

special 3:

**freiwillige Krankenversicherung für
schwerbehinderte Menschen**



Normen

§ 9 Abs. 1 Nr. 4 SGB V
GR 11.12.1981 Punkt V.2.
GR 11.12.1981 Punkt V.6.

Siehe auch

BSG 19.02.1987 - 12 RK 37/84
Vorversicherungszeit ist verfassungskonform (USK 8766)
BSG 10.09.1987 - 12 RK 28/86
Unmöglichkeit der Erfüllung der Vorversicherungszeit (USK 87109)
BSG 22.09.1988 - 12 RK 44/87
Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft (USK 88151)

Kurzinfo

Schwerbehinderte Menschen im Sinne des SGB IX können der Versicherung beitreten, wenn entweder sie, ein Elternteil, ihr Ehegatte oder ihr Lebenspartner in den letzten fünf Jahren vor dem Beitritt mindestens drei Jahre versichert waren, es sei denn, sie konnten wegen ihrer Behinderung diese Voraussetzungen nicht erfüllen.

Schwerbehinderte Menschen in diesem Sinne sind Personen mit einem Grad der Behinderung von wenigstens 50 v.H., sofern sie ihren Wohnsitz, ihren gewöhnlichen Aufenthalt oder ihre Beschäftigung regelmäßig in der Bundesrepublik Deutschland haben. Entscheidend ist, dass das Versorgungsamt die Schwerbehinderteneigenschaft feststellt oder dass eine dahingehende Entscheidung in einem Rentenbescheid, in einer entsprechenden Verwaltungs- oder Gerichtsentscheidung oder einem vorläufigen Bescheid der für diese Entscheidung zuständigen Dienststellen vorliegt.

Wird der Beitritt z. B. am 22.03.2001 gestellt, so muss in der Zeit vom 22.03.1996 bis zum 21.03.2001 eine **Vorversicherungszeit** von 3 Jahren (1.095 Tage) erfüllt sein. Angerechnet werden alle Zeiten der Pflicht- und freiwilligen Mitgliedschaft einschließlich der Mitgliedschaft als Rentenantragsteller sowie der Familienversicherung. Eine Kumulierung von Versicherungszeiten verschiedener Personen ist nicht zulässig. Mithin muss die Vorversicherungszeit entweder vom schwerbehinderten Menschen selbst oder von einem Elternteil, von dem Ehegatten oder dem Lebenspartner zurückgelegt worden sein.

Ob ein schwerbehinderter Mensch, der der Krankenversicherung freiwillig beitreten will, die dafür grundsätzlich erforderliche Vorversicherungszeit von mindestens drei

Jahren in den letzten fünf Jahren vor dem Beitritt wegen seiner Behinderung nicht erfüllen konnte, ist nur nach seinen Versicherungsmöglichkeiten in den letzten fünf Jahren vor dem Beitritt zu beurteilen. Bei der Prüfung der Versicherungsmöglichkeiten eines schwerbehinderten Menschen sind auch die Möglichkeiten einer Beschäftigung nach dem SGB IX zu berücksichtigen. Der schwerbehinderte Mensch muss sich um einen solchen Platz ausreichend bemüht haben. Wird der schwerbehinderte Mensch stationär in einem Landeskrankenhaus behandelt und sind dort keine geeigneten Arbeitsmöglichkeiten vorhanden, so liegt ein Grund vor, der die Bedingung einer Vorversicherungszeit ausschließt.

Die Satzung kann das Recht zum Beitritt von einer **Altersgrenze** abhängig machen. Dabei sollte die Altersgrenze so festgelegt werden, dass zum einen einem Großteil der schwerbehinderten Menschen der Beitritt ermöglicht wird, andererseits die Solidargemeinschaft vor der Belastung durch ältere Personen geschützt ist. Die meisten Satzungen sehen Altersgrenzen von 40 - 50 Jahren vor. Der Beitritt und der Antrag auf Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft muss vor Vollendung dieses Lebensalters gestellt werden.

Der Beitritt ist der Krankenkasse innerhalb von drei Monaten nach Feststellung der Behinderung nach § 68 SGB IX anzuzeigen *(bis 30.6.2004 gem. § 1 Abs. 6)*
(Freiwillige Versicherung - Anzeigefrist).

GR 11.12.1981 (Beitragsrecht KV/RV/AV)

Gemeinsames Rundschreiben vom 11.12.1981 betr. Änderungen im Versicherungs- und Beitragsrecht der Kranken-, Renten- und Arbeitslosenversicherung zum 1.1.1982

der Spitzenverbände der Kranken- und Rentenversicherungsträger sowie der BA

V. Beitrittsrecht für Schwerbehinderte

Zu < § 9 Abs. 1 Nr. 4 und Abs. 2 Nr. 4 SGB V >

1. <Allgemeines>

< . . . >

2. Personenkreis

< § 9 Abs. 1 Nr. 4 SGB V > räumt Schwerbehinderten, wenn sie die Voraussetzungen des § 1 SchwbG erfüllen, ein Beitrittsrecht zur gesetzlichen Krankenversicherung ein. Schwerbehinderte im Sinne des § 1 SchwbG sind Personen <mit einem Grad der Behinderung von wenigstens 50 v.H.>, sofern sie ihren Wohnsitz, ihren gewöhnlichen Aufenthalt oder ihre Beschäftigung auf einem Arbeitsplatz im Sinne des § 7 Abs. 1 SchwbG rechtmäßig im Geltungsbereich dieses Gesetzes haben. Die Feststellung sowie der Nachweis der <Behinderung> richten sich nach § 4 SchwbG. Erst wenn die amtliche Anerkennung vorliegt, kann das Beitrittsrecht ausgeübt werden.

3. Beitrittserklärung

- (1) Der Beitritt ist innerhalb von 3 Monaten nach Feststellung der Schwerbehinderung möglich. Der Tag der Feststellung richtet sich nach dem Datum des Feststellungsbescheides des Versorgungsamtes. Falls diese Behörde keine Feststellung zu treffen hat oder zu treffen hätte <§ 4 Abs. 2 SchwbG>, weil über das Vorliegen einer Behinderung und den Grad einer auf ihr beruhenden MdB schon in einem Rentenbescheid, einer entsprechenden Verwaltungs- oder Gerichtsentscheidung oder einer vorläufigen Bescheinigung der hierfür zuständigen Dienststelle entschieden worden ist, ist das Datum eines solchen Bescheides bzw. einer solchen Bescheinigung maßgebend.
- (2) Die Ausschlussfrist von 3 Monaten beginnt erst zu laufen, wenn der Feststellungsbescheid oder der gleichgestellte Bescheid dem schwer Behinderten oder seinem gesetzlichen Vertreter bekannt gegeben worden ist. Der Bescheid gilt mit dem 3. Tag nach der Aufgabe zur Post als bekannt gegeben, es sei denn, er ist nachweislich zu einem späteren Zeitpunkt zugegangen (vgl. § 37 SGB X).

4. Beginn der Mitgliedschaft

Die Mitgliedschaft der nach < § 9 Abs. 1 Nr. 4 SGB V > beigetretenen Schwerbehinderten beginnt mit dem Tage des Beitritts (§ 188 Abs. 1 SGB V), frühestens mit dem Tage des Eingangs der Beitrittserklärung bei der Krankenkasse.

5. Zuständiger Krankenversicherungsträger

< . . . >

6. Vorversicherungszeit

a) Allgemeines

Beitrittsberechtigt sind <die Schwerbehinderten> nur, wenn sie selbst, einer ihrer Elternteile oder ihr Ehegatte in den Letzten 5 Jahren vor dem Beitritt mindestens 3 Jahre <bei einer Krankenkasse> versichert waren.

b) Rahmenfrist

(1) Die Vorversicherungszeit von 3 Jahren ist innerhalb einer Rahmenfrist von 5 Jahren vordem Beitritt nachzuweisen. Der 5-Jahres-Zeitraum ist durch Rückrechnung vom Tag vordem Beitritt an zu ermitteln.

Beispiel <1998 aktualisiert>

Beitrittserklärung am 27.1. 1998

Rahmenfrist vom 27.1.1993 bis zum 26.1.1998

(2) Für die Berechnung der Rahmenfrist gilt § 26 Abs.1 SGB X in Verbindung mit § 187 Abs. 1 , § 188 Abs. 2 Halbsatz 1 BGB :

c) Anrechenbare Zeiten

(1) < . . >

(2) < . . >

(3) Die Vorversicherungszeiten brauchen nicht zusammenhängend zu verlaufen.

(4) Der Wortlaut der Vorschrift erlaubt keine Kumulierung von eigenen Versicherungszeiten mit Versicherungszeiten von Angehörigen. Mithin muss die Vorversicherungszeit von 3 Jahren entweder von dem Schwerbehinderten selbst oder von einem Elternteil (Vater oder Mutter) oder von dem Ehegatten zurückgelegt worden sein.

Beispiele

- Hier nicht wiedergegeben -

(5) Beitrittsberechtigt sind Schwerbehinderte auch dann, wenn sie die Vorversicherungszeit wegen ihrer Behinderung nicht erfüllen konnten. Dies ist dann anzunehmen, wenn die körperliche, geistige oder seelische Behinderung so erheblich ist, dass weder eine Beschäftigung ausgeübt noch die Voraussetzungen für eine Versicherung nach < § 5 Abs. 1 Nr. 7 oder 8 SGB V > erfüllt werden konnten.

7. < Altersgrenze, Gesundheitszeugnis, Wartezeit, Einkommen >

< . . >

2.5 Beitrittsrechte von schwerbehinderten Menschen (Abs. 1 Nr. 4)

Rz. 45

Das Beitrittsrecht als schwerbehinderter Mensch nach dem SGB IX setzt einen Grad der Behinderung (GdB) von wenigstens 50% voraus. Die Gleichstellung mit einem schwerbehinderten Menschen bei einem geringeren GdB (§ 2 Abs. 3 SGB IX) begründet kein Beitrittsrecht.

Rz. 46

Der GdB und die Eigenschaft als schwerbehinderter Mensch besteht zwar unabhängig von einem förmlichen Bescheid. Das Beitrittsrecht setzt jedoch, wie sich aus dem Fristbeginn in Abs. 2 Nr. 4 ergibt, die förmliche Feststellung der Behinderung und deren Grad voraus. Dies hat durch eine eigenständige Feststellung auf Antrag durch die Versorgungsverwaltung nach § 69 SGB IX zu erfolgen. Die Feststellung der Versorgungsverwaltung hat für die Krankenkassen und das Beitrittsrecht Tatbestandswirkung. Der Beitritt kann daher nicht deshalb von der Krankenkasse verweigert werden, weil diese die Schwerbehinderung von 50% GdB in Abrede stellt. Aufgrund der Tatbestandswirkung begründet auch erst die Anerkennung und/oder die Ausstellung eines Ausweises das Beitrittsrecht und hat nicht nur für die Beitrittsfrist Bedeutung.

Rz. 47

Unerheblich ist, wie der Status des schwerbehinderten Menschen sonst krankenversicherungsrechtlich zu beurteilen wäre. Daher sind schwerbehinderte Menschen auch als versicherungsfreie Beschäftigte (§ 6 Abs. 1, § 7), von der Krankenversicherungspflicht Befreite, Erwerbslose oder Rentenbezieher beitrittsberechtigt. Das Beitrittsrecht ist auch nicht dadurch ausgeschlossen, dass weiterhin eine versicherungspflichtige Beschäftigung, von der nach § 8 befreit worden war, ausgeübt wird. Der Beitritt als schwerbehinderter Mensch führt jedoch nicht dazu, dass die ausgesprochene Befreiung ihre Wirksamkeit verliert, so dass nur eine freiwillige Mitgliedschaft möglich ist. § 191 Nr. 2 steht dem nicht entgegen.

Rz. 48

Das Beitrittsrecht setzt die Erfüllung einer Vorversicherungszeit in der gesetzlichen Krankenversicherung voraus. Diese beträgt drei Jahre innerhalb der letzten fünf Jahre vor dem Beitritt. Diese Versicherungszeit muss nicht zusammenhängend verlaufen sein, so dass Versicherungszeiten von insgesamt 1.095 Tagen in den letzten fünf Jahren nachzuweisen sind. Die Rahmenfrist errechnet sich vom Tag der Beitrittserklärung an. Durch das Erfordernis der Vorversicherungszeit wird ein zumindest früherer Bezug zur gesetzlichen Krankenversicherung auch für anerkannte Behinderte vorausgesetzt.

Rz. 49

Die Vorversicherungszeiten können alternativ durch den Beitrittsberechtigten selbst, einen Elternteil oder den Ehegatten bzw. Lebenspartner (seit 1.8.2001) erfüllt sein. Auch hier sind neben Pflichtversicherungszeiten auch Zeiten der freiwilligen Mitgliedschaft und der Familienversicherung zu berücksichtigen. Ein ausdrücklicher Ausschluss der Zeiten als Rentenantragsteller nach § 189 ist hier, anders als in Abs. 1 Nr. 1, nicht gesetzlich geregelt, so dass auch solche Zeiten anzurechnen sind. Die Vorversicherungszeit kann jedoch nicht dadurch erfüllt werden, dass einzelne Versicherungszeiten verschiedener Personen zusammengerechnet werden.

Rz. 50.

Keiner Vorversicherungszeit bedarf es, wenn der behinderte Mensch die Vorversicherungszeit wegen der Behinderung nicht erfüllen konnte. Dabei

kommt es nur darauf an, dass in den letzten 5 Jahren eine Behinderung den Erwerb von Vorversicherungszeiten ausgeschlossen hatte (BSG vom 10.9.1987, 12 RK 28/86, SozR 2200 § 176c RVO Nr. 8). Länger zurückliegende Zeiten bleiben unberücksichtigt, selbst wenn in diesen eine Mitgliedschaft bestanden hatte oder der Zugang zur gesetzlichen Krankenversicherung möglich war. Die Behinderung muss so schwer sein, dass sie als Grund und Ursache dafür anzusehen ist, dass deswegen ein Zugang zur Krankenversicherung nicht möglich war. Das kann z.B. dann der Fall sein, wenn wegen der Behinderung krankenversicherungspflichtige Beschäftigungen oder Tätigkeiten als Behinderter in einer entsprechenden Einrichtung gar nicht oder wegen der Behinderung nur für eine Zeit ausgeübt wurden, die als Voraussetzung zur freiwilligen Weiterversicherung nach Abs.1 Nr.1 nicht ausreichen. Beruht die Nichtversicherung auf anderen Gründen, z.B. einer Befreiung oder der Versäumung der Beitrittsfrist für die freiwillige Weiterversicherung, müssen die Vorversicherungszeiten erfüllt sein, sonst ist das Beitrittsrecht ausgeschlossen. Die Nachweislast für die Kausalität der Behinderung für die Nichterfüllung der Vorversicherungszeit liegt bei demjenigen, der sich auf das Beitrittsrecht ohne Vorversicherungszeit beruft. Neben der Behinderung beim Beitrittsberechtigten selbst ist auch eine Behinderung (i.S. der Definition des § 2 Abs. 1 SGB IX) des Elternteils, des Ehegatten oder (ab 1.8.2001) des Lebenspartners ausreichend, wenn diese dadurch Vorversicherungszeiten nicht erwerben konnten. Auch hier muss die Behinderung der Grund sein, der den Erwerb von Vorversicherungszeiten in den letzten 5 Jahren ausgeschlossen hatte.

Rz. 51

Das Beitrittsrecht schwerbehinderter Menschen kann durch die Satzung der Krankenkasse von einer Altersgrenze abhängig gemacht werden. Dadurch ist das Beitrittsrecht bei Überschreiten der Altersgrenze zu dieser Krankenkasse ausgeschlossen. Die meisten Krankenkassensatzungen sehen Altershöchstgrenzen vor, die zwischen dem 45. und 55. Lebensjahr liegen.

aus: Hauke, Kommentar zu SGB V

nahme der krankenversicherungsfreien Beschäftigung anzuzeigen (vgl. Abs. 2 Nr. 3 unten).

Mit dem **GHV-GR 2000** wird m. W. vom **1. 1. 2000** zu **Abs. 1 Nr. 3** in einem weiteren Halbsatz geregelt, dass Beschäftigungen vor oder während der beruflichen Ausbildung unberücksichtigt bleiben. Zu Nr. 4 wird dadurch klargestellt, dass eine Beschäftigung, die im Rahmen oder während der Berufsausbildung ausgeübt wird, nicht als erstmalige Beschäftigung anzusehen ist. Damit sollen alle Personen beitragsberechtigter sein, die als Berufsanfänger nach Abschluss ihrer Ausbildung wegen Überschreitens der Versicherungspflichtgrenze versicherungsfrei sind. Die Materialien (vgl. Anm. I 2) führen als nicht zu berücksichtigende Tätigkeiten etwa Beschäftigungen als Schüler, während des Studiums oder als Beamter auf Widerruf zur Vorbereitung auf das zweite juristische Staatsexamen an.

4. Schwerbehinderte Menschen

In bestimmten Fällen haben schwerbehinderte Menschen (vgl. §§ 2 Abs. 2, 69 SGB IX, Begriff i. d. F. ab 1. 7. 2001) ein **Beitriffsrecht** nach § 9 Abs. 1 Nr. 4. Bereits mit der Regelung des § 176c RVO a. F., an die § 9 Abs. 1 Nr. 4 anknüpft, war das Recht der Schwerbehinderten zum Beitritt zur KV eingeschränkt worden, da das uningeschränkte Beitriffsrecht zum Mißbrauch geführt hatte. Hier nach galt eine Ausschlussfrist von 3 Monaten nach Zustellung oder Bekanntgabe des Feststellungsbescheides an den Schwerbehinderten oder gesetzlichen Vertreter. Voraussetzung für das Beitriffsrecht ist, daß eine Versicherungszeit von 3 Jahren innerhalb der letzten 5 Jahre gegeben ist. Diese Vorversicherungszeit kann allein dann entfallen, wenn die Behinderung so erheblich war, daß weder eine versicherungspflichtige Beschäftigung ausgeübt noch die Voraussetzungen der §§ 1 oder 2 SVBG erfüllt werden konnten. Für den Beitritt kann die Satzung eine Altersgrenze vorsehen.

Schwerbehinderte Menschen in diesem Sinne sind Personen mit einem Grad der Behinderung von wenigstens 50 v. H.; sie müssen ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Geltungsbereich des Gesetzes haben (§ 1 SchwBG, ab 1. 7. 2001 § 2 Abs. 2 SGB IX); Behinderung i. S. dieses Gesetzes ist die Auswirkung einer nicht

nur vorübergehenden Funktionsbeeinträchtigung, die auf einem regelwidrigen körperlichen, geistigen oder seelischen Zustand beruht. Eine bestimmte Staatsangehörigkeit wird nicht vorausgesetzt. Der Personenkreis der Gleichgestellten nach § 2 SchwBG, ab 1. 7. 2001 § 2 Abs. 3 SGB IX (Grad der Behinderung von weniger als 50 aber wenigstens 30 v. H.), wird vom Wortlaut des Abs. 1 Nr. 4 nicht erfaßt.

Der Beitritt zur KK ist innerhalb von 3 Monaten anzuzeigen, und zwar nach Feststellung der Behinderung nach § 4 SchwBG, ab 1. 7. 2001 nach § 69 SGB IX (vgl. § 9 Abs. 2 Nr. 4).

5. Arbeitnehmer nach Rückkehr in das Bundesgebiet bei Aufnahme einer Beschäftigung

Beitreten können als freiwillige Mitglieder ferner auch Arbeitnehmer nach Rückkehr in das Bundesgebiet. Wird die Mitgliedschaft durch Beschäftigung außerhalb der Bundesrepublik Deutschland und Berlin (West) beendet, besteht ein Beitriffsrecht nach Abs. 1 Nr. 5, wenn diese innerhalb von 2 Monaten (Frist aufgrund des Ausschlußberichts in BT-Drucks. v. 11/3320) nach Rückkehr in die Bundesrepublik Deutschland oder Berlin (West) wieder eine Beschäftigung aufnehmen und in dieser Beschäftigung keine Krankenversicherungspflicht besteht; besteht Krankenversicherungspflicht, sind diese ohnedies Pflichtmitglieder.

Der erfaßte Personenkreis wird damit zum einen dadurch begrenzt, daß Versicherungspflicht bestand, diese durch die Ausländstätigkeit beendet ist (es sich also nicht um einen Ausstrahlungsfall in Bezug auf die Krankenversicherung handelte) und innerhalb von 2 Monaten nach Rückkehr eine — zwangsläufig nicht beitragspflichtige — Beschäftigung aufgenommen worden ist. Dies ist etwa bei Aufnahme einer Beschäftigung bei Versicherungsfreiheit wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze der Fall, woran im Gesetzgebungsverfahren in erster Linie gedacht sein dürfte; dem Wortlaut nach werden jedoch auch andere versicherungsfreie Beschäftigungen nicht ausgeschlossen, etwa auch eine geringfügige. Im übrigen gilt die Antragsfrist nach Abs. 2 Nr. 5; der Beitritt ist innerhalb von 3 Monaten nach Rückkehr in den Geltungsbereich des SGB anzuzeigen.

Bundesgesetzblatt

1961

Teil I

Z 1997 A

1975	Ausgegeben zu Bonn am 13. Mai 1975	Nr. 52
------	------------------------------------	--------

Tag	Inhalt	Seite
7. 5. 75	Gesetz über die Sozialversicherung Behinderter 820-1, 821-1, 822-1, 810-1, 8252-1, 822-13, 8251-1, 86-5	1061
25. 3. 75	Verordnung über die Übertragung von Grenzschaufgaben auf die Zollverwaltung (BGSZollV)	1068
2. 5. 75	Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts (zu § 2 Abs. 1 Nr. 6 des Gesetzes über die unentgeltliche Beförderung von Kriegs- und Wehrdienstbeschädigten sowie von anderen Behinderten im Nahverkehr vom 27. August 1965)	1074
	830-3	
Hinweis auf andere Verkündungsblätter.		
	Bundesgesetzblatt Teil II Nr. 31 und Nr. 32	1075
	Rechtvorschriften der Europäischen Gemeinschaften	1076

Gesetz über die Sozialversicherung Behinderter

= SV 86

Vom 7. Mai 1975

Der Bundestag hat mit Zustimmung des Bundesrates das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1

Gesetz über die Sozialversicherung Behinderter in geschützten Einrichtungen

Erster Abschnitt

Gemeinsame Vorschriften

§ 1

(1) Körperlich, geistig oder seelisch Behinderte, die in Werkstätten für Behinderte oder Blindenwerkstätten beschäftigt werden, sind nach diesem Gesetz in der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung versichert. Hierzu zählen auch Behinderte, die von diesen Einrichtungen als Heimarbeiter beschäftigt werden.

(2) Werkstätten für Behinderte sind die nach dem Schwerbehindertengesetz, Blindenwerkstätten die nach dem Blindenwarenvertriebsgesetz anerkannten Werkstätten.

§ 2

(1) Nach diesem Gesetz sind ferner versichert körperlich, geistig oder seelisch Behinderte, die in Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen beschäftigt werden.

(2) Als beschäftigt gelten Behinderte, die ohne oder gegen Entgelt in gewisser Regelmäßigkeit eine Leistung erbringen, die einem Fünftel der Leistung eines voll erwerbsfähigen Beschäftigten in gleichartiger Beschäftigung entspricht. Zu den Beschäftigungen zählen auch Dienstleistungen für den Träger der Einrichtung.

(3) Sind die Voraussetzungen des Absatzes 2 erfüllt, so liegt eine Beschäftigung im Sinne der Sozialversicherung auch dann vor, wenn sie tatsächlich nicht als solche bezeichnet wird.

§ 3

(1) Auf die Versicherung nach diesem Gesetz finden die Vorschriften für die gesetzliche Kranken- und Rentenversicherung Anwendung, soweit dieses Gesetz nichts Abweichendes bestimmt. Dabei

SS Normen

§ 9 Abs. 2 SGB V
§ 6 Abs. 2 KVLG 1989
GR 11.12.1981 Punkt V.3.
Anzeigefrist Schwerbehinderte (DOK 1982 S.89)
GR 26.09.1995, Teil ...3
Punkt A.IV.3

Siehe auch

RVA 05.11.1920 GE Nr. 2615
Beginn der Anzeigefrist (AN 1921 S. 177)
BSG 19.06.1963 - 3 RK 34/59
Geschäftsunfähiger Versicherter (NJW 1964 S. 124)
BSG 24.07.1985 - 8 RK 36/84
Anzeigefrist bei Ende der Familienversicherung (USK 85245)
BSG 11.06.1992 - 12 RK 59/91
Beitrittsfrist ist eine Ausschlussfrist
BSG 11.05.1993 - 12 RK 36/90
Wiedereinsetzung in den vorigen Stand (USK 9327)

Kurzinfo

Der Beitritt ist der Krankenkasse innerhalb von drei Monaten anzuzeigen, und zwar

- beim Ende der Pflichtmitgliedschaft nach Beendigung der Mitgliedschaft,
- beim Ende oder bei Nichtbestehen einer Familienversicherung nach Beendigung der Versicherung oder nach der Geburt des Kindes,
- bei Berufsanfängern nach Aufnahme der Beschäftigung,
- bei schwerbehinderten Menschen nach Feststellung der Behinderung nach § 68 SGB IX,
- bei Auslandsrückkehrern nach Rückkehr in das Inland.

Die Anzeigefrist berechnet sich nach § 26 Abs. 1 SGB X i.V.m. §§ 187, 188, 193 BGB. Dabei sind die Geburt, die Aufnahme einer Beschäftigung, die Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft und die Rückkehr aus dem Ausland in den Lauf eines Tages fallende Ereignisse, womit die Anzeigefrist mit dem folgenden Tag beginnt.

Das Ende der Mitgliedschaft und das Ende der Familienversicherung treten mit Ablauf des Tages ein, sodass die Frist mit dem folgenden Tag beginnt.

Bei der Anzeigefrist handelt es sich nach der Rechtsprechung um eine **Ausschlussfrist**; dies kann jedoch auch anders beurteilt werden. Wenn etwa ohne Wissen des Versicherten die Familienversicherung endet (z. B. bei getrennt lebenden Ehepartnern, Lebenspartnern oder familienversicherten Kindern) kann wegen der Versäumung der Frist für den Beitritt zur Krankenversicherung nach Erlöschen der Familienversicherung die **Wiedereinsetzung in den vorigen Stand** zulässig sein. Nicht unproblematisch ist die Entscheidung des BSG, wonach die Anzeigefrist für einen geschäftsunfähigen Versicherten erst zu laufen beginnt, wenn der Versicherte geschäftsfähig wird oder ein Vertreter bestellt ist.

Bei schwerbehinderten Menschen richtet sich der Lauf der Anzeigefrist grds. nach dem Datum des Feststellungsbescheides des Versorgungsamts. Die Frist beginnt mit dem Folgetag, wenn der Bescheid dem schwerbehinderten Menschen bekannt gegeben wird.

Geltungsbereich

(1) Die Regelungen dieses Teils gelten für schwerbehinderte und diesen gleichgestellte behinderte Menschen.

(2) Die Gleichstellung behinderter Menschen mit schwerbehinderten Menschen (§ 2 Abs. 3) erfolgt auf Grund einer Feststellung nach § 69 auf Antrag des behinderten Menschen durch das Arbeitsamt. Die Gleichstellung wird mit dem Tag des Eingangs des Antrags wirksam. Sie kann befristet werden.

(3) Auf gleichgestellte behinderte Menschen werden die besonderen Regelungen für schwerbehinderte Menschen mit Ausnahme des § 125 und des Kapitels 13 angewendet.

Online-Zugriff auf neueren Rechtsstand

Feststellung der Behinderung, Ausweise

(1) Auf Antrag des behinderten Menschen stellen die für die Durchführung des Bundesversorgungsgesetzes zuständigen Behörden das Vorliegen einer Behinderung und den Grad der Behinderung fest. Das Gesetz über das Verwaltungsverfahren der Kriegsopfersversorgung ist entsprechend anzuwenden, soweit nicht das Zehnte Buch Anwendung findet. Die Auswirkungen auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft werden als Grad der Behinderung nach Zehnergraden abgestuft festgestellt. Die im Rahmen des § 30 Abs. 1 des Bundesversorgungsgesetzes festgelegten Maßstäbe gelten entsprechend. Eine Feststellung ist nur zu treffen, wenn ein Grad der Behinderung von wenigstens 20 vorliegt.

(2) Eine Feststellung nach Absatz 1 ist nicht zu treffen, wenn eine Feststellung über das Vorliegen einer Behinderung und den Grad einer auf ihr beruhenden Erwerbsminderung schon in einem Rentenbescheid, einer entsprechenden Verwaltungs- oder Gerichtsentscheidung oder einer vorläufigen Bescheinigung der für diese Entscheidungen zuständigen Dienststellen getroffen worden ist, es sei denn, dass der behinderte Mensch ein Interesse an einer weiteren Feststellung nach Absatz 1 glaubhaft macht. Eine Feststellung nach Satz 1 gilt zugleich als Feststellung des Grades der Behinderung.

(3) Liegen mehrere Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft vor, so wird der Grad der Behinderung nach den Auswirkungen der Beeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen festgestellt. Für diese Entscheidung gilt Absatz 1, es sei denn, dass in einer Entscheidung nach Absatz 2 eine Gesamtbewertung bereits getroffen worden ist.

(4) Sind neben dem Vorliegen der Behinderung weitere gesundheitliche Merkmale Voraussetzung für die Inanspruchnahme von Nachteilsausgleichen, so treffen die für die Durchführung des Bundesversorgungsgesetzes zuständigen Behörden die erforderlichen Feststellungen im Verfahren nach Absatz 1.

(5) Auf Antrag des behinderten Menschen stellen die für die Durchführung des Bundesversorgungsgesetzes zuständigen Behörden auf Grund einer Feststellung der Behinderung einen Ausweis über die Eigenschaft als schwerbehinderter Mensch, den Grad der Behinderung sowie im Falle des Absatzes 4 über weitere gesundheitliche Merkmale aus. Der Ausweis dient dem Nachweis für die Inanspruchnahme von Leistungen und sonstigen Hilfen, die schwerbehinderten Menschen nach Teil 2 oder nach anderen Vorschriften zustehen. Die Gültigkeitsdauer des Ausweises wird befristet. Er wird eingezogen, sobald der gesetzliche Schutz schwerbehinderter Menschen erloschen ist. Der Ausweis wird berichtigt, sobald eine Neufeststellung unanfechtbar geworden ist.

Online-Zugriff auf neueren Rechtsstand

ERSTER ABSCHNITT

Geschützter Personenkreis

§ 1

Schwerbehinderte

Schwerbehinderte im Sinne dieses Gesetzes sind Personen mit einem Grad der Behinderung von wenigstens 50, sofern sie ihren Wohnsitz, ihren gewöhnlichen Aufenthalt oder ihre Beschäftigung auf einem Arbeitsplatz im Sinne des § 7 Abs. 1 rechtmäßig im Geltungsbereich dieses Gesetzes haben.

§ 2

Gleichgestellte

(1) Personen mit einem Grad der Behinderung von weniger als 50, aber wenigstens 30, bei denen im übrigen die Voraussetzungen des § 1 vorliegen, sollen auf Grund einer Feststellung nach § 4 auf ihren Antrag vom Arbeitsamt Schwerbehinderten gleichgestellt werden, wenn sie infolge ihrer Behinderung ohne die Gleichstellung einen geeigneten Arbeitsplatz im Sinne des § 7 Abs. 1 nicht erlangen oder nicht behalten können. Die Gleichstellung wird mit dem Tag des Eingangs des Antrages wirksam. Sie kann befristet werden.

(2) Auf Gleichgestellte ist dieses Gesetz mit Ausnahme des § 47 und des Elften Abschnitts anzuwenden.

§ 3

Behinderung

(1) Behinderung im Sinne dieses Gesetzes ist die Auswirkung einer nicht nur vorübergehenden Funktionsbeeinträchtigung, die auf einem regelwidrigen körperlichen, geistigen oder seelischen Zustand beruht. Regelwidrig ist der Zustand, der von dem für das Lebensalter typischen abweicht. Als nicht nur vorübergehend gilt ein Zeitraum von mehr als 6 Monaten. Bei mehreren sich gegenseitig beeinflussenden Funktionsbeeinträchtigungen ist deren Gesamtauswirkung maßgeblich.

(2) Die Auswirkung der Funktionsbeeinträchtigung ist als Grad der Behinderung (GdB), nach Zehnergraden abgestuft, von 20 bis 100 festzustellen.

(3) Für den Grad der Behinderung gelten die im Rahmen des § 30 Abs. 1 des Bundesversorgungsgesetzes festgelegten Maßstäbe entsprechend.

§ 4¹⁾

Feststellung der Behinderung, Ausweise

(1) Auf Antrag des Behinderten stellen die für die Durchführung des Bundesversorgungsgesetzes zuständigen Behörden das Vorliegen einer Behinderung und den Grad der Behinderung fest. Das Gesetz über das Verwaltungsverfahren der Kriegsopferversorgung ist entsprechend anzuwenden, soweit nicht das Sozialgesetzbuch Anwendung findet.

(2) Eine Feststellung nach Absatz 1 ist nicht zu treffen, wenn eine Feststellung über das Vorliegen einer Behinderung und den Grad einer auf ihr beruhenden Minderung der Erwerbsfähigkeit schon in einem Rentenbescheid, einer entsprechenden Verwaltungs- oder Gerichtsentscheidung oder einer vorläufigen Bescheinigung der für diese Entscheidungen zuständigen Dienststellen getroffen worden ist, es sei denn, daß der Behinderte ein Interesse an anderweiter Feststellung nach Absatz 1 glaubhaft macht. Eine Feststellung nach Satz 1 gilt zugleich als Feststellung des Grades der Behinderung.

(3) Liegen mehrere Funktionsbeeinträchtigungen vor, so ist der Grad der Behinderung nach den Auswirkungen der Funktionsbeeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen festzustellen. Für diese Entscheidung gilt Absatz 1, es sei denn, daß in einer Entscheidung nach Absatz 2 eine Gesamtbeurteilung bereits getroffen worden ist.

(4) Sind neben dem Vorliegen der Behinderung weitere gesundheitliche Merkmale Voraussetzung für die Inanspruchnahme von Nachteilsausgleichen, so treffen die für die Durchführung des Bundesversorgungsgesetzes zuständigen Behörden die erforderlichen Feststellungen im Verfahren nach Absatz 1.

(5) Auf Antrag des Behinderten stellen die für die Durchführung des Bundesversorgungsgesetzes zuständigen Behörden auf Grund einer Feststellung nach den Absätzen 1, 2, 3 oder 4 einen Ausweis über die Eigenschaft als Schwerbehinderter, den Grad der Behinderung sowie im Falle des Absatzes 4 über weitere gesundheitliche Merkmale aus. Der

1) § 4 Abs. 6 Satz 2 geändert durch Art. 12 Nr. 1 G v. 11. 1. 1993 (BGBl. I S. 50) m. W. v. 1. 1993.

Ausweis dient dem Nachweis für die Inanspruchnahme von Rechten und Nachteilsausgleichen, die Schwerbehinderten nach diesem Gesetz oder nach anderen Vorschriften zustehen. Die Gültigkeitsdauer des Ausweises ist zu befristen. Er ist einzuziehen, sobald der gesetzliche Schutz Schwerbehinderter erloschen ist; im übrigen ist er zu befristen, sobald eine Neufeststellung unannehmbar geworden ist. Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates nähere Vorschriften über die Gestaltung der Ausweise, ihre Gültigkeitsdauer und das Verwaltungsverfahren zu erlassen.

(6) Für die Streitigkeiten über Feststellungen nach den Absätzen 1 und 4 und die Ausstellung, Berichtigung und Einziehung der Ausweise nach Absatz 5 ist der Rechtsweg zu den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit gegeben. Soweit das Sozialgerichtsgesetz besondere Vorschriften für die Kriegsopferversorgung enthält, gelten diese auch für Streitigkeiten nach Satz 1.

ZWEITER ABSCHNITT

Beschäftigungspflicht der Arbeitgeber

§ 51

Umfang der Beschäftigungspflicht

(1) Private Arbeitgeber und Arbeitgeber der öffentlichen Hand (Arbeitgeber), die über mindestens 20 Arbeitsplätze im Sinne des § 7 Abs. 1 verfügen, haben auf wenigstens 5 vom Hundert der Arbeitsplätze Schwerbehinderte zu beschäftigen. Dabei sind schwerbehinderte Frauen besonders zu berücksichtigen.

(1a) Der Pflichtsatz nach Absatz 1 beträgt vom 1. Januar 2003 an 6 vom Hundert, wenn die Zahl der arbeitslosen Schwerbehinderten im Monat Oktober 2002 nicht um mindestens 25 vom Hundert geringer ist als die

1) § 5 Abs. 3 Nr. 1 Aml I Kap. VIII Sachgeb. E Abschn. II Nr. 6 Verlag vom 31. 8. 1990 (BGBl. II S. 889, 1039).

§ 5 Abs. 3 Nr. 1 geändert durch Art. 6 Abs. 103 Nr. 1 ENeuOG v. 27. 12. 1993 (BGBl. I S. 2378) m. W. v. 1. 1. 1994.

§ 5 Abs. 3 geändert durch Art. 12 Abs. 73 Nr. 1 PTNeuOG v. 14. 9. 1994 (BGBl. I S. 2325) m. W. v. 1. 1. 1995.

§ 5 Abs. 1 Satz 1 geändert, Satz 2 angefügt und Abs. 1a eingefügt durch Art. 1 Nr. 2 SchwDBdG v. 29. 9. 2000 (BGBl. I S. 1394) betr. Abs. 1 Satz 1 und Abs. 1a m. W. v. 1. 1. 2001 sowie betr. Abs. 1 Satz 2 m. W. v. 1. 10. 2000.

2. Hd. Fr. Mehlhorn

- sb
- volenbr
M. Buch

**Gesetz
über das Verwaltungsverfahren
der Kriegsopferversorgung**

**mit Rechtsverordnungen, Verwaltungsvorschriften
und einschlägigen Vorschriften anderer Gesetze**

Bei Rückfragen
Ausprechpartner Hr. Kroß
Tel. 90-12-6590

Gene. g. d. k. fr. volenbr. buch
M. Buch sb

tigten, die dem schulärztlichen Persönlichkeitssbereich angehören, wie z. B. über keinen körperlichen und seelischen Zustand und seine Familienverhältnisse. Bei Krutchen anderer Behörden, ihnen die Versorgungsakten zur Einsicht zu überlassen, wird daher besonders sorgfältig zu prüfen sein, ob die Akten unter Berücksichtigung des Zwecks des Erleidens herausgegeben werden können. Enthalte die Akten Tatsachen, die unter das ärztliche Berufsgeheimnis fallen, und können diese Teile nicht abgefordert werden, so bedarf es der Zustimmung des Versorgungsberechtigten und des ärztlichen Dienstes. Verweigert der Versorgungsberechtigte seine Zustimmung, so entscheidet der Leiter der Verwaltungsbehörde, ob das öffentliche Interesse an einer Akteneinsicht die Belange des Versorgungsberechtigten überwiegt.

2. Die Verwaltungsbehörden der Kriegsoferversorgung sind gehalten, andere Verwaltungsbehörden und die Träger der Sozialversicherung über Entscheidungen zu unterrichten, wenn nach den Umständen des Falles anzunehmen ist, daß sie für diese von Bedeutung sein können. Es muß darauf hingewirkt werden, daß diese gegenüber den Verwaltungsbehörden der Kriegsoferversorgung entsprechend verfahren.

§ 21

(1) Eine Behörde ist zur Vorlage von Urkunden oder Akten sowie zur Erteilung von Auskünften nicht verpflichtet, wenn die ausführende oberste Dienstbehörde erklärt, daß das Bekanntwerden des Inhalts dieser Urkunden, Akten oder Auskünfte dem Wohle des Bundes oder eines deutschen Landes Nachteile bereiten würde oder daß die Vorzüge nach einem Gesetz oder ihrem Wesen nach schweigehalten werden müssen.

(2) Handelt es sich dabei um Urkunden, Akten oder Auskünfte einer obersten Bundesbehörde, so darf die Vorlage der Urkunden oder Akten oder die Erteilung der Auskunft nur unterbleiben, wenn die Erklärung nach Absatz 1 von der Bundesregierung abgefordert wird. Die Landesregierung hat die Erklärung abzugeben, wenn diese Voraussetzungen bei einer obersten Landesbehörde vorliegen.

VI. Bescheid

§ 22

(1) Abstellende Mitteilungen der Verwaltungsbehörden in der Versorgungssache ergeben durch schriftlichen Bescheid. Der Bescheid muß die erlassende Behörde erkennen lassen und die Unterschrift oder Namenswiedergabe der für sie handelnden Person enthalten.

26

Bei Bescheiden, die mit Hilfe automatischer Vorrichtungen erlassen werden, können Unterschrift und Namenswiedergabe entfallen.

(2) Der Bescheid ist zu begründen. Bei der Bewilligung von Versorgungsleistungen sind zugleich Betrag und Beginn der Leistung sowie die Art der Berechnung anzugeben.

* (3) Kann nach dem Ergebnis der Ermittlungen über einen Teil des Anspruchs entschieden werden, so kann ein Teilbescheid erlassen werden; ein solcher Teilbescheid ist auf Antrag zu erlassen, wenn die Voraussetzungen vorliegen.

* (4) Kann nach dem Ergebnis der Ermittlungen über den Anspruch noch nicht endgültig entschieden werden, so kann ein Bescheid, unter dem ausdrücklich Vorbehalt der endgültigen Feststellung erlassen werden, wenn der Antragsteller an der abtätigen Erteilung eines solchen Bescheides ein berechtigtes Interesse hat. Aus dem Bescheid müssen sich Inhalt und Ausmaß des Vorbehalts ergeben. Ist die Unreife feststellbar, so ist dem Antragsteller ein endgültiger Bescheid zu erteilen.

(5) Ist in einem Bescheid nach § 60 a Abs. 4 des Bundesversorgungsgesetzes die endgültige Feststellung der einkommensabhängigen Leistungen vorbehalten worden, so ist für die endgültige Feststellung die vorher getroffene Feststellung der Berechnungsgrundlagen nicht bindend.

Zu § 22

1. Bescheide können nur die Versorgungsämter und Landesversorgungsämter auf Antrag oder von Amts wegen erlassen. Auf einen Antrag ist stets ein Bescheid zu erteilen, sofern der Antragsteller den Antrag nicht zurücknimmt. Es ist unzulässig, dem Antragsteller mitzuteilen, daß sein Antrag als erledigt angesehen werde, wenn er eine Anfrage bis zu einem gesetzlich Termin nicht beantwortet. Soweit Versorgungsstellenstellen im Sinne der Nummer 1 zu § 1 Leistungen gewährt, bedarf es nicht der Form eines Bescheides. Hält die orthopädische Versorgungsstelle den Antrag auf orthopädische Versorgung für unbegründet, so soll sie zunächst den Antragsteller hierüber aufklären. Nimmt dieser den Antrag nicht zurück, so hat die orthopädische Versorgungsstelle den Entwurf eines Bescheides vorzubereiten und dem Landesversorgungsamt vorzulegen. Dieses erteilt den Bescheid.

2. Bei vorbereitenden Mitteilungen und Maßnahmen bedarf es keines Bescheides.

3. Sind im Verwaltungsverfahren Tatsachen festgestellt worden, die zur Ablehnung des Antrages nötigen, dem Antragsteller aber

27

Behinderung *1)

(1) Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist.

(2) Menschen sind im Sinne des Teils 2 schwerbehindert, wenn bei ihnen ein Grad der Behinderung von wenigstens 50 vorliegt und sie ihren Wohnsitz, ihren gewöhnlichen Aufenthalt oder ihre Beschäftigung auf einem Arbeitsplatz im Sinne des § 73 rechtmäßig im Geltungsbereich dieses Gesetzbuches haben.

(3) Schwerbehinderten Menschen gleichgestellt werden sollen behinderte Menschen mit einem Grad der Behinderung von weniger als 50, aber wenigstens 30, bei denen die übrigen Voraussetzungen des Absatzes 2 vorliegen, wenn sie infolge ihrer Behinderung ohne die Gleichstellung einen geeigneten Arbeitsplatz im Sinne des § 73 nicht erlangen oder nicht behalten können (gleichgestellte behinderte Menschen).

*1) Red. Anm.: Siehe auch GR 18.06.2001.

Online-Zugriff auf neueren Rechtsstand



2.5 Beitrittsrechte von schwerbehinderten Menschen (Abs. 1 Nr. 4)

(HaufeIndex: 2028921, Stand des Dokuments: 31.05.2009)

Rz. 45

Das **Zugangsrecht zu einer freiwilligen Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung** für Schwerbehinderte knüpft an die frühere Regelung in § 176c RVO an. Das Beitrittsrecht als schwerbehinderter Mensch nach dem SGB IX setzt einen Grad der Behinderung (GdB) von wenigstens 50 % voraus. Die Gleichstellung mit einem schwerbehinderten Menschen bei einem geringeren GdB (§ 2 Abs. 3 SGB IX) begründet kein Beitrittsrecht.

Rz. 46

Der GdB und die Eigenschaft als schwerbehinderter Mensch bestehen zwar unabhängig von einem förmlichen Bescheid. Das Beitrittsrecht setzt jedoch, wie sich aus dem Fristbeginn in Abs. 2 Nr. 4 ergibt, die **förmliche Feststellung** der Behinderung und deren Grad voraus. Dies hat durch eine eigenständige Feststellung auf Antrag durch die Versorgungsverwaltung nach § 69 SGB IX zu erfolgen. Die Feststellung der Versorgungsverwaltung hat für die Krankenkassen und das Beitrittsrecht Tatbestandswirkung. Der Beitritt kann daher nicht deshalb von der Krankenkasse verweigert werden, weil diese die Schwerbehinderung von 50 % GdB in Abrede stellt. Aufgrund der **Tatbestandswirkung** begründet auch erst die Anerkennung und/oder die Ausstellung eines Ausweises das Beitrittsrecht und hat nicht nur für die Beitrittsfrist Bedeutung.

Rz. 47

Unerheblich ist, wie der Status des schwerbehinderten Menschen sonst krankenversicherungsrechtlich zu beurteilen wäre. Daher sind anerkannte schwerbehinderte Menschen auch als versicherungsfreie Beschäftigte (§ 6 Abs. 1, § 7), von der Krankenversicherungspflicht Befreite, Erwerbslose oder Rentenbezieher beitrittsberechtigt. Das Beitrittsrecht ist auch nicht dadurch ausgeschlossen, dass weiterhin eine versicherungspflichtige Beschäftigung, von der nach § 8 befreit worden war, ausgeübt wird. Der Beitritt als schwerbehinderter Mensch führt jedoch nicht dazu, dass die ausgesprochene Befreiung ihre Wirksamkeit verliert, so dass nur eine freiwillige Mitgliedschaft möglich ist. § 191 Nr. 2 steht dem nicht entgegen.

Rz. 48

Das Beitrittsrecht setzt die Erfüllung einer **Vorversicherungszeit** in der gesetzlichen Krankenversicherung voraus. Diese beträgt **3 Jahre** innerhalb der **letzten 5 Jahre** vor dem Beitritt. Diese Versicherungszeit muss nicht zusammenhängend verlaufen sein, so dass Versicherungszeiten von insgesamt 1.095 Tagen in den letzten 5 Jahren nachzuweisen sind. Die Rahmenfrist errechnet sich vom Tag der Beitrittserklärung an. Durch das Erfordernis der Vorversicherungszeit wird ein zumindest früherer Bezug zur gesetzlichen Krankenversicherung auch für anerkannte Behinderte vorausgesetzt.

Rz. 49

Die Vorversicherungszeiten können **alternativ** durch den Beitrittsberechtigten selbst, einen Elternteil oder den Ehegatten bzw. Lebenspartner (seit 1.8.2001) **erfüllt sein**. Auch hier sind neben Pflichtversicherungszeiten auch Zeiten der freiwilligen Mitgliedschaft und der Familienversicherung zu berücksichtigen. Ein ausdrücklicher Ausschluss der Zeiten als Rentenantragsteller nach § 189 ist hier, anders als in Abs. 1 Nr. 1, nicht gesetzlich geregelt, so dass auch solche Zeiten anzurechnen sind. Die Vorversicherungszeit kann jedoch nicht dadurch erfüllt werden, dass einzelne Versicherungszeiten verschiedener Personen zusammengerechnet werden.

Rz. 50

Keiner Vorversicherungszeit bedarf es, wenn der behinderte Mensch die Vorversicherungszeit wegen der Behinderung nicht erfüllen konnte. Dabei kommt es nur darauf an, dass in den letzten 5 Jahren eine Behinderung den Erwerb von Vorversicherungszeiten ausgeschlossen hatte (BSG, Urteil v. 10.9.1987, 12 RK 28/86, SozR 2200 § 176c RVO Nr. 8). Länger zurückliegende Zeiten bleiben unberücksichtigt, selbst wenn in diesen eine Mitgliedschaft bestanden hatte oder der Zugang zur gesetzlichen Krankenversicherung möglich war. Die Behinderung muss so schwer sein, dass sie als Grund und Ursache dafür anzusehen ist, dass deswegen ein Zugang zur Krankenversicherung nicht möglich war. Das kann z.B. dann der Fall sein, wenn wegen der Behinderung krankenversicherungspflichtige Beschäftigungen

oder Tätigkeiten als Behinderter in einer entsprechenden Einrichtung gar nicht oder nur für eine Zeit ausgeübt wurden, die als Voraussetzung zur freiwilligen Weiterversicherung nach Abs. 1 Nr. 1 nicht ausreichte. Beruht die Nichtversicherung auf anderen Gründen, z.B. einer Befreiung oder der Versäumung der Beitrittsfrist für die freiwillige Weiterversicherung, müssen die Vorversicherungszeiten erfüllt sein, sonst ist das Beitrittsrecht ausgeschlossen. Ein während der Rahmenfrist möglicher Beitritt zur gesetzlichen Krankenversicherung, mit der die Vorversicherungszeit hätte erfüllt werden können, schließt den Beitritt nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 aus, weil in diesem Fall die Nichterfüllung der Vorversicherungszeit nicht allein behinderungsbedingt fehlt (BSG, Urteil v. 28.5.2008, B 12 KR 16/07 R). Die Nachweislast für die Kausalität der Behinderung für die Nichterfüllung der Vorversicherungszeit liegt bei demjenigen, der sich auf das Beitrittsrecht ohne Vorversicherungszeit beruft.

Rz. 50a

Neben der Behinderung beim Beitrittsberechtigten selbst ist auch eine **Behinderung** (i.S.d. Definition des § 2 Abs. 1 SGB IX) **des Elternteils, des Ehegatten oder** (ab 1.8.2001) **des Lebenspartners** ausreichend, wenn diese dadurch Vorversicherungszeiten nicht erwerben konnten. Auch hier muss die Behinderung der Grund sein, der den Erwerb von Vorversicherungszeiten in den letzten 5 Jahren ausgeschlossen hatte.

Rz. 51

Das Beitrittsrecht schwerbehinderter Menschen kann durch die Satzung der Krankenkasse **von einer Altersgrenze abhängig gemacht werden**. Dadurch ist das Beitrittsrecht bei Überschreiten der Altersgrenze zu dieser Krankenkasse ausgeschlossen. Die meisten Krankenkassensatzungen sehen Altershöchstgrenzen vor, die zwischen dem 45. und 55. Lebensjahr liegen.

- Anw. UV für
schw. Nach
(59/09)

Betreff: Entscheidung des LSG Baden-Württemberg
Datum: 26.11.03, 16:12:27
Von: Schoeneck@LSGStuttgart.justiz.bwl.de
An: mehlhorn-c@stegl-zehl.verwalt-berlin.de

In der Berufungssache Aktenzeichen L 4 KR 1079/91 erging durch den 4. Senat des

Landessozialgerichts Baden-Württemberg

am 26. Februar 1993
folgendes

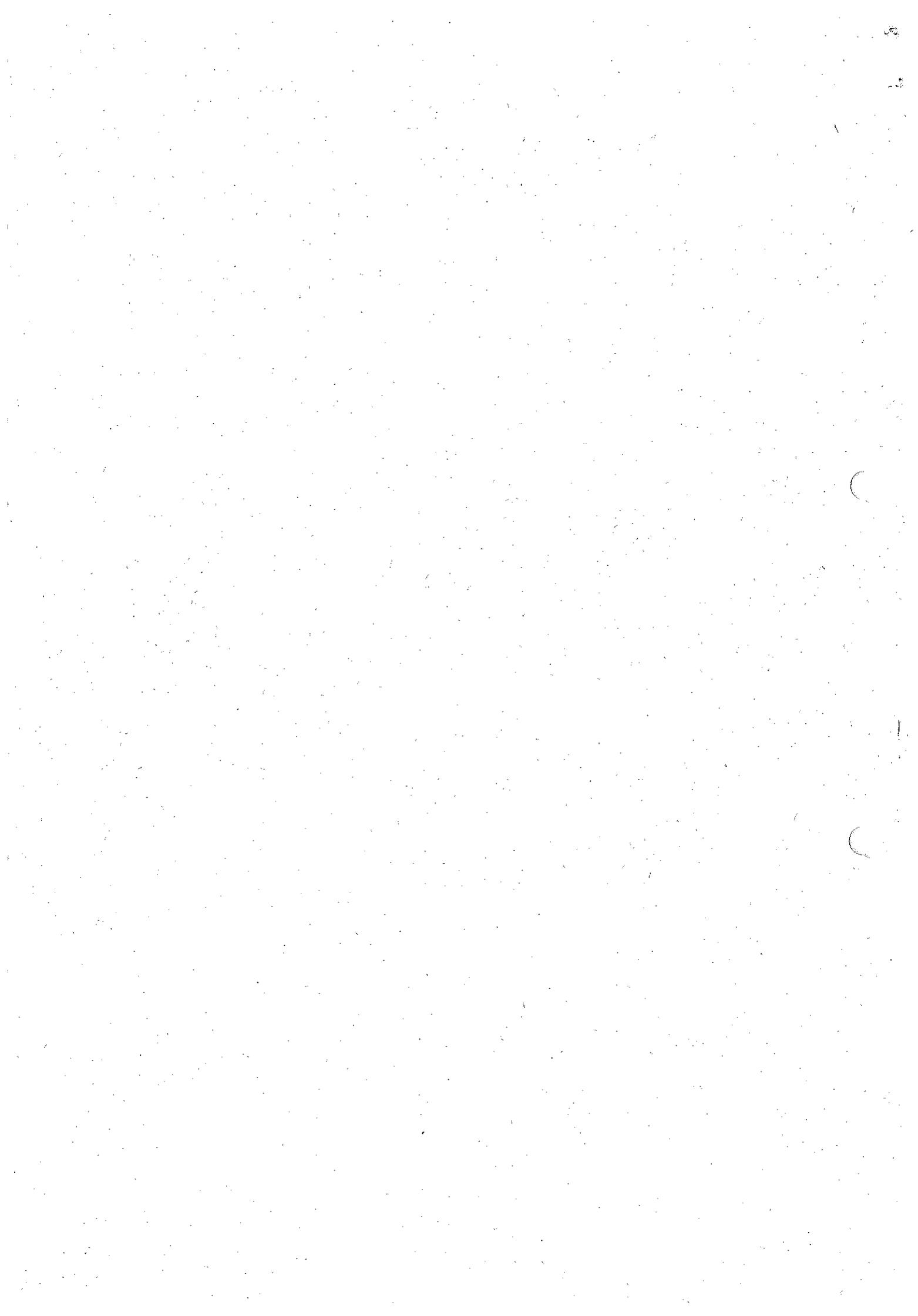
Urteil

Im Namen des Volkes

Die Berufung der Beklagten wird zurückgewiesen.

**Die Beklagte hat dem Kläger auch die außergerichtlichen
Kosten des Berufungsverfahrens zu erstatten.**

Die Revision wird zugelassen.



Tatbestand

Streitig ist, ob der Kläger freiwilliges Mitglied der Beklagten ist.

Der 1963 geborene Kläger war seit 1. Januar 1983 Soldat auf Zeit. Am 1. September 1988 erlitt er einen schweren Verkehrsunfall, der zu einem Schädel-Hirn-Trauma mit coma vigile und zu seiner Dienstunfähigkeit und Entlassung aus der Bundeswehr mit Ablauf des 30. April 1990 führte. Das Versorgungsamt Ulm anerkannte die Schwerbehinderteneigenschaft des Klägers mit Bescheid vom 26. März 1990 (Grad der Behinderung – GdB – 100), während sein Dienstherr (Bundesrepublik Deutschland) eine Entschädigung des Unfalls nach den Vorschriften des Soldatenversorgungsgesetzes ablehnte; die insoweit gegen die Bundesrepublik Deutschland erhobene Klage wurde abgewiesen; im Berufungsverfahren vor dem Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg (Az.: L 12 V 1434/90) wurde das Ruhen des Verfahrens bis zur Genesung/Verhandlungsfähigkeit des Klägers angeordnet. Unter der Voraussetzung, daß er keinen Anspruch auf Krankenhilfe gegen eine gesetzliche Krankenkasse oder Ersatzkasse hat, wurde dem Kläger mit Bescheid des Versorgungsamtes Ulm vom 5. April 1990 vorläufig und befristet bis zum 31. Oktober 1990 Heil- und Krankenbehandlung nach § 10 Abs. 8 Bundesversorgungsgesetz (BVG) gewährt.

Nachdem der Vater des Klägers, der seit 10. April 1978 Mitglied der Beklagten ist, mit Beschluß des Notariats Giengen – Vormundschaftsgericht – vom 7. Dezember 1989 zum Gebrechlichkeitspfleger des Klägers bestellt wurde, beantragte dieser mit Schreiben vom 13. Juni 1990 für seinen Sohn die Aufnahme bei der Beklagten als freiwilliges Mitglied. Die Beklagte lehnte dies mit der Begründung ab, der Kläger erfülle die für die freiwillige Mitgliedschaft erforderliche Vorversicherungszeit nicht. Zwar sei der Vater des Klägers seit 10. April 1978 Mitglied der Beklagten, doch verlange § 9 Abs. 1 Nr. 4 des Fünften Buches des Sozialgesetzbuchs (SGB V) entweder eigene Versicherungszeiten des Schwerbehinderten oder Zeiten, in denen eine Familienversicherung für den Schwerbehinderten bestanden habe. Der Schwerbehinderte müsse selbst unmittelbar oder mittelbar über einen Elternteil, d.h. über eine Familienversicherung, der Krankenversicherung verbunden gewesen sein; dies sei beim Kläger nicht der Fall (Bescheid vom 20. Juli 1990; Widerspruchsbescheid vom 5. Oktober 1990).

Auf die hiergegen zum Sozialgericht (SG) Ulm erhobene Klage hat das SG mit Urteil vom 12. April 1991 den Bescheid der Beklagten vom 20. Juli 1990 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 5. Oktober 1990 aufgehoben und festgestellt, daß der Kläger Mitglied der Beklagten ist. Zur Begründung hat das SG ausgeführt, die Vorversicherungszeit über einen Elternteil oder den

Ehegatten sei unabhängig von einer gleichzeitigen Familienversicherung des Schwerbehinderten. Das Urteil wurde der Beklagten gegen Empfangsbekanntnis am 18. April 1991 zugestellt.

Am 22. Mai 1991 hat die Beklagte gegen das Urteil des SG schriftlich beim Landessozialgericht (LSG) Berufung eingelegt und gegen die Versäumung der Berufungsfrist Wiedereinsetzung in den vorigen Stand beantragt. Sie trägt hinsichtlich der Fristversäumnis vor, die Berufungsschrift vom 15. Mai 1991 sei am selben Tag zur Post gegeben worden; an diesem Tag hätten ihre Sachbearbeiter Kleischmann und Hartmann die Berufungsschrift abgezeichnet; die Versendung sei von der Angestellten Fey bestätigt worden. Der mit Freistempler postfertig gemachte Briefumschlag trage deshalb auch das Datum "15.05.1991". Die Angestellte F der Beklagten hat unter dem 12. November 1992 an Eides Statt versichert, den Berufungsschriftsatz vom 15. Mai 1991 am selben Tage zur Post gegeben zu haben. In der Sache wiederholt die Beklagte ihren bereits im Verwaltungsverfahren vertretenen Standpunkt.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Ulm vom 12. April 1991 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Der Kläger beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Der Kläger hält das erstinstanzliche Urteil für zutreffend.

Entscheidungsgründe

Die Berufung der Beklagten ist zulässig, aber unbegründet.

Zwar ist die Berufungsfrist des § 151 Abs. 1 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) nicht gewahrt, weil gegen das am 18. April 1991 nach § 5 Verwaltungszustellungsgesetz (VwZG) i.V.m. § 63 Abs. 2 SGG zugestellte Urteil des SG die Berufung erst am 22. Mai 1991, einem Mittwoch, eingelegt wurde. Zu diesem Zeitpunkt war die Berufungsfrist abgelaufen. Da der 18. Mai 1991 auf einen Sonnabend fiel und Montag, der 20. Mai 1991 ein gesetzlicher Feiertag war (Pfungstmontag), lief die Berufungsfrist aber am Dienstag, dem 21. Mai 1991 ab.

Der Beklagten war jedoch auf ihren Antrag gemäß § 67 SGG Wiedereinsetzung in den vorigen Stand zu gewähren. Sie hat glaubhaft dargelegt, daß die Berufungsschrift bereits am 15. Mai 1991 zur Post gegeben wurde. Der Senat verkennt nicht, daß für die Glaubhaftmachung der rechtzeitigen Absendung der Berufungsschrift allein der Hinweis auf das auf dem Briefumschlag befindliche Datum des Freistemplers nicht als ausreichend angesehen werden könnte, da dieses Datum von der Beklagten durchaus manipuliert werden konnte. Die Angestellte F, der Beklagten hat jedoch darüber hinaus versichert, die Berufungsschrift selbst am 15. Mai 1991 zur Post gegeben zu haben. Zudem hat die Beklagte den bei ihr befindlichen Entwurf der Berufungsschrift (Durchschrift des Originals) vorgelegt, der ebenfalls das Versanddatum des 15. Mai 1991 trägt. Zwar ist auffällig, daß auf diesem Entwurf das Datum 15. Mai 1991 gleich viermal mit Handzeichen verschiedener Angestellter der Beklagten vermerkt und abgezeichnet ist. Der Senat wertet diesen Umstand jedenfalls im vorliegenden Fall als Ausdruck gewissenhafter und korrekter Aktenführung. Der Senat geht mithin davon aus, daß die Berufungsschrift von der Beklagten tatsächlich am 15. Mai 1991 zur Post gegeben wurde, zu einem Zeitpunkt also, zu dem die Beklagte zu Recht mit einem Posteingang beim LSG noch innerhalb der Berufungsfrist rechnen durfte. Sie war damit ohne Verschulden gehindert, die Berufungsfrist einzuhalten, zumal die Dauer der Postlaufzeiten nicht in ihrer Beherrschungssphäre liegt.

Die Berufung ist indessen unbegründet. Der Kläger ist Mitglied der Beklagten geworden, so daß die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des SG zurückzuweisen war.

Gemäß § 9 Abs. 1 Nr. 4 SGB V können der Versicherung als freiwilliges Mitglied u.a. Schwerbehinderte im Sinne des § 1 Schwerbehindertengesetz (SchwbG) beitreten, wenn sie, ein Elternteil oder ihr Ehegatte in den letzten fünf Jahren vor dem Beitritt mindestens drei Jahre versichert waren, es sei denn, sie konnten wegen ihrer Behinderung diese Voraussetzung nicht erfüllen; die Satzung

der Krankenkasse kann – was vorliegend nicht der Fall ist – das Recht zum Beitritt von einer Altersgrenze abhängig machen.

Die Voraussetzungen dieser Vorschrift liegen beim Kläger vor. Er ist durch Bescheid des Versorgungsamtes Ulm vom 26. März 1990 als Schwerbehinderter i.S.d. § 1 SchwbG mit einem GdB von 100 anerkannt. Sein Beitritt zur Beklagten wurde durch seinen Vater als Gebrechlichkeitspfleger auch in der nach § 9 Abs. 2 Nr. 4 SGB V vorgeschriebenen Frist von drei Monaten nach Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft gegenüber der Beklagten am 13. Juni 1990 in Form eines Aufnahmeantrages erklärt. Schließlich erfüllt der Kläger entgegen der Ansicht der Beklagten auch die in § 9 Abs. 1 Nr. 4, 1. Halbsatz SGB V verlangte Vorversicherungszeit. Er selbst war in den letzten fünf Jahren vor dem Beitritt zwar weder freiwilliges noch Pflichtmitglied der gesetzlichen Krankenversicherung; auch bestanden für ihn in dieser Zeit weder Ansprüche seiner Eltern oder eines Ehegatten nach der bis 31. Dezember 1988 gültig gewesenen Vorschrift des § 205 Reichsversicherungsordnung (RVO), noch war der Kläger seit 1. Januar 1989 selbst gemäß § 10 SGB V in der gesetzlichen Krankenversicherung durch einen Elternteil oder Ehegatten familienversichert. Er erfüllt die erforderliche Vorversicherungszeit jedoch bereits dadurch, daß sein Vater in den letzten fünf Jahren vor Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft mindestens drei Jahre in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert war. Dies ist für das Beitrittsrecht des Klägers ausreichend (so auch XassKommPeters, Stand Januar 1992, § 9 SGB V Rz. 19; Heinze in: GesKomm SGB/RVO/ SGG Bd. 3 § 9 SGB V Anm. 6; Breuer in: GK-SGB V, Stand Januar 1991, § 9 Rz. 42, 44; Zipperer in: Maaßen/Schermer/Wiegand/Zipperer, SGB V, Stand Dezember 1992, § 9 SGB V Rz. 25; Gerlach in Hauck/Haines, SGB V, Stand November 1992, k § 9 Rz. 41). Die von der Beklagten vertretene einschränkende Auslegung des § 9 Abs. 1 Nr. 4 SGB V läßt sich weder mit dem Wortlaut noch mit der Entstehungsgeschichte der Vorschrift vereinbaren.

Dem Wortlaut des § 9 Abs. 1 Nr. 4 SGB V ist nicht zu entnehmen, daß der Kläger zumindest über Ansprüche eines Elternteils oder des Ehegatten nach § 205 RVO oder eine Familienversicherung nach § 10 SGB V (für die Zeit seit 1. Januar 1989) als Leistungsberechtigter in das System der gesetzlichen Krankenversicherung einbezogen sein mußte (vgl. jedoch Peters, Handbuch der Krankenversicherung, 18. Aufl. Stand Januar 1988, Anm. 3 zu § 176e RVO; derselbe 19. Aufl., November 1992, § 9 SGB V Rz. 54). § 9 Abs. 1 Nr. 4 SGB V übernimmt inhaltlich die bis zum 31. Dezember 1988 gültig gewesene Vorschrift des § 176c RVO und hat wie § 176c RVO – entgegen der Regierungsbegründung zu § 176c RVO (vgl. BT-Drucksache 9/945 11. Besonderer Teil zu Art. 1 Nr. 1 – S. 11 –) – weniger die Verhinderung mißbräuchlicher Beitritte gerade zum Zeitpunkt drohender Krankheitskosten zum Ziel; vielmehr wird mit der Forderung nach Zurücklegung einer bestimmten Versicherungszeit vor dem Beitritt der Kreis derjenigen enger gezogen, die überhaupt

Zugang zur Krankenversicherung haben sollen, nachdem der Beitritt in der Zeit vom 1. Juli 1975 bis 31. Dezember 1981 ohne Einhaltung einer Frist jedem Schwerbehinderten möglich war. Hätte nur das in der Gesetzesbegründung genannte Ziel verfolgt werden sollen, hätte die Einfügung der Drei-Monatsfrist genügt. Der eigentliche Grund der weitergehenden Einschränkung liegt dementsprechend in einer Entlastung der Krankenkassen durch eine Verringerung der Zahl der Beitrittsberechtigten, zumal es Hauptziel des Krankenversicherungs-Ergänzungsgesetzes (KVEG), mit dem § 176c RVO eingeschränkt wurde, war, die Leistungsfähigkeit der Krankenkassen zu sichern (BSG SozR 2200 § 176c Nr. 7 m.w.N.). Zu diesem Zweck wurde auch das Beitrittsrecht derjenigen eingeschränkt, die als Behinderte ein besonders ungünstiges Risiko in der Krankenversicherung darstellen. Wie das BSG im Urteil vom 19. Februar 1987 (a.a.O.) ausführt, war diese Einschränkung des Beitrittsrechts keineswegs willkürlich; das Beitrittsrecht nach § 176c RVO belastete nämlich die Krankenkassen nicht nur mit erheblichen Risiken, sondern betraf, solange der Beitritt keinerlei Vorversicherungszeit erforderte, außerdem häufig versicherungsfremde Personen.

Zwar ist einzuräumen, daß eine Entlastung der Krankenkassen nur in eingeschränktem Maße erreicht wird, wenn die bloße Mitgliedschaft eines Elternteils oder des Ehegatten allein schon zur Erfüllung der Vorversicherungszeit des Schwerbehinderten ausreicht. Das Gesetz hat den Kreis derjenigen Personen, die als versicherungsfremd anzusehen sind, jedoch (nur) dahingehend eingeschränkt, daß hierzu solche Personen nicht gehören, bei denen zumindest ein Elternteil oder der Ehegatte im geforderten Mindestumfang krankenversichert war. Bereits bei der Schaffung des § 176c RVO i.F.d. KVEG führte die Versicherung eines Elternteils oder Ehegatten nicht in allen Fällen zwangsläufig zu Ansprüchen nach § 205 RVO, zumal dann nicht, wenn der Schwerbehinderte vor Eintritt seiner Behinderung – wie vorliegend – bereits in das Berufs- und Erwerbsleben eingetreten und für das Risiko der Krankheit außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung Vorsorge getroffen war. In Kenntnis dieser Rechtslage hat der Gesetzgeber bei der Neuregelung durch Art. 1 Nr. 1 KVEG die Vorversicherungszeit eines Elternteils oder Ehegatten gleichwohl als für das Beitrittsrecht des Schwerbehinderten ausreichend angesehen. Dies gilt erst recht für die Neuformulierung des Beitrittsrecht durch das Gesundheitsreformgesetz (GRG) vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477). An die Stelle der Ansprüche nach § 205 RVO für Familienangehörige und Ehegatten ist insoweit die Familienversicherung des § 10 SGB V getreten, die nunmehr als eigene Versicherung des Familienmitglieds ausgestaltet ist. Hätte der Gesetzgeber als Vorversicherungszeiten tatsächlich nur solche Zeiten anerkennen wollen, in denen der Schwerbehinderte selbst durch eigene Ansprüche oder mittels (von seinen Eltern oder vom Ehegatten) "abgeleiteter Ansprüche" in den Schutz der gesetzlichen Krankenversicherung einbezogen war, wäre es erforderlich gewesen, zumindest für die ab Inkrafttreten des § 10 SGB V am 1. Januar 1989 laufende

Rahmenfrist allein auf eine Versicherung des Schwerbehinderten abzustellen. Diese hätte dann sowohl eine Versicherung aus "eigenem Recht" (z.B. aus einer Beschäftigung) als auch eine (abgeleitete) Familienversicherung nach § 10 SGB V sein können. Stattdessen läßt der Wortlaut des § 9 Abs. 1 Nr. 4 SGB V auch für die Zeit ab 1. Januar 1989 eine Versicherung des Ehegatten oder eines Elternteils des Schwerbehinderten genügen, obgleich eine derartige Versicherung, wenn die Voraussetzungen des § 10 SGB V vorliegen, die im wesentlichen denen des § 205 RVO entsprechen, zu einer eigenen (Familien-) Versicherung des Schwerbehinderten führt. Eine derartige Abgrenzung der "versicherungsfremden" Personen ist jedoch durch das GRG nicht erfolgt und kann angesichts des insoweit klaren Wortlauts des § 9 Abs. 1 Nr. 4 SGB V entgegen der Ansicht der Beklagten auch nicht im Wege einer einschränkenden Auslegung der Vorschrift herbeigeführt werden, zumal davon auszugehen ist, daß dem Gesetzgeber die Familienhilfe, die in § 9 Abs. 1 Nr. 2 SGB V, also unmittelbar vor der in Rede stehenden Vorschrift erwähnt wird, geläufig war.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

Der Senat hat die Revision zugelassen, weil er der Rechtssache grundsätzliche Bedeutung beimißt.

- Bzw. UV+SB,
Aby parallel
z SB-Aby

Gericht: BSG 12. Senat
Datum: 22. September 1988
Az: 12 RK 44/87
NK: 12 RK 44/87 Fassung: 1981-12-22, 12 RK 44/87 § 3 Abs 1

Leitsatz

1. Ein Schwerbehinderter kann auch schon vor der förmlichen Feststellung der Schwerbehinderung durch das Versorgungsamt der Krankenversicherung gemäß § 176c RVO nF freiwillig beitreten, jedoch frühestens mit dem Zeitpunkt, für den das Vorliegen von Schwerbehinderung nachträglich festgestellt wird.

Orientierungssatz

Schwerbehinderteneigenschaft - Schwerbehindertenbescheid des Versorgungsamts - deklaratorischer Verwaltungsakt:

1. Der Feststellung der Schwerbehinderung durch Verwaltungsakt des Versorgungsamts nach § 3 Abs 1 SchwbG kommt keine konstitutive, sondern nur deklaratorische Bedeutung zu (vgl. BSG vom 30.4.1979 - 8b RK 17/79 = BSK 4, 19, 16.).

Fundstelle

12 RK 44/87 § 176c Nr 9 (Leitsatz 1 und Gründe)
12 RK 18131 (BSG-Intern)
12 RK 1989, 189-191 (Leitsatz 1 und Gründe)
12 RK 88151 (Leitsatz 1 und Gründe, red. Leitsatz 1 und Gründe)
12 RK A-5050/6 (Leitsatz 1 und Gründe)
12 RK 130/240 RVO § 176c, 22-09-88, 12 RK 44/87 (Leitsatz 1 und Gründe)
12 RK 130/240 (Leitsatz 1 und Gründe)

Diese Entscheidung wird zitiert von:

12 RK 130/240 RVO § 176c, 22-09-88, 12 RK 44/87 Parallelentscheidung
DOK 1990, 567-570, Töns, Hans

Verfahrensgang:

vorgehend SG Würzburg 1985-11-12 S 3 Kr 56/84
vorgehend Bayerisches Landessozialgericht 1987-06-25 L 410/1986

Tatbestand

Die Beteiligten streiten über den Beginn der Mitgliedschaft des Klägers bei der Beklagten aufgrund eines freiwilligen Beitritts zur Krankenversicherung nach § 176c der Reichsversicherungsordnung (RVO) idF des Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetzes (KVEG) vom 22. Dezember 1981 (BGBl I 1578).

Mit einem bei der Allgemeinen Ortskrankenkasse W. am 1. Februar 1984 eingegangenen Schreiben vom 26. Januar 1984 stellte der Kläger, der sich damals in stationärer Krankenhausbehandlung in W. befand, "Antrag auf freiwilligen Beitritt zur Krankenversicherung nach § 176c RVO ab Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft durch das Versorgungsamt bzw ab Eingangstag bei der Krankenkasse". Gleichzeitig beantragte er beim Versorgungsamt W. die Ausstellung einer Bescheinigung über die Eigenschaft als Schwerbehinderter iS des § 1 des Schwerbehindertengesetzes (SchwbG). Das Versorgungsamt W. erteilte am 17. April 1984 einen Feststellungsbescheid nach § 3 Abs 1 SchwbG und stellte beim Kläger eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) um 50 vH ab Februar 1984 fest.

Die Beklagte setzte daraufhin den Beginn der freiwilligen Mitgliedschaft des Klägers auf den 17. April 1984 fest (Bescheid vom 22. Juni 1984). Dem Widerspruch des Klägers vom 24. August 1984 half die Beklagte - innerhalb des auf die Klage vom 27. September 1984 anhängig gewordenen Klageverfahrens - mit Widerspruchsbescheid vom 13. August 1985 nicht ab. Klage und Berufung des Klägers sind erfolglos geblieben (Urteil des Sozialgerichts -SG- Würzburg vom 12. November 1985; Urteil des Bayerischen Landessozialgerichts -LSG- vom 25. Juni 1987). Zur Begründung hat das LSG im wesentlichen ausgeführt: Nach Wortlaut und Sinn des § 310 Abs 1 RVO könne die Mitgliedschaft Versicherungsberechtigter nur dann mit dem Tag des Beitritts zur Kasse beginnen, wenn zu diesem Zeitpunkt alle Beitrittsvoraussetzungen bereits vorlagen. Die Versicherungsberechtigung des Klägers habe jedoch frühestens mit der Feststellung der Schwerbehinderung durch das Versorgungsamt am 17. April 1984 entstehen können. Aus dem Wortlaut des § 176c RVO in der ab 1. Januar 1982 geltenden Fassung ergebe sich nicht nur, daß die Beitrittserklärung innerhalb einer Frist von drei Monaten nach Feststellung der Schwerbehinderung erfolgen müsse. Der Vorschrift sei auch eindeutig zu entnehmen, daß die Versicherungsberechtigung des Schwerbehinderten erst mit der Feststellung der Schwerbehinderung entstehe. Sie enthalte nicht lediglich eine auf die Beitrittserklärung bezogene Ausschußfrist. Andernfalls müßte man folgerichtig darin auch den frühesten Termin für die Beitrittserklärung gesetzt sehen. Für die Auslegung, daß mit der Neufassung des § 176c RVO auch eine materielle-rechtliche Wirkung gewollt worden sei und die Versicherungsberechtigung erst mit der Feststellung der Schwerbehinderung beginnen sollte, spreche auch der Sinn und Zweck des Gesetzes. Die Gesetzesbegründung (BT-Drucks 9/845 S 12) lasse erkennen, daß eine unsachgemäße Steuerung des Versicherungsrisikos auf Kosten der Krankenkassen habe verhindert werden sollen.

Mit der - vom LSG zugelassenen - Revision vertritt der Kläger die Auffassung, daß die Befristung des Beitritts auf drei Monate nach Feststellung der Schwerbehinderung lediglich eine Ausschußfrist für die Antragstellung sei. Wenn die Berechtigung zur freiwilligen Versicherung mit der Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft entstehe, dann sei er ab Februar 1984 beitragsberechtigt, denn das Versorgungsamt habe die Schwerbehinderteneigenschaft auf den Beginn des Monats Februar 1984



festgestellt.

Der Kläger und der Beigeladene zu 1) beantragen,

das Urteil des LSG aufzuheben und unter Abänderung des Bescheides der Beklagten vom 22. Juni 1984 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 13. August 1985 festzustellen, daß er seit dem 1. Februar 1984 Mitglied der Beklagten ist.

Die Beklagte und die Beigeladene zu 2) beantragen,

die Revision zurückzuweisen.

Alle Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung durch Urteil ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt (§ 124 Abs 2 des Sozialgerichtsgesetzes -SGG-).

Entscheidungsgründe

Die Revision des Klägers ist begründet.

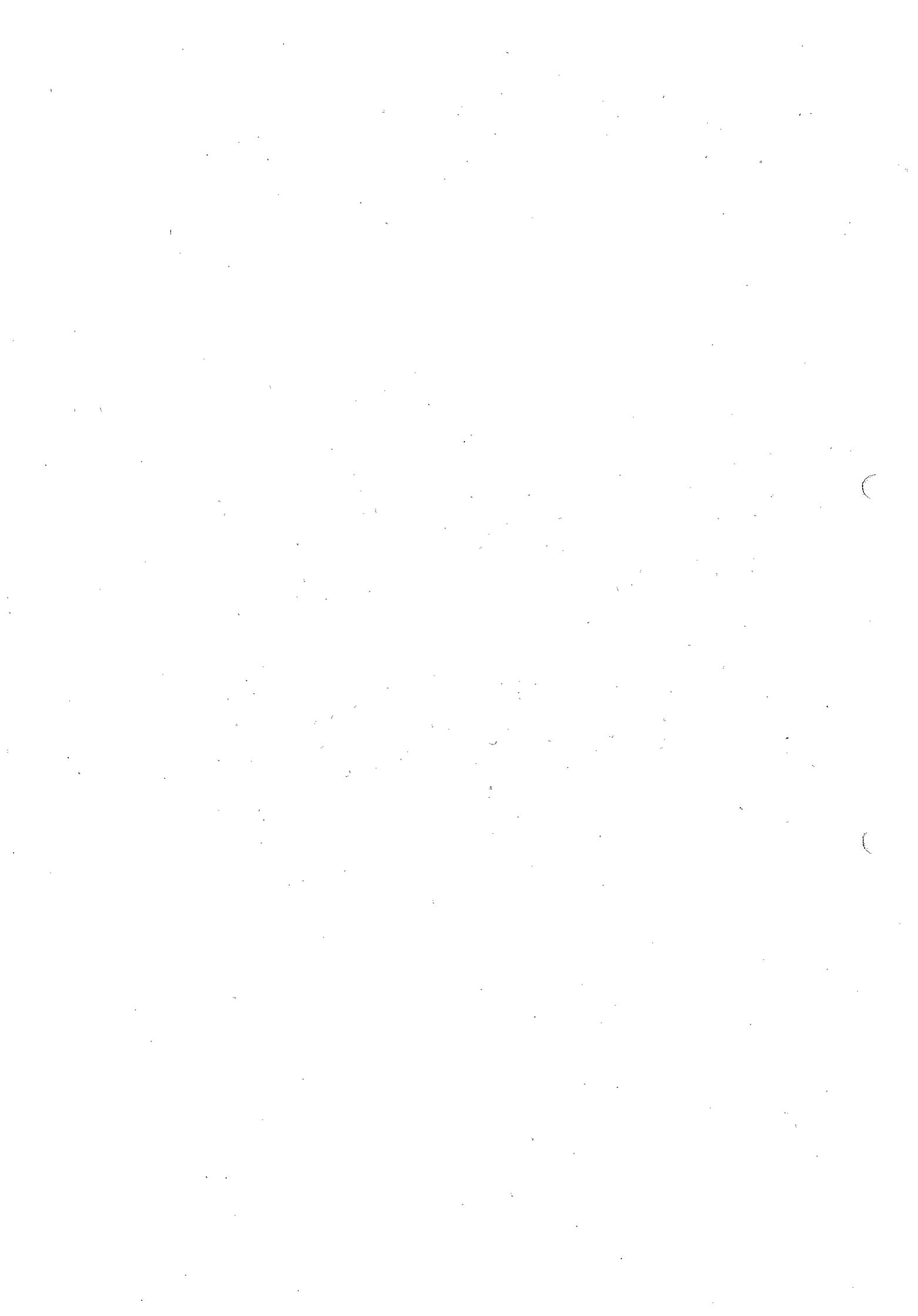
Der Kläger ist entgegen der Auffassung der Vorinstanzen und der Beklagten bereits vom 1. Februar 1984 ab freiwilliges Mitglied der Beklagten nach § 176c RVO geworden. Daß seine Schwerbehinderung erst durch Bescheid des Versorgungsamts W. vom 17. April 1984 förmlich festgestellt wurde, steht der Wirksamkeit der Beitrittserklärung vor diesem Zeitpunkt nicht entgegen.

Nach § 310 Abs 1 Satz 1 RVO beginnt die Mitgliedschaft Versicherungsberechtigter mit dem Tage ihres Beitritts zur Kasse. Der Kläger hat den Beitritt mit einem am 1. Februar 1984 bei der Beigeladenen zu 2) eingegangenen Schreiben und damit an diesem Tag erklärt. Am 1. Februar 1984 lagen beim Kläger nach dem - auch von der Beklagten nicht angezweifelte - Inhalt des Bescheides des Versorgungsamts W. die tatsächlichen Voraussetzungen der Schwerbehinderung vor, so daß er schon damals, worauf allerdings auch nach der Neufassung des § 176c RVO nicht verzichtet werden kann, zum Personenkreis der Schwerbehinderten gehörte. Die Schwerbehinderteneigenschaft bedarf darüber hinaus keines statusbegründenden Rechtsaktes. Der Feststellung der Schwerbehinderung durch Verwaltungsakt des Versorgungsamts nach § 3 Abs 1 SchwbG kommt demgemäß keine konstitutive, sondern nur deklaratorische Bedeutung zu. Das hat der 8. Senat des Bundessozialgerichts (BSG) bereits in seiner Entscheidung vom 30. April 1979 (BSGE 48, 167 = SozR 2200 § 176c Nr. 1) klargestellt. Daran hat die Neufassung des § 176c RVO ab 1. Januar 1982 nichts geändert.

Der Senat vermag dem Wortlaut der neu gefaßten Vorschrift eine Absicht des Gesetzgebers, die Entstehung der aus der Schwerbehinderteneigenschaft abgeleiteten Versicherungs- und Beitrittsberechtigung auf den Tag der bescheidmäßigen Feststellung der Schwerbehinderung zu verschieben, nicht zu entnehmen. Mit der Neufassung des § 176c RVO wollte der Gesetzgeber Mißbräuche des bisher uneingeschränkten Beitrittsrechts verhindern, insbesondere ausschließen, daß der Beitritt erst dann erklärt wurde, wenn größere Krankheitskosten (Krankenhausbehandlung) zu erwarten oder entstanden waren (BT-Drucks 9/845 S 12 re Sp unten). Dieser Absicht entspricht die an der zitierten Stelle ausdrücklich erwähnte Einführung einer Vorversicherungszeit sowie - dort zwar nicht eigens erwähnt, aber aus dem Zusammenhang offenkundig und (vgl Urteil des Senats vom 19. Februar 1987 - BSGE 61, 109 = SozR 2200 § 176c Nr. 7) wohl im Ergebnis sogar wirksamer - die Normierung einer Dreimonats-Frist, innerhalb deren der Beitritt erfolgen muß. Fristen erfordern aber einen Anknüpfungspunkt für ihren Beginn. Daß der Gesetzgeber hierfür die bescheidmäßige Feststellung der Schwerbehinderung wählte, lag nahe. Hätte er etwa den Fristbeginn auf den Eintritt der Schwerbehinderung abgestellt, dann wären den Kassen umfangreiche Vorermittlungen aufgebürdet worden; andererseits wäre dann in vielen Fällen die Frist im Zeitpunkt des Beitritts längst abgelaufen, möglicherweise sogar, bevor der Betroffene von der Schwere seiner Behinderung überhaupt erfahren hatte (etwa bei verborgenen Krankheiten). Hat der Schwerbehinderte hingegen einen Anerkennungsbescheid in Händen, dann ist er sich im klaren über seine Schwerbehinderung. Wenn ihm das Gesetz jetzt nur noch eine Überlegungsfrist von drei Monaten einräumt, dann ist das sachgerecht; es verhindert, daß der Beitrittsberechtigte seinen Beitritt bis zu einem für ihn günstigen Zeitpunkt der Inanspruchnahme von Kassenleistungen hinausschiebt und bis dahin zum Nachteil der Versichertengemeinschaft Beiträge spart.

Mit der beabsichtigten Verhinderung von Mißbräuchen läßt sich jedoch eine zeitliche Begrenzung des Beitrittsrechts auf die Zeit nach Feststellung der Schwerbehinderung nicht rechtfertigen. In einer Beitrittserklärung bereits vor der formellen Anerkennung der Schwerbehinderung kann - und konnte schon unter der Geltung des früheren Rechts - kein Mißbrauch im Sinne einer Risikoverschiebung zu Lasten der Versichertengemeinschaft liegen; denn der Schwerbehinderte handelt mit einem so frühzeitigen Beitritt gerade im Sinne des mit der Einführung einer Erklärungsfrist verfolgten Zwecks, nämlich sich möglichst frühzeitig für den gesetzlich für ihn vorgesehenen Krankenversicherungsschutz zu entscheiden und sich nicht die Möglichkeit der Manipulation offenzuhalten.

Fehlt es sonach an einem gesetzgeberischen Motiv für eine Änderung der Rechtslage, wie sie nach § 176c RVO aF und dem obigen Urteil des Senats vom 30. April 1979 hinsichtlich der Wirksamkeit der Beitrittserklärung eines Schwerbehinderten bestand, so läßt sich auch durch Auslegung des Wortlauts des § 176c RVO nF eine den besonders schutzbedürftigen Personenkreis der Schwerbehinderten benachteiligende Verkürzung des Beitrittsrechts nicht begründen. Eine Auslegung der Vorschrift, wie sie der Senat für erforderlich hält, nämlich dahin, daß die im Gesetz genannte "Feststellung der Schwerbehinderung" zwar die dreimonatige Ausschlußfrist in Lauf setzt, nicht aber erst eine Beitrittsberechtigung begründet, steht, wie dargelegt, mit dem Gesetzeszweck und mit den Motiven für die Neufassung der Vorschrift im Einklang. Sie vermeidet auch, daß der Feststellungsbescheid des Versorgungsamtes für den Bereich des § 176c RVO eine ihm nach § 3 SchwbG sonst nicht zukommende konstitutive Wirkung erhält.



Mit der vom LSG vorgenommenen Auslegung des § 176c RVO wären zudem unvermeidbare Folgen in den Fällen verbunden, in denen sich die Feststellung der Schwerbehinderung nach § 3 SchwbG - etwa wegen umfangreicher ärztlicher Begutachtung oder großer Arbeitsbelastung des Versorgungsamts - verzögert und möglicherweise sogar erst im Gerichtsverfahren getroffen werden kann. Dann könnte der Beitritt unter Umständen erst nach Jahren wirksam erklärt werden, was offenbar nicht der Absicht des Gesetzgebers entspräche. Ist hiernach mit der "Feststellung der Schwerbehinderung" in § 176c RVO nF keine materielle Voraussetzung für die Beitrittsberechtigung geschaffen worden, so kann aus diesem Tatbestandsmerkmal neben seiner Bedeutung für den Beginn der Beitrittsfrist allenfalls gefolgert werden, daß die Krankenkasse über den Beitritt eines Schwerbehinderten als Mitglied in der Regel erst dann zu entscheiden braucht, wenn ihr der Feststellungsbescheid des Versorgungsamts vorliegt, daß sie also die Vorlage dieses Bescheides in der Regel abwarten darf und nicht selbst Ermittlungen über die Schwerbehinderung des Antragstellers vornehmen muß. Das bestätigt aber lediglich, was der 8. Senat des BSG mit dem vorgenannten Urteil schon entschieden hat. Eine rückwirkende Begründung der Mitgliedschaft in dem vom LSG für grundsätzlich ausgeschlossen gehaltenen Sinne stellt dies nicht dar, und zwar auch dann nicht, wenn, wie im Falle des Klägers, der Eintritt der Schwerbehinderung für einen in der Vergangenheit, aber nicht vor der Erklärung des Beitritts liegenden Zeitpunkt festgestellt wird.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

BSG Urteil vom 10.09.1987 - 12 RK 28/86 (HaufeIndex: 738423)

Tenor

Auf die Revision der Beklagten wird das Urteil des Landessozialgerichts für das Saarland vom 17. April 1986 aufgehoben.

Die Sache wird zu erneuter Verhandlung und Entscheidung an das Landessozialgericht zurückverwiesen.

Verfahrensgang

LSG für das Saarland (Urteil vom 17.04.1986)

Tatbestand

I
Die Beteiligten streiten darüber, ob die Klägerin als Schwerbehinderte nach § 176c der Reichsversicherungsordnung (RVO) versicherungsberechtigt ist.

Die Klägerin (geb. 1940) war bis zur Scheidung ihrer Ehe Anfang 1976 gemäß § 205 RVO bei ihrem Ehemann mitversichert. Danach trat sie der Krankenkasse des Mannes (Betriebskrankenkasse der BASF-AG) als freiwilliges Mitglied bei und war dort bis Anfang März 1977 versichert. Die freiwillige Versicherung endete durch Aufnahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung, durch welche die Klägerin Mitglied einer Innungskrankenkasse wurde. Diese Beschäftigung gab sie aber schon nach 14 Tagen wieder auf. Danach wurde für sie eine freiwillige Versicherung nicht mehr begründet.

Von November 1977 bis September 1980 befand sich die Klägerin in dem psychiatrischen Landeskrankenhaus W. in stationärer Behandlung, nach Auskunft der Klinik wegen einer manisch-depressiven Psychose; aufgrund der ausgeprägten krankhaften Störungen sei die Klägerin in diesem Zeitraum nicht in der Lage gewesen, ihre eigenen Angelegenheiten zu besorgen. Von Ende September 1980 an wurde die stationäre Behandlung in dem Landeskrankenhaus M. fortgeführt, wo sich die Klägerin auch jetzt noch befindet.

Die Schwerbehinderteneigenschaft der Klägerin (MdE von 50 %) wurde mit Bescheid vom 27. Oktober 1983 festgestellt. Am 22. Dezember 1983 beantragte sie bei der Beklagten die Aufnahme als freiwilliges Mitglied nach § 176c RVO. Dies lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 28. August 1984 und Widerspruchsbescheid vom 13. Dezember 1984 ab. Zur Begründung führte sie aus, daß die Klägerin weder die erforderliche Vorversicherungszeit erfülle noch durch ihre Behinderung abgehalten gewesen sei, sie zu erfüllen; sie hätte sich nämlich nach dem Ende ihrer Erwerbstätigkeit freiwillig weiterversichern können.

Die gegen diese Bescheide erhobene Klage hatte Erfolg (Urteil des Sozialgerichts für das Saarland -SG- vom 5. August 1985). Die Berufung der Beklagten wurde zurückgewiesen (Urteil des Landessozialgerichts für das Saarland -LSG- vom 17. April 1986). Das LSG hat ausgeführt: Das Gesetz fordere eine Vorversicherungszeit von drei Jahren innerhalb der letzten fünf Jahre vor dem Beitritt. Dieses Erfordernis entfalle jedoch, wenn der Behinderte diese Voraussetzungen wegen seiner Behinderung nicht habe erfüllen können. Auch insoweit komme es allein auf die letzten fünf Jahre vor dem Beitritt an. Hierzu hat das LSG festgestellt, daß die Klägerin in den letzten fünf Jahren nicht in der Lage gewesen sei, eine versicherungspflichtige Beschäftigung auszuüben, und daß in dieser Zeit auch die Voraussetzungen für einen freiwilligen Beitritt zur gesetzlichen Krankenversicherung nicht vorgelegen hätten.

Mit der Revision macht die Beklagte geltend, die Fünf-Jahres-Grenze gelte nur für die Vorversicherungszeit; dort habe sie den Zweck, einen Beitritt nur in zeitnahe Zusammenhang mit einer bisherigen Versicherung zuzulassen. Für die Frage, ob der Behinderte wegen seiner Behinderung die Vorversicherungszeit nicht erfüllen konnte, sei jedoch eine Beschränkung auf die in den letzten fünf

Jahren eingetretenen Behinderungen nicht erkennbar. Es sei vielmehr generell ein Beitritt nur zugelassen, wenn allein die Behinderung der Grund dafür war, daß in den letzten fünf Jahren nicht mindestens drei Jahre lang eine Versicherung bestanden habe.

Die Beklagte beantragt,

die Urteile des LSG und des SG aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Revision zurückzuweisen.

Sie bezieht sich im wesentlichen auf das angefochtene Urteil. Ergänzend trägt sie vor, daß bei ihr eine freiwillige Weiterversicherung im Anschluß an die letzte Beschäftigung nur deshalb nicht zustande gekommen sei, weil eine Büroangestellte ihres Arbeitgebers erklärt habe, daß eine solche nach zwei Wochen versicherungspflichtiger Beschäftigung nicht möglich sei, und sie (die Klägerin) aufgrund ihres Krankheitszustandes diese Auskunft hingenommen habe.

Beide Beteiligten haben sich damit einverstanden erklärt, daß der Rechtsstreit durch Urteil ohne mündliche Verhandlung (§ 124 Abs. 2 des Sozialgerichtsgesetzes -SGG-) entschieden wird.

Entscheidungsgründe

II

Die Revision der Beklagten ist begründet. Sie führt zur Aufhebung des angefochtenen Urteils und Zurückverweisung der Sache an das LSG.

Allerdings scheidet ein Beitrittsrecht der Klägerin nach § 176c RVO entgegen der Ansicht der Beklagten nicht schon daran, daß die Klägerin im Jahre 1977, also vor den letzten fünf Jahren vor dem Beitritt zur Beklagten, eine Möglichkeit zur freiwilligen Weiterversicherung ungenutzt gelassen hat. Wie das LSG insoweit zutreffend entschieden hat, kommt es für die Frage, ob Behinderte die erforderliche Vorversicherungszeit von drei Jahren innerhalb der gesetzlichen Rahmenfrist von fünf Jahren vor dem Beitritt "wegen ihrer Behinderung nicht erfüllen konnten" und deshalb von diesem Erfordernis befreit sind, allein auf die Möglichkeiten an, die in den letzten fünf Jahren für sie gegeben waren.

Wie die Befreiung vom Erfordernis der Vorversicherungszeit im einzelnen abzugrenzen ist, läßt der Wortlaut der Vorschrift nicht erkennen; auch die Begründung für die Neufassung des § 176c RVO durch das Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz vom 22. Dezember 1981 (BGBl I, 1578) ist insoweit unergiebig (vgl. BT-Drucks 9/798, S 11 zu Art. 1 Nr. 1).

Für eine Begrenzung der Prüfung auf die letzten fünf Jahre vor dem Beitritt spricht indessen schon der enge systematische Zusammenhang zwischen der grundsätzlich geforderten Vorversicherungszeit und der im folgenden Halbsatz ("... es sei denn ...") geregelten Ausnahme. Wenn für die Erfüllung der Vorversicherungszeit allein die genannte Rahmenfrist maßgebend ist, dann liegt es nahe, daß auch nur für diese Frist zu prüfen ist, ob die Behinderung eine Versicherung nicht zuließ. Die Prüfung noch weiter in die Vergangenheit zu erstrecken, hielt der Gesetzgeber offenbar nicht für angebracht, zumal es für einen bisher Nichtbehinderten in aller Regel möglich sein wird, innerhalb von fünf Jahren eine dreijährige Versicherungszeit zurückzulegen.

Zwar kann, wenn eine vor Beginn der genannten Rahmenfrist gegeben gewesene Möglichkeit zur freiwilligen Versicherung nicht genutzt wurde, schon dieses Versäumnis (und nicht erst die später eingetretene Behinderung) kausal für die Nichterfüllung der Vorversicherungszeit sein, sofern nämlich Kausalität im Sinne der strengen Bedingungslehre verstanden wird. Da im Sozialrecht aber nicht jede Bedingung des Erfolges, sondern nur eine wesentliche als Ursache im Rechtssinne gilt und in der gesetzlichen Krankenversicherung Beitrittsrechte grundsätzlich nicht dadurch ausgeschlossen werden, daß früher andere Versicherungsmöglichkeiten ungenutzt gelassen worden sind, können solche Versäumnisse grundsätzlich nicht als wesentliche Ursache für das Fehlen der Vorversicherungszeit angesehen werden. Das gilt namentlich dann, wenn sie zeitlich weit zurückliegen und deshalb in der Regel später wieder korrigierbar sind, jedenfalls mit zunehmendem zeitlichen Abstand an Bedeutung verlieren. Sofern der Gesetzgeber sie als beitriftsschädlich ansehen wollte, hat er dieses wie in § 176 Abs. 1 Satz 1 Nr. 9 RVO ausdrücklich geregelt. Da eine derartige Regelung hier fehlt, behält das Beitrittsrecht nach § 176c RVO auch, wer die Vorversicherungszeit nicht erfüllt, wenn ihn seine Behinderung in den letzten fünf Jahren davon abgehalten hat, die Vorversicherungszeit durch eine

Pflichtversicherung oder eine freiwillige (Weiter-)Versicherung zu erfüllen.

Bei dieser Lösung ist allerdings nicht zu verkennen, daß sie gewisse Manipulationsmöglichkeiten eröffnet; insbesondere könnten Personen, die bisher nicht versichert waren, nach Eintritt einer Behinderung mit dem Antrag auf Anerkennung als Schwerbehinderter und ihrem Beitritt zur Kasse solange warten, bis mehr als zwei Jahre nach Eintritt der Behinderung verstrichen sind; schon dann wären sie nämlich wegen ihrer Behinderung häufig nicht mehr in der Lage, innerhalb der fünfjährigen Rahmenfrist eine Versicherungszeit von mindestens drei Jahren zurückzulegen. Solche Möglichkeiten, allein durch Zuwarten die Voraussetzungen für den Beitritt herbeizuführen, sind aber auch sonst gegeben. So könnten zB Eltern mit dem Antrag auf Anerkennung der Schwerbehinderteneigenschaft warten, bis sie selbst drei Jahre versicherungspflichtig tätig waren. Diese und ähnliche Gestaltungsmöglichkeiten hat der Gesetzgeber indessen offenbar in Kauf genommen, weil er darauf vertraut hat, daß das Interesse an einer alsbaldigen Anerkennung als Schwerbehinderter Manipulationen der genannten Art weitgehend zurückdrängen wird (s. dazu auch Urteil des erkennenden Senats vom 19. Februar 1987 - 12 RK 37/84 -).

Sollte er sich in diesen Erwartungen getäuscht haben, kann es nicht Aufgabe der Gerichte sein, insoweit Abhilfe zu schaffen. Dies muß dann vielmehr dem Gesetzgeber selbst überlassen bleiben. Im übrigen sind die erheblichen verwaltungsmäßigen Schwierigkeiten zu bedenken, die sich ergeben würden, wenn nicht nur für die letzten fünf Jahre vor dem Beitritt, sondern, wie die Beklagte meint, auch für weiter zurückliegende Zeiten die uU nur noch schwer zu klärende Frage beantwortet werden müßte, ob irgendwann einmal für den Beitrittswilligen eine Möglichkeit zur Versicherung bestanden hat.

Obwohl es hiernach bei Anwendung des § 176c RVO auch im Falle einer behinderungsbedingten Nichterfüllung der Vorversicherungszeit allein auf die letzten fünf Jahre vor dem Beitritt ankommt, konnte der Senat den Rechtsstreit nicht abschließend entscheiden. Das LSG hat zwar festgestellt, daß die Klägerin in dieser Zeit nicht versicherungspflichtig beschäftigt war und auch keine solche Beschäftigung aufnehmen konnte. Es hat dabei jedoch nur eine Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt berücksichtigt und Möglichkeiten einer Beschäftigung nach dem Gesetz über die Sozialversicherung Behinderter (SVBG) vom 7. Mai 1975 (BGBl I, 1061) nicht geprüft. Gerade diese sind es aber, die sich für schwer behinderte Personen wie die Klägerin in erster Linie oder allein anbieten.

So wäre zunächst zu prüfen gewesen, ob die Tätigkeiten, die die Klägerin während ihres Aufenthaltes in verschiedenen Landeskrankenhäusern verrichtet hat, den Voraussetzungen des § 2 SVBG entsprachen. Diese Prüfung war nicht deshalb entbehrlich, weil Beiträge für sie offenbar nicht entrichtet worden sind; denn eine Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung setzt die Entrichtung von Beiträgen nicht voraus; die Versicherung entsteht vielmehr kraft Gesetzes mit der Aufnahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung (§ 306 RVO). Weder dem SVBG noch dem § 176c RVO ist zu entnehmen, daß darin abweichend von den allgemeinen Grundsätzen des Krankenversicherungsrechts als weitere Voraussetzung der Versicherung die Entrichtung von Beiträgen gefordert wird (s. § 3 Abs. 1 SVBG).

Sollte sich im Falle der Klägerin ergeben, daß ihre Tätigkeiten in den Landeskrankenhäusern nicht oder nicht in ausreichendem Umfang versichert waren, dann ist außerdem noch zu fragen, ob für sie wenigstens die Möglichkeit bestanden hätte, im Rahmen der §§ 1 und 2 SVBG versicherungspflichtig tätig zu werden. Nur wenn auch dies zu verneinen wäre, wäre die Klägerin durch ihre Behinderung an der Ausübung einer versicherungspflichtigen Beschäftigung gehindert gewesen.

Das LSG wird also noch prüfen müssen, welche Beschäftigungsmöglichkeiten für die Klägerin in den letzten fünf Jahren vor ihrem Beitritt bestanden und ob sie während dieser Zeit in den betreffenden Landeskrankenhäusern oder in sonstigen Einrichtungen oder in Werkstätten für Behinderte beschäftigt werden konnte. Sollte eine solche Beschäftigung nur aus Mangel an geeigneten Plätzen gescheitert sein, so wäre auch dies wegen der allgemein beschränkten Beschäftigungsmöglichkeiten für Behinderte ein Hindernis, das auf die Behinderung zurückzuführen wäre. Nicht beitragsberechtigt wäre die Klägerin hingegen, wenn sie nach ihrem Gesundheitszustand eine nach §§ 1 und 2 SVBG versicherungspflichtige Tätigkeit hätte ausüben können, jedoch insoweit keine ausreichenden Bemühungen unternommen wurden.

Um die hiernach zu einer abschließenden Entscheidung noch erforderlichen Tatsachen aufzuklären, war die Sache an das LSG zurückzuverweisen (§ 170 Abs. 2 Satz 2 SGG).

Die Kostenentscheidung bleibt dem abschließenden Urteil vorbehalten.

Fundstellen

Haufe-Index
738423



Siehe auch: Presse-Vorbericht Nr. 24/08 vom 16.5.2008, Presse-Mitteilung Nr. 24/08 vom 2.6.2008

BUNDESSOZIALGERICHT Urteil vom 28.5.2008, B 12 KR 16/07 R

Krankenversicherung – kein Beitritt als schwerbehinderter Mensch zur freiwilligen Versicherung bei Verfehlung der notwendigen Vorversicherungszeit und nicht genutztem möglichen anderweitigen Beitritt zur gesetzlichen Krankenversicherung - Fristversäumnis - Wiedereinsetzung in den vorigen Stand

Leitsätze

Das Beitrittsrecht zur gesetzlichen Krankenversicherung als schwerbehinderter Mensch besteht nicht, wenn die notwendige Vorversicherungszeit verfehlt wird, weil ein möglicher anderweitiger Beitritt zur gesetzlichen Krankenversicherung nicht genutzt wurde.

Tatbestand

- 1 Die Beteiligten streiten darüber, ob der schwerbehinderte Kläger aufgrund seines Beitritts als freiwilliges Mitglied der beklagten Krankenkasse in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist.
- 2 Der im Juni 1954 geborene Kläger war in der gesetzlichen Krankenversicherung zuletzt vom Juni 1995 bis zum November 1996 bei der AOK Mainz-Kastel wegen des Bezuges von Leistungen des Arbeitsamtes Mainz pflichtversichert. Aufgrund einer seelischen Erkrankung war er seit 1996 geschäftsunfähig. Am 9.7.1999 wurde ein Betreuer bestellt, dessen Aufgabenkreis ua die gesamte Sorge für die Gesundheit, die Vermögenssorge sowie die Geltendmachung und Verwaltung von Ansprüchen auf Altersversorgung, Sozialhilfe und Unterhalt umfasst. Der Betreuer stellte einen Rentenantrag und erklärte vorsorglich mit an die beklagte Krankenkasse gerichtetem Schreiben vom 7.2.2000 den Beitritt des Klägers zur freiwilligen Versicherung. Die AOK Hessen führte mit Bescheid vom 1.3.2000 aus, als Rentner könne der Kläger wegen fehlender Vorversicherungszeiten nicht Pflichtmitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung sein. Mit Bescheid vom 5.4.2000 entschied das Versorgungsamt, dass der Grad der Behinderung 60 betrage. Die LVA Oberbayern gewährte dem Kläger mit Bescheid vom Mai 2000 eine Rente wegen Erwerbsunfähigkeit ab Juli 1999.
- 3 Die Beklagte stellte mit Bescheid vom 13.10.2000 fest, dass der Kläger nicht ihr freiwilliges Mitglied geworden sei. Den Widerspruch wies sie mit Widerspruchsbescheid vom 13.12.2000 zurück. Zur Begründung führte sie aus, der Kläger habe nicht die Möglichkeit genutzt, sich nach dem Ende der Pflichtversicherung freiwillig weiter zu versichern.
- 4 Das Sozialgericht München (SG) hat mit Urteil vom 25.11.2004 die Beklagte unter Aufhebung der Bescheide verurteilt, den Kläger ab 5.4.2000 als freiwilliges Mitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung zu versichern. Er habe in der Zeit vom 9.2.1995 bis 8.2.2000 aufgrund seiner Erkrankung keine Tätigkeiten in gewisser Regelmäßigkeit - auch nicht in einer Werkstatt oder in einem Heim für Behinderte - verrichten und deshalb die erforderliche Vorversicherungszeit nicht erfüllen können. Von der Möglichkeit, nach dem Ende der Pflichtmitgliedschaft gemäß § 9 Abs 1 Nr 1

SGB V der gesetzlichen Krankenversicherung als freiwilliges Mitglied beizutreten, habe er behinderungsbedingt nicht rechtzeitig Gebrauch machen können.

- 5 Das Bayerische Landessozialgericht (LSG) hat mit Urteil vom 27.4.2006 das Urteil des SG aufgehoben und die Klage abgewiesen. Zur Begründung hat es ua ausgeführt, nicht die Behinderung des Klägers sondern der versäumte Beitritt nach dem Ende der Pflichtversicherung sei kausal für die Nichterfüllung der Vorversicherungszeit gewesen. Die Frist für den Beitritt nach § 9 Abs 1 Nr 1 SGB V habe wegen der bereits seit 1996 bestehenden Geschäftsunfähigkeit des Klägers erst mit der Bestellung eines Betreuers am 10.7.1999 begonnen und am 9.10.1999 geendet. Der mit Schreiben vom 7.2.2000 erklärte Beitritt sei verspätet erfolgt. Die Fristversäumnis beruhe auf einem Verschulden des Betreuers. Allein die Unkenntnis über das Bestehen einer ablaufenden Frist und die Schwierigkeiten bei der Betreuung eines nicht kooperativen Geschäftsunfähigen könnten Fristversäumnisse eines Berufsbetreuers nicht entschuldigen.
- 6 Mit der vom Senat zugelassenen Revision rügt der Kläger die Verletzung des § 9 Abs 1 Nr 4 SGB V. Ihm sei es aufgrund seiner Behinderung nicht möglich gewesen, die nach dieser Vorschrift erforderliche Vorversicherungszeit zu erfüllen. Einer versicherungspflichtigen Tätigkeit habe er nicht nachgehen können. Die Beitrittsmöglichkeit nach dem Ende der Pflichtversicherung gemäß § 9 Abs 1 Nr 1 SGB V hätten zunächst weder er noch sein Betreuer nutzen können. Seinem Betreuer sei nicht bekannt gewesen, ob, wann und wo er versichert gewesen sei, ob und seit wann in der Vergangenheit Geschäftsunfähigkeit bestanden habe und ob deshalb Fristen gehemmt gewesen seien. Er selbst habe aufgrund seiner Erkrankung an der Aufklärung nicht mitwirken können. Im Übrigen schlossen sich die Beitrittsrechte nach § 9 Abs 1 Nr 1 und Nr 4 SGB V nicht aus und ständen gleichwertig nebeneinander.
- 7 Der Kläger beantragt,
das Urteil des Bayerischen Landessozialgerichts vom 27.4.2006 aufzuheben und die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 25.11.2004 zurückzuweisen.
- 8 Die Beklagte beantragt,
die Revision zurückzuweisen.
- 9 Sie hält das Urteil des LSG für zutreffend.

Entscheidungsgründe

- 10 Die Revision des Klägers ist unbegründet. Zu Recht hat das LSG das Urteil des SG aufgehoben und die Klage abgewiesen. Zutreffend hat die Beklagte mit den angefochtenen Bescheiden entschieden, dass der Kläger nicht als ihr freiwilliges Mitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist.
- 11 § 9 SGB V regelt, unter welchen Voraussetzungen ein Beitritt als freiwilliges Mitglied zur gesetzlichen Krankenversicherung zulässig ist. Für den Kläger kam hier sowohl ein Beitritt nach § 9 Abs 1 Nr 1 SGB V (*in der hier anzuwendenden, ab 1.1.1993 bis zum 31.12.1999 geltenden Fassung des Gesundheitsstrukturgesetzes vom 21.12.1992, BGBl I 2266*) als auch nach § 9 Abs 1 Nr 4 SGB V (*in der bis zum 31.7.2001 geltenden Fassung des Art 1 des Gesundheits-Reformgesetzes vom 20.12.1988, BGBl I 2477*) in Betracht. Die Voraussetzungen beider Vorschriften erfüllte der Kläger nicht.

- 12 1. Nach § 9 Abs 1 Nr 1 SGB V, nunmehr § 9 Abs 1 Satz 1 Nr 1 SGB V, können der gesetzlichen Krankenversicherung Personen beitreten, die als Mitglieder aus der Versicherungspflicht ausgeschieden sind und in den letzten fünf Jahren vor dem Ausscheiden mindestens vierundzwanzig Monate oder unmittelbar vor dem Ausscheiden mindestens zwölf Monate versichert waren. Der Beitritt ist gemäß § 9 Abs 2 Nr 1 SGB V innerhalb von drei Monaten nach Beendigung der Mitgliedschaft anzuzeigen. Er ist schriftlich zu erklären, die freiwillige Versicherung beginnt dann - ggf auch rückwirkend - mit dem Tag nach dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht (§ 188 Abs 2 und 3 SGB V). Zwar hatte der Kläger die erforderliche Vorversicherungszeit erfüllt, weil er vor seinem Ausscheiden aus der Pflichtversicherung während des Leistungsbezugs vom Juni 1995 bis November 1996 mehr als zwölf Monate pflichtversichert gewesen war, den Beitritt hatten jedoch weder er noch sein Betreuer fristgemäß erklärt.
- 13 a) Die dreimonatige Frist zur Anzeige des Beitritts begann erst mit der Bestellung eines Betreuers am 9.7.1999. Davor lief die Frist nicht, weil der Kläger selbst vor der Bestellung des Betreuers wegen der bei ihm seit 1996 bestehenden Geschäftsunfähigkeit seit der Beendigung der vorangegangenen Versicherungspflicht gehindert war, seinen Beitritt zu erklären (*vgl Urteil des BSG vom 27.8.1998, B 10 KR 5/97 R, BSGE 82, 283, 288 = SozR 3-5420 § 24 Nr 1 S 7*). Mit dem Zeitpunkt der Bestellung des Betreuers begann aber die Beitrittsfrist, denn zu dessen Aufgabenkreis gehörte die Sorge für die Gesundheit und die Vermögenssorge. Er hatte damit auch die Aufgabe, die Krankheitsvorsorge sicherzustellen, und die Befugnis, einen Krankenversicherungsschutz zu begründen oder fortzusetzen (*vgl Urteil des Senats vom 14.5.2002, B 12 KR 14/01 R, SozR 3-2500 § 9 Nr 4 S 13 f*). Zum Zeitpunkt der entsprechenden Erklärung des Betreuers mit Schreiben vom 7.2.2000, das als frühestmögliche Erklärung eines Beitritts in Betracht kommt, war die Frist des § 9 Abs 2 Nr 1 SGB V jedoch bereits verstrichen.
- 14 b) Dem Kläger war wegen der Versäumung dieser Frist keine Wiedereinsetzung in den vorigen Stand gemäß § 27 SGB X zu gewähren. Die Wiedereinsetzung nach § 27 SGB X ist bei der Versäumung der Frist für den Beitritt zur freiwilligen Versicherung grundsätzlich zulässig (*vgl bereits zum bis 31.12.1988 geltenden Beitrittsrecht für Schwerbehinderte nach § 176c der Reichsversicherungsordnung - RVO - Urteil des Senats vom 25.10.1988, 12 RK 22/78, BSGE 64, 153, 155 ff = SozR 1300 § 27 Nr 4 S 5 ff; nunmehr für die Beitrittsrechte nach § 9 Abs 2 SGB V Urteil des Senats vom 14.5.2002, B 12 KR 14/01 R, SozR 3-2500 § 9 Nr 4 S 14*). Sie setzt jedoch nach § 27 Abs 1 SGB X voraus, dass sowohl den Betreuten als auch den Betreuer kein Verschulden an der Fristversäumnis trifft (*vgl Urteil des Senats vom 14.5.2002, B 12 KR 14/01 R, SozR 3-2500 § 9 Nr 4 S 15*). Das LSG hat ohne Rechtsfehler angenommen, dass der Betreuer nicht ohne Verschulden gehindert war, die Frist für den Beitritt nach § 9 Abs 1 Nr 1 SGB V einzuhalten, weil allgemeine Schwierigkeiten bei der Betreuung eines nicht kooperativen Geschäftsunfähigen Fristversäumnisse eines Berufsbetreuers grundsätzlich nicht entschuldigten. Der Betreuer, der - wie bereits ausgeführt - im Rahmen der ihm übertragenen Aufgaben auch befugt war, den Beitritt zur freiwilligen Krankenversicherung zu erklären, hatte zur Wahrung der Beitrittsfrist daher unverzüglich alles zu unternehmen, um eine mögliche Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung fortzuführen oder zu begründen. Ob die Fristversäumnis entschuldigt ist, wenn der Betreuer trotz aller Anstrengungen nicht in der Lage ist, vorsorglich fristgemäß einen Beitritt zur gesetzlichen Krankenversicherung zu erklären, kann offen bleiben. Solche Umstände sind weder vorgetragen noch ersichtlich. Allein, dass innerhalb der Frist, wie die Revision geltend macht, keine Akten beigezogen werden konnten, reicht nicht aus,

um ein unverschuldetes Fristversäumnis anzunehmen. Daraus folgt nämlich noch nicht, dass für den Betreuer nicht andere Aufklärungsmöglichkeiten bestanden, die eine fristgemäße Erklärung des vorsorglichen Beitritts möglich gemacht hätten. Mit dem kurz nach Beginn der Betreuung gestellten Rentenantrag konnte sich der Betreuer nicht begnügen, weil die Pflichtversicherung als Rentner bzw. Rentenantragsteller an eine Vorversicherungszeit geknüpft war, die der Kläger nicht erfüllte, wie die AOK Hessen mit Bescheid vom 1.3.2000 festgestellt hat. Es kann deshalb auch offen bleiben, ob der Beitritt innerhalb von zwei Wochen nach dem Wegfall eines möglichen Hindernisses erklärt wurde.

- 15 2. Der Kläger hat auch kein Recht zum Beitritt nach § 9 Abs 1 Nr 4 SGB V, nunmehr § 9 Abs 1 Satz 1 Nr 4 SGB V. Nach dieser Vorschrift können schwerbehinderte Menschen der freiwilligen Versicherung beitreten, wenn sie, ein Elternteil oder ihr Ehegatte in den letzten fünf Jahren vor dem Beitritt mindestens drei Jahre versichert waren, es sei denn, sie konnten wegen ihrer Behinderung diese Voraussetzung nicht erfüllen. Die Satzung der Krankenkasse kann das Beitrittsrecht von einer Altersgrenze abhängig machen. Nach § 9 Abs 2 Nr 4 SGB V ist der Beitritt innerhalb von drei Monaten nach Feststellung der Behinderung der Krankenkasse anzuzeigen. Zwar hat das Versorgungsamt die Schwerbehinderung des Klägers mit Bescheid vom 5.4.2000 festgestellt und der Kläger seinen Beitritt erklärt, die für dieses Beitrittsrecht erforderliche Vorversicherungszeit war jedoch nicht erfüllt. Ihre Erfüllung war auch nicht entbehrlich.
- 16 a) In den letzten fünf Jahren vor der Erklärung des Beitritts waren weder der Kläger noch seine Eltern mindestens drei Jahre in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert. Der Vater lebte nicht mehr, die Mutter war privat krankenversichert. Die Pflichtversicherung des Klägers gemäß § 5 Abs 1 Nr 2 SGB V bestand nur während des Bezugs von Leistungen des Arbeitsamtes bis zum November 1996. Danach bestand keine Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung mehr. Wie dargelegt war der Kläger auch nicht durch einen wirksamen Beitritt nach dem Ende der Pflichtversicherung gemäß § 9 Abs 1 Nr 1 SGB V rückwirkend freiwilliges Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung geworden.
- 17 b) Die Vorversicherungszeit war entgegen der Auffassung der Revision auch nicht entbehrlich iS von § 9 Abs 1 Nr 4 SGB V. Ihre Nichterfüllung beruhte nämlich nicht auf der Behinderung des Klägers. Die Vorinstanzen und die Beteiligten sind davon ausgegangen, dass der Kläger spätestens nach dem Ende der letzten Pflichtversicherung nicht mehr in der Lage war, einer versicherungspflichtigen Beschäftigung nachzugehen oder eine Pflichtversicherung durch eine Tätigkeit in einer Werkstatt oder in einem Heim für behinderte Menschen zu begründen. Wie oben ausgeführt, wäre es ihm trotz seiner Erkrankung jedoch möglich gewesen, nach Bestellung eines Betreuers fristgerecht nach § 9 Abs 1 Nr 1 SGB V beizutreten, damit rückwirkend ab Beendigung der Pflichtversicherung im Jahre 1996 eine freiwillige Mitgliedschaft zu begründen und die Vorversicherungszeit des § 9 Abs 1 Nr 4 SGB V zu erfüllen.

- 18 Der Senat hat es bereits in seinem Urteil vom 10.9.1987 (*12 RK 28/86, SozR 2200 § 176c Nr 8*) zum Beitrittsrecht nach § 176c RVO nicht ausgeschlossen, dass die Möglichkeit einer freiwilligen Weiterversicherung innerhalb der Rahmenfrist einem Beitrittsrecht als Schwerbehinderter entgegenstehen könnte, diese Frage jedoch offen gelassen. Für das Beitrittsrecht nach § 9 Abs 1 Nr 1 SGB V schließt ein während der Rahmenfrist möglicher unterlassener Beitritt zur gesetzlichen Krankenversicherung, der die Vorversicherungszeit hätte erfüllen können, das Beitrittsrecht aus, weil die erforderliche Vorversicherungszeit dann nicht allein

behinderungsbedingt fehlt. Bereits nach dem Wortlaut der Vorschrift steht die Nichterfüllung der Vorversicherungszeit einem Beitritt als Schwerbehinderten nur dann nicht entgegen, wenn sie allein behinderungsbedingt verfehlt wird. Weshalb dann eine ungeachtet der Behinderung mögliche Erfüllung der Vorversicherungszeit gleichwohl unbeachtlich sein soll, ist nicht zu erkennen. Vielmehr schließt die ungenutzte Möglichkeit, während der Rahmenfrist von fünf Jahren wirksam zur freiwilligen Versicherung beizutreten und die Vorversicherungszeit damit zu erfüllen, auch nach dem der Entstehungsgeschichte zu entnehmenden Zweck der Regelung einen Beitritt aus.

- 19 Die Vorschrift des § 9 Abs 1 Nr 4 SGB V geht auf die Regelung des § 176c RVO zurück. Mit dieser Vorschrift war ein Beitrittsrecht für Schwerbehinderte erstmals ab 1.7.1975 mit dem Gesetz über die Sozialversicherung Behinderter in geschützten Einrichtungen vom 7.5.1975 (*BGBI I 1061*) geschaffen worden. Nach der damaligen Fassung des § 176c RVO setzte der Beitritt nur das Vorliegen einer Schwerbehinderung und die Erklärung des Beitritts voraus, er war weder von Zeiten einer Vorversicherung abhängig noch war er an eine Frist geknüpft. Die auch heute noch geltende Vorversicherungszeit und eine Beitrittsfrist wurden mit dem Gesetz zur Ergänzung und Verbesserung der Wirksamkeit kostendämpfender Maßnahmen in der Krankenversicherung vom 22.12.1981 (*BGBI I 1578, Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz - KVEG -*) ab 1.1.1982 eingeführt. Hierdurch sollte das Beitrittsrecht beschränkt werden, um Missbrauch zu begegnen, nachdem in der Vergangenheit der Beitritt oft erst erfolgte, wenn Krankheitskosten entstanden bzw zu erwarten waren (*vgl BT-Drucks 9/845 S 12*). Wie der Senat in seinem Urteil vom 19.2.1987 (*12 RK 37/84, BSGE 61, 169, 171 = SozR 2200 § 176c Nr 7 S 13*) ausgeführt hat, wurde dieses Ziel allerdings nicht oder wenigstens nicht in erster Linie durch die erforderliche Vorversicherungszeit erreicht, sondern dadurch, dass der Beitritt an eine kurze Frist geknüpft wurde, die mit der Feststellung der Behinderung begann. Damit war weitgehend ausgeschlossen, dass der Behinderte mit dem für ihn mit Beitragspflichten verbundenen Beitritt wartete, bis voraussichtlich Krankheitskosten entstehen konnten. Der Kreis der Schwerbehinderten mit Zugang zur Krankenversicherung wurde durch die Vorversicherungszeit begrenzt, um die Krankenkassen durch die Verringerung der Zahl der Beitrittsberechtigten finanziell zu entlasten und damit entsprechend dem Ziel des KVEG die Leistungsfähigkeit der Krankenkassen zu sichern (*vgl BT-Drucks 9/845 S 11 f*), zumal Behinderte ein besonders ungünstiges Risiko in der Krankenversicherung darstellten. Aus sozialen Gründen blieb allerdings das Beitrittsrecht ohne Vorversicherungszeit denen erhalten, die aufgrund ihrer Behinderung nicht in der Lage waren, Zeiten einer Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung zurückzulegen. Ausnahmsweise konnte damit eine Versicherungsmöglichkeit ohne jegliche vorherige Zugehörigkeit zur gesetzlichen Krankenversicherung bestehen. Dieser Regelungsgehalt wurde in das SGB V übernommen und mit anderen Beitrittsrechten in § 9 Abs 1 SGB V zusammengefasst. Die Beitrittsfristen wurden einheitlich in § 9 Abs 2 SGB V geregelt (*vgl RegEntwurf zum GRG, Begründung zu § 9*).

- 20 Da der Beitritt nach § 9 Abs 1 Nr 4 SGB V ebenso wie alle anderen Beitrittsrechte grundsätzlich von einer vorherigen Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung abhängt, ist die Ausnahmeregelung, die den Beitritt ohne Vorversicherungszeit ermöglicht, eng auszulegen. Entsprechend dem Zweck der Regelung, einen Beitritt erst bei Eintritt von Kostenrisiken zu verhindern, ist der Beitritt ohne Erfüllung der Vorversicherungszeit daher nur möglich, wenn nur und ausschließlich behinderungsbedingt innerhalb der Rahmenfrist keine anderen Versicherungsmöglichkeiten genutzt werden konnten. Ansonsten bestünde die Möglichkeit, bis zur Stellung eines Schwerbehindertenantrags einen möglichen

Beitritt etwa nach § 9 Abs 1 Satz 1 Nr 1 SGB V nicht zu realisieren und erst später einer Krankenkasse nach § 9 Abs 1 Satz 1 Nr 4 SGB V beizutreten. Ist die Vorversicherungszeit nicht mit Pflichtversicherungszeiten oder freiwilligen Mitgliedszeiten erfüllt (*vgl zu § 176c RVO Urteil des Senats vom 10.9.1987, 12 RK 28/86, SozR 2200 § 176c Nr 8*), hat sich die Prüfung deshalb darauf zu erstrecken, ob innerhalb der Rahmenfrist eine Pflichtversicherung oder freiwillige Versicherung behinderungsbedingt nicht begründet werden konnte. Zutreffend ist, dass, wie die Revision ausführt, die Beitrittsrechte des § 9 Abs 1 Satz 1 Nr 1 und Nr 4 SGB V jeweils eigenständige Rechte begründen und nicht in einem Rangverhältnis stehen. Ihre Voraussetzungen sind jeweils unterschiedlich. Wenn eine Vorversicherungszeit Voraussetzung für ein Beitrittsrecht ist, kann diese zugunsten der Beitretenden auch durch eine durch ein anderes Beitrittsrecht begründete freiwillige Versicherung erfüllt werden und damit auch für den anderen Versicherungstatbestand Bedeutung entfalten. Dann ist es aber auch nicht ausgeschlossen, dass eine nicht genutzte freiwillige Versicherung Wirkungen auch zu Lasten eines Beitretenden entfaltet.

21 Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.