die freiwillige Versicherung) muss die KK beraten, dass man durch eine Teilrente dauerhaft in der Familienversicherung verbleiben (und damit dann mtl. den freiwilligen Beitrag sparen) kann! Ich verweise hierzu insbes. auf ein Urteil des BGH zu dieser Thematik:

Am 2.8.18 hat der BGH unter III ZR 466/16 ein Sozialamt zu Schadensersatzzahlungen verpflichtet. Der Kläger, dem aufgrund seiner Behinderung eine Erwerbsminderungsrente zugestanden hätte, hatte Leistungen der Grundsicherung beim Sozialamt beantragt. Die Rente hatte er wegen Unkenntnis und fehlender Beratung beim Sozialamt aber nicht beantragt. Seit dem Jahre 2004 seien ihm dadurch mehr als 50.000,00 € entgangen. Der Bundesgerichtshof spricht dem Kläger nun gemäß § 839 BGB i.V.m. Art 34 GG (Amtshaftungsanspruch) Schadensersatz zu.

Kein Verweis der KK auf § 5 (9) – Rückkehr in die PKV, da die VVZ für eine freiwillige Versicherung nicht erfüllt sind

Wenn die Teilrente wieder in eine Vollrente umgestellt wird und damit die Voraussetzungen für die Familienversicherung nicht mehr vorliegen, kann die KK die OAV nicht mit Hinweis auf § 5 (9) ablehnen:

Der GKV-Spitzenverband führt in den „Grundsätzlichen Hinweisen zur OAV“ unter 1.2 konkret aus:

„Das Fortbestehen der Regelung des § 5 Abs. 9 Satz 1 zweite Alternative SGB V ist im Hinblick auf den weitgehenden Verzicht auf die Vorversicherungszeit im Recht der freiwilligen Versicherung rechtssystematisch nicht widerspruchsfrei. Danach ist für Personen, die nach einer mindestens fünfjährigen Zugehörigkeit zur privaten Krankenversicherung (PKV) ihren Vertrag wegen Begründung einer Pflicht- oder Familienversicherung in der GKV kündigen und anschließend - ohne ausreichende Vorversicherungszeit für die freiwillige Weiterversicherung - aus der Versicherungspflicht bzw. aus der Familienversicherung ausscheiden, ein privilegiertes Rückkehrrecht zur PKV vorgesehen. Ungeachtet dessen, ob aus Sicht der PKV möglicherweise Zweifel an der Notwendigkeit des Fortbestands der vorgenannten Vorschrift aufkommen, **ist aus Sicht der GKV festzuhalten, dass der hier zur Diskussion stehende Personenkreis vom Wortlaut des § 188 Abs. 4 SGB V erfasst wird und somit das Recht hat, in der GKV trotz einer nicht erfüllten Vorversicherungszeit zu verbleiben.**“

Auflösung der Fallkonstellationen unter der Voraussetzung, dass alle anderen Bedingungen für die Familienversicherung erfüllt sind

Zu a) Herr A. beantragt bei der DRV den Wechsel seiner derzeitigen Vollrente i.H.v. 527,38 € in eine Teilrente von 94% und damit i.H.v. 495,74 €. Er teilt der DRV mit, dass er seine private Krankenversicherung zum xx.xx.xxxx kündigen wird, da er ab dem xx.xx.xxxx über seine Ehefrau bei der DAK familienversichert sein wird. Der Zuschuss zu seinen PKV-Beiträgen entfällt daher. Mit der Umstellung seiner Voll- in eine Teilrente zeigt Frau A. die Familienversicherung ihres Ehemannes bei der DAK an. Herr A. kündigt seine PKV nahtlos zum Beginn der Familienversicherung mit Sonderkündigungsrecht gem. § 205 (2) Satz 5

VVG. Die VVZ für Leistungen aus der privaten Pflegeversicherung werden gem. § 33 (3) SGB XI auf die DAK „übertragen“, d.h. angerechnet wie VVZ aus der gesetzlichen Pflegeversicherung.

Rechnerisch möglich wäre auch eine geringfügig höhere Teilrente; allerdings sollte man eine ausreichende Differenz wählen, damit die Familienversicherung nicht bei der nächsten Rentenerhöhung wieder ausgeschlossen ist. In diesen Fällen wäre aber eine Umstellung einer Teilrente von x% auf eine Teilrente in x% möglich, damit die Rente wieder unter der EK-Grenze liegt.

Zu b) Herr B. beantragt bei der DRV den Wechsel seiner derzeitigen Vollrente i.H.v. 510,01 € in eine Teilrente von 97% und damit i.H.v. 494,71 €. Herr B. kann sofort nach erfolgter Umstellung seiner Rente in eine Teilrente in die Familienversicherung seiner Ehefrau wechseln. Die bisherige Auftragsversorgung gem. § 264 wird durch den SHT abgemeldet. Ansprüche auf Leistungen aus der Pflegeversicherung entstehen nach 2 Jahren Familienversicherung (§ 33 (2) SGB XI).

Zu c) Gleiche Lösung wie zu b). Wird die Umstellung sofort beantragt, beginnt die Teilrente und damit der Anspruch auf Familienversicherung ab dem 1. des Folgemonats. Ggf. müsste dann lediglich für 1 Monat Krankenhilfe durch den SHT geleistet werden.

Zu d) Herr B. beantragt bei der DRV den Wechsel seiner derzeitigen Vollrente i.H.v. 603,47 € in eine Teilrente von 82% und damit i.H.v. 494,85 €. Damit ist ein Wechsel in die Familienversicherung möglich. Für diesen Wechsel muss die freiwillige Versicherung gekündigt werden. Je nach Satzung der KVen ist eine nahtlose Kündigung möglich oder aber eine Kündigung ab Eingang des Kündigungsschreibens bei der KK (§ 191 Nr. 3).

In diesen Fällen lohnt sich ein Wechsel immer dann, wenn die Differenz zwischen Rente und Teilrente geringer ist als der zu zahlende Beitrag zu freiwilligen Versicherung. In diesem Beispiel beträgt die Rentendifferenz 108,62 €, eingespart wird aber der freiwillige Beitrag i.H.v. rund 220,00 €.

Claudia Mehlhorn, Berlin