

## Familienversicherung ohne Altersgrenze gemäß § 10 Abs. 2 Nr. 4 SGB V

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

Sehr viele Menschen mit Behinderungen, die in der Familienversicherung ohne Altersgrenze versichert sind, beziehen Leistungen nach dem SGB XII. Hinsichtlich der Krankenversicherung (KV) sind das „ruhige Akten“, denn es ist kein Beitrag zu entrichten/zu überweisen und regelmäßig vom Sozialhilfeträger (SHT) auch nicht Konkretes zu veranlassen (wie bei freiwillig Versicherten, bei denen der Beitrag bei Erhöhungen (meist 1x pro Jahr) im System angepasst und die Höhe der Überweisungen geändert werden muss).

Bei Familienversicherungen ohne Altersgrenze besteht daher die Gefahr, dass bei Ausscheiden des Hauptversicherten (z.B. durch Tod) der familienversicherte Angehörige dies nicht erfährt, die Familienversicherung durch den Tod erlischt und dann die 3-Monats-Frist zur Beantragung einer freiwilligen Versicherung verstrichen ist. Eine rückwirkende „Stornierung“ der Familienversicherung ist in diesen Fällen nicht möglich, wenn es einen Bescheid über die Familienversicherung gibt (BSG B 10 KR 3/99 R vom 7.12.00<sup>1</sup>). Weiterhin erlischt eine Familienversicherung nicht „einfachso“, sondern das Ende muss festgestellt werden („kein Selbstvollzug des Gesetzes“, BSG 4 RK 1/94 vom 16.11.95<sup>2</sup>).

Die pure Aushändigung bzw. Übersendung der Versichertenkarte ist kein VA (BSG B 10 KR 3/99 vom 7.12.00<sup>3</sup>). Das Begrüßungsschreiben mit der Übersendung der Versichertenkarte, in dem explizit steht „familienversichert ist das Kind xy/der Ehegatte z, ist allerdings ein VA. Die meisten Kassen versenden inzwischen aber die Versichertenkarte ohne diesen Zusatz (damit wäre es dann kein VA).

Von daher sollte zu Beginn oder auch im Laufe einer bestehenden Familienversicherung eine **schriftliche** Bestätigung über das Bestehen der Familienversicherung und deren Beginn von der Krankenkasse angefordert werden. Diese Bestätigung stellt dann einen Bescheid und damit einen Verwaltungsakt (VA) dar.

Eine Aufnahme in die Familienversicherung ohne Altersgrenze bei den Krankenkassen durchzusetzen, macht im Regelfall erhebliche Probleme. Die Krankenkassen machen weniger Probleme, wenn die nachfolgenden Kriterien vorliegen:

- es liegt eine so starke Behinderung vor, dass das Kind noch nicht einmal in einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) tätig sein kann
- es gibt einen Bescheid über eine Schwerbehinderung mit einem GdB 100
- es gibt einen Bescheid über Kindergeld über das 25. (früher 27.) Lebensjahr hinaus ohne altersmäßige Begrenzung

Allerdings sind diese Voraussetzungen keinesfalls unabdingbare Voraussetzungen!  
Was steht im Gesetz?

§ 10 (2) Nr. 4 SGB V:

---

<sup>1</sup> <https://www.sozialgerichtsbarkeit.de/legacy/2730?modul=esgb&id=2730>

<sup>2</sup> [https://www.prinz.law/urteile/bundessozialgericht/BSG\\_Az\\_4-RK-1-94--1994-01-12](https://www.prinz.law/urteile/bundessozialgericht/BSG_Az_4-RK-1-94--1994-01-12)

<sup>3</sup> <https://www.sozialgerichtsbarkeit.de/legacy/2730?modul=esgb&id=2730>

„Kinder sind versichert ...

ohne Altersgrenze, wenn sie als Menschen mit Behinderungen (§ 2 Abs. 1 Satz 1 des Neunten Buches) außerstande sind, sich selbst zu unterhalten; Voraussetzung ist, daß die Behinderung zu einem Zeitpunkt vorlag, in dem das Kind innerhalb der Altersgrenzen nach den Nummern 1, 2 oder 3 familienversichert war oder die Familienversicherung nur wegen einer Vorrangversicherung nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 ausgeschlossen war.“

## **Menschen mit Behinderungen**

§ 10 (2) Nr. 4 verweist auf § 2 (1) Satz 1 SGB IX: Hiernach „sind Menschen mit Behinderungen Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können.“

Die **Feststellung einer Behinderung** obliegt gem. § 152 (1) Satz 1 SGB IX den zuständigen Behörden: „Auf Antrag des behinderten Menschen stellen die für die Durchführung des Bundesversorgungsgesetzes zuständigen Behörden das Vorliegen einer Behinderung und den Grad der Behinderung zum Zeitpunkt der Antragstellung fest.“ I.d.R. sind dies die Versorgungs- oder Landesversorgungsämter (und nicht der MD (medizinischer Dienst; bis 31.12.19 MDK = medizinischer Dienst der Krankenkassen)). In den Versorgungsämtern arbeiten Ärzt/innen, die auf die Feststellung von Behinderungen spezialisiert sind. Die ärztlichen Feststellungen werden von den Verwaltungskräften dann mit Verwaltungsakten beschieden. Für mich ist der Satz 1 im § 152 SGB IX eindeutig. Es erschließt sich mir nicht, warum die Krankenkassen an diese Feststellungen nicht gebunden sein sollen und im Rahmen ihrer Amtsermittlungspflicht eigene Feststellungen treffen sollen bzw. dürfen.

Zudem wird im § 275 (2) SGB V abschließend aufgezählt, in welchen Fällen die Kassen den MD einschalten **müssen**. Die Feststellung der Familienversicherung ohne Altersgrenze ist dort nicht aufgeführt. Die ist noch nicht einmal im Absatz 3 aufgeführt („Die Krankenkassen können in geeigneten Fällen durch den Medizinischen Dienst prüfen lassen ...“).

## **Behinderung – Schwerbehinderung**

Das Gesetz verlangt lediglich eine Behinderung, keine Schwerbehinderung. Ein Bescheid des Versorgungsamtes mit einem GdB von 50 oder mehr ist daher nicht zwingend nötig, es genügt, dass ein GdB festgestellt wurde. Liegt kein Bescheid des Versorgungsamtes vor (oder nur für bestimmte Zeiten), können hilfsweise auch andere Unterlagen, z.B. ein Gutachten (amtsärztlicher Dienst, Arbeitsagentur, DRV), in dem die Behinderung festgestellt wird, eingereicht werden. Eine **dauerhafte Behinderung** ist nicht Voraussetzung (s.o. Definition), daher ist auch eine Feststellung der Behinderung mit zeitlicher Begrenzung ausreichend für die Familienversicherung ohne Altersgrenze (die dann entsprechend befristet wird).

Alle ehemaligen Leistungsbeziehenden Alg II, die vom Jobcenter an das SGB XII verwiesen werden, weil sie länger als 6 Monate nicht erwerbsfähig sind, erfüllen die Voraussetzung des § 2 (1) SGB IX.

**Wer in einer WfbM tätig war und aus dieser ausscheidet ist auf jeden Fall behindert, weil die Behinderung Voraussetzung für die Aufnahme in die WfbM ist.**

Die DRV erstellt zur Feststellung der Erwerbsminderung ein Gutachten. Oft kann eine Behinderung auch aus diesen Gutachten nachgewiesen werden.

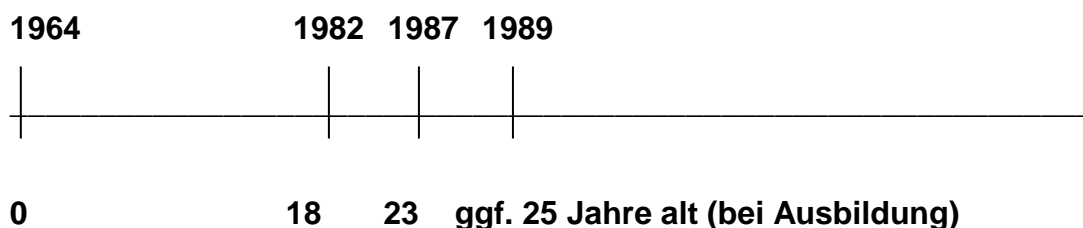
### **Eintritt der Behinderung**

Bis zum 10.5.19 musste aufgrund der Fassung des § 10 (2) Nr. 4 die Behinderung bereits zu Zeiten der „regulären“ Familienversicherung (§ 10 (2) Nr. 1, 2 oder 3) vorgelegen haben. D.h.: Zwischen der Geburt und der jeweiligen Altersgrenze muss zu einem beliebigen Zeitpunkt die Behinderung und eine Familienversicherung als Kind zeitgleich nebeneinander bestanden haben. Lediglich ein Anspruch auf Familienversicherung genügte nicht, die Familienversicherung musste tatsächlich bestanden haben (... „das Kind nach Nummer 1, 2 oder 3 versichert war“). Es kann dann ggf. sinnvoll sein, rückwirkende Eintragungen einer Familienversicherung zu erwirken, wenn ein Anspruch darauf bestand, die Mitgliedschaft aber nicht eingetragen wurde.

Seit dem 11.5.19 wurde mit Inkrafttreten des TSVG die Nr. 4 im § 10 (2) erweitert. Angehängt wurde der Halbsatz: „oder die Familienversicherung nur wegen einer Vorrangversicherung nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 ausgeschlossen war.“ Die Neufassung trägt insbesondere dem Umstand Rechnung, dass seit dem 1.1.16 bei Alg II-Bezug ab Vollendung des 15. Lebensjahres eine Familienversicherung nicht mehr vorrangig ist, sondern ab diesem Zeitpunkt eine eigene Pflichtversicherung greift.

Für die Ermittlung kann es hilfreich sein, einen **Zeitstrahl** anzufertigen:

Beispiel: Geboren 1964



Manchmal bereitet es Probleme, den **Zeitpunkt des Eintritts der Behinderung** als solchen festzustellen. In diesem Fall kann es hilfreich sein, beim Versorgungsamt einen Antrag zu stellen, dass der GdB (und damit die (Schwer-)behinderung) rückwirkend festgestellt werden möge. Dies ist dann möglich, wenn der Antragsteller ein besonderes Interesse glaubhaft macht (§ 152 (1) Satz 2 SGB IX). Dies wurde vom BSG bestätigt (B 9 SB 3/10 R vom 7.4.11<sup>4</sup> und B 9 SB 1/11 R vom 16.2.12<sup>5</sup>, dort noch Verweis auf § 4 (1) Satz 1 SchwbG, welches nun vom SGB IX abgelöst wurde).

<sup>4</sup> <https://www.sozialgerichtsbarkeit.de/legacy/142242?modul=esgb&id=142242>

<sup>5</sup> <https://www.sozialgerichtsbarkeit.de/legacy/150776?modul=esgb&id=150776>

Im Urteil B 9 SB 1/11 R vom 16.2.12 wird dazu konkret ausgeführt: „Ist auf Antrag des Schwerbehinderten nach Glaubhaftmachung eines besonderen Interesses festgestellt worden, dass die Eigenschaft als Schwerbehinderter, ein anderer GdB oder ein oder mehrere gesundheitliche Merkmale bereits zu einem früheren Zeitpunkt vorgelegen haben, ist zusätzlich das Datum einzutragen, von dem ab die jeweiligen Voraussetzungen mit dem Ausweis nachgewiesen werden können.“ Die Durchführung einer (kostenlosen) Familienversicherung ohne Altersgrenze ist mit Sicherheit als „besonderes Interesse“ zu werten.

Achtung: Der im BSG-Urteil zitierte § 6 (1) Satz 2 SchwbAwV wurde zum 31.12.12 gestrichen. Dies bedeutet aber nur, dass die rückwirkende Feststellung der Schwerbehinderung nicht mehr rückwirkend in den SB-Ausweis eingetragen wird. Die Eintragung in den Ausweis ist aber Grundlage für Steuerfreibeträge (und um die ging es in dem BSG-Urteil). Grundlage für die Familienversicherung ohne Altersgrenze ist aber die Feststellung, dass die Behinderung rückwirkend vorgelegen hat und die kann auch per Bescheid ohne Eintragung in den SB-Ausweis erfolgen. Der § 69 SGB IX sah diese rückwirkende Feststellung in den Absätzen 1 und 2 aber bis 31.12.17 weiterhin vor. Seit 1.1.18 ist die rückwirkende Feststellung im § 152 (1) Satz 2 vorgesehen.

Das LSG Baden-Württemberg entschied am 15.12.15 unter L 11 KR 2330/14<sup>6</sup>:

„Der Senat schließt daraus, dass der Kläger bereits seit dem Alter von ca 14 Jahren mit Beginn der Drogensucht eine zunehmende Abweichung von dem für das Lebensalter typischen Zustand entwickelte und spätestens Ende der 90er Jahre dadurch die Teilhabe des Klägers am Leben der Gesellschaft beeinträchtigt war. Auch Suchterkrankungen können Behinderungen iSv § 10 Abs 2 Nr 4 SGB V sein (Baier in Krauskopf, Soziale Krankenversicherung/Pflegeversicherung, SGB V § 10 RdNr 56).“

„Nach alledem ist bereits spätestens im Januar 2002 vom Vorliegen einer Behinderung auszugehen. Die formelle Feststellung eines GdB erst im Jahr 2010, wenn auch mit Rückwirkung, spielt insoweit keine Rolle (Gerlach in Hauck/Noftz, aaO, § 10 RdNr 77).“

### **Gleichstellung von Versicherungszeiten aus anderen Ländern bei der Parallelität von Behinderung und Familienversicherung**

Bei der Gleichstellung von Versicherungszeiten aus anderen Ländern machen die Kassen Probleme, denn es heißt es im § 10 (2) Nr. 4: „Voraussetzung ist, daß die Behinderung zu einem Zeitpunkt vorlag, in dem das Kind innerhalb der Altersgrenzen nach den Nummern 1, 2 oder 3 familienversichert war ...“ und nicht „Voraussetzung ist, daß die Behinderung zu einem Zeitpunkt vorlag, in dem das Kind innerhalb der Altersgrenzen familienversichert war ...“. Die Kassen werfen daher ins Feld, dass das Gesetz sich hier sehr direkt auf eine Familienversicherung gem. § 10 (und das kann nur eine deutsche Versicherung sein) und nicht nur allgemein auf eine Versicherung bezieht.

Bsp.: Eine Familie zieht aus Bulgarien nach Deutschland. Der Mann arbeitet, das Ehepaar bezieht aufstockende Leistungen vom Jobcenter und ist pflichtversichert. Zu der Familie gehört auch ein 26jähriger behinderter Sohn, der erwerbsunfähig ist. Die

---

<sup>6</sup> <https://www.sozialgerichtsbarkeit.de/legacy/182095?modul=esgb&id=182095>

Behinderung besteht seit Geburt; in Bulgarien bestand bis zum 18. Lebensjahr eine Familienversicherung (Nachweis auf Formular S041 (E 104 liegt vor)).  
Hat der behinderte Sohn Anspruch auf eine Familienversicherung ohne Altersgrenze in Deutschland?

Für Versicherungszeiten aus EU-/EWR-Ländern greift sowohl Art. 6 der VO (EG) 883/2004 (Gleichstellung der Versicherungszeiten), als auch Art. 5 der VO 883/2004 (Gleichstellung der Sachverhalte). Damit dürften die Voraussetzungen für Personen, die in einem **EU-/EWR-Land oder der Schweiz** familienversichert waren und die Behinderung zu Zeiten der dortigen Familienversicherung vorlag, erfüllt sein.

Bestand die Familienversicherung in einem Land, mit dem Deutschland ein **SV-Abkommen** hat (in 2022 Türkei, Tunesien, Serbien, Bosnien-Herzegowina, Nordmazedonien und Montenegro), sieht das LSG Hamburg eine Gleichstellung ebenfalls als gegeben an:

**LSG Hamburg, L 1 KR 98/04 vom 1.6.05<sup>7</sup>**: Auch Zeiten einer Familienversicherung im Ausland, die durch entsprechende SV-Abkommen/Verträge geregelt ist, „zählen“ als Familienversicherung im Sinne des § 10 (2) Nr. 4. Hier ging es um die Gleichstellung einer Familienversicherung in der Türkei.

Das LSG HH verweist in seinem Urteil auf das Urteil des BSG 12 RK 67/93 vom 29.9.94<sup>8</sup>: Hier handelt es sich um eine Entscheidung, die für anerkannte **Vertriebene** (das ist eine andere Personengruppe als die Spätaussiedler) nach dem BVFG Mitgliedszeiten im Heimatland (hier: Rumänien) als Erfüllung der Voraussetzung einer bestehenden Familienversicherung zum Zeitpunkt des Eintritts der Behinderung eine „Familienversicherung“ des Kindes im Heimatland ansieht. Grundlage für diese Entscheidung war § 90 BVFG, der die Gleichstellung von Vertriebenen in der Sozial- und Arbeitslosenversicherung mit den Berechtigten in der Bundesrepublik vorsah. § 90 BVFG wurde (leider) aufgehoben. **Die Gleichstellung kann daher nur für Übersiedlungen bis 31.12.1992 angewendet werden.** Seit dem 1.1.93 gibt es bestimmte spezial-gesetzliche Bestimmungen (Fiktionen) für Spätaussiedler. Der Grundsatz, dass alle Sachverhalte gleichzusetzen sind, wurde abgeschafft.

**Muss die Behinderung und das Außerstande sein, sich zu unterhalten parallel bestehen bzw. muss die Behinderung die Ursache für das Außerstande sein sein?**

Nicht ganz geklärt ist derzeit, ob neben der Behinderung die Unfähigkeit zum Selbstunterhalt parallel und zu Zeiten einer „normalen“ Familienversicherung vorgelegen haben müssen. Vorstellbar ist ein Eintritt der Behinderung, der zu Zeiten einer „normalen“ Familienversicherung festgestellt wurde, die Unfähigkeit, sich selbst zu unterhalten, aber deutlich nach diesem Zeitpunkt eintrat. Eine Behinderung (auch mit einem GdB von 100) bedeutet nicht automatisch eine Erwerbsunfähigkeit; viele Menschen mit z.T. schweren Behinderungen arbeiten ganz regulär im 1. Arbeitsmarkt. Durch Hinzutritt einer (weiteren) Erkrankung kann dann die Erwerbsunfähigkeit eintreten; diese ggf. auch nach dem 23. (bei Ausbildung 25.) Lebensjahr, also nach dem Ende der regulären Familienversicherung.

<sup>7</sup> <https://www.sozialgerichtsbarkeit.de/legacy/23218?modul=esgb&id=23218>

<sup>8</sup> [https://www.prinz.law/urteile/bundessozialgericht/BSG\\_Az\\_12-RK-67-93--1993-12-08](https://www.prinz.law/urteile/bundessozialgericht/BSG_Az_12-RK-67-93--1993-12-08)

Im Kindergeldrecht (Kindergeld für behinderte Kinder ohne Altersgrenze) ist diese Parallelität nicht zwingend vorgeschrieben (BFH, Urteile vom 9.6.11, III R 61/08<sup>9</sup> und III R 24/09<sup>10</sup>). Dort war der behinderte Mensch noch eine Zeitlang arbeitsfähig und die Erwerbsminderung trat erst später ein.

M.E. muss die Parallelität nicht vorliegen. Dies hängt mit der damaligen Fassung der Familienkrankenhilfe (§ 205 RVO) und der heutigen Fassung des § 10 (2) Nr. 4 zusammen. Wenn man beide Fassungen und die damalige Rechtsprechung vergleicht, dann dürfte es ziemlich eindeutig sein, dass keine Parallelität vorliegen muss.

**Dazu schreibt Frau Dr. Dunja Barkow von Creytz (Richterin am LSG Bayern in München) in der NZS 2023, 309 (über beck-online abrufbar):**

„Falls das Kind erst nach Erreichen der jeweiligen Altersgrenze aufgrund zunehmender Verschlechterung der bereits vorbestehenden Behinderung sich nicht mehr selbst unterhalten kann, führt dies mitunter zu einer ablehnenden Entscheidung der Krankenkasse mit der Begründung, dass auch das Außerstandesein sich selbst zu unterhalten bereits vor Erreichen der jeweiligen Altersgrenze vorgelegen haben müsse. Auf den Zeitpunkt des Eintritts des Außerstandeseins zum Selbstunterhalt kommt es nach dem Wortlaut des Gesetzes jedoch nicht an. Im Gesetzeswortlaut finden sich keinerlei Anknüpfungspunkte für eine solche einschränkende Auslegung (so auch *Felix*, KrV 2021, 95, 98). Der Gesetzgeber hat vielmehr nur hinsichtlich des Zeitpunkts des Eintretens der Behinderung eine zeitliche Grenze festgelegt (vgl. *Schleswig-Holsteinisches LSG*, 25.8.1998 – L 1 Kr 31/97 –, Rn. 29). Dieses Verständnis der Norm findet seine Übereinstimmung in der Rechtsprechung des Bundesfinanzhofes zur steuerlichen Berücksichtigung von Kindern mit Behinderung nach § 32 Abs. 4 Satz 1 EStG (*BFH*, 9.6.2011 – III R 61/08). Wegen der vergleichbaren Schutzziele von § 32 Abs. 4 Satz 1 EStG und § 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V und vergleichbarem Wortlaut erscheint es geboten, gerade im Sozialrecht hier keine zusätzlichen ungeschriebenen Tatbestandsmerkmale hinzu zu formulieren, die den sozialen Schutz der Menschen mit Behinderung einschränken, anstatt ihn umfassend zu gewährleisten.“

**außer Stande, sich selbst zu unterhalten**

Eine festgestellte (auch befristete) volle Erwerbsminderung durch die DRV gem. § 43 (2) SGB VI dokumentiert das Kriterium „**außerstande, sich selbst zu unterhalten**“. Gem. § 109a (2-4) SGB VI sind die RV-Träger auch für die Feststellung der Erwerbsfähigkeit zuständig, wenn SGB II-Träger (§ 44a (2) Satz 5 SGB II) oder XII-Träger (§ 45 SGB XII) entsprechende Ersuchen stellen.

Weiterhin kann man in der Praxis vorliegende Gutachten, z.B. des Jobcenters sowie ggf. Bewertungen einer (versuchten) Tätigkeit in einer WfbM einreichen. Die Jobcenter erstellen über ihren medizinischen Dienst im Regelfall ein Kurz- und ein Langgutachten, denn in einem 1. Schritt entscheiden die Jobcenter über die Erwerbsfähigkeit (§ 44a SGB II). Die Langgutachten sind sehr umfassend und können daher gut verwendet werden. Daher sollte man das Langgutachten des Jobcenters bei der Kasse einreichen.

---

<sup>9</sup> <https://www.bundesfinanzhof.de/de/entscheidung/entscheidungen-online/detail/STRE201110247/>

<sup>10</sup> <https://openjur.de/u/614993.html>

Meist schaltet die Kasse den MD ein, der i.d.R. feststellt, dass die Kriterien für eine Familienversicherung ohne Altersgrenze nicht erfüllt sind. In diesen Fällen lassen es viele Kassen auf eine gerichtliche Entscheidung ankommen, bei der meist weitere Gutachten eingeholt werden. Die Kassen behaupten dabei regelmäßig, sie seien verpflichtet, den MD einzuschalten. Die Einschaltung ist im § 275 geregelt. Dort im Absatz 2: „Die Krankenkassen haben durch den Medizinischen Dienst prüfen zu lassen“ und im Absatz 3 „Die Krankenkassen können in geeigneten Fällen durch den Medizinischen Dienst prüfen lassen“. In beiden Absätzen taucht die Feststellung einer Familienversicherung ohne Altersgrenze nicht auf!

Zu den Unterlagen, die die Kassen **verlangen**, s. weiter unten.

Insbesondere, wenn **Zeiten mit Alg II-Bezug** vorliegen, wird die Familienversicherung ohne Altersgrenze von den Kassen regelmäßig abgelehnt: Der Bezug von Arbeitslosengeld II schließt eine Familienversicherung nach § 10 (1) Nr. 4 aus, da Arbeitslosengeld II nur an Personen gezahlt werde, die erwerbsfähig seien.

**Das LSG Baden-Württemberg führt dazu unter L 11 KR 2330/14 am 15.12.15<sup>11</sup> aus:**

„Eine derartige Besserung ist jedoch nicht eingetreten, insbesondere ergibt sie sich auch nicht daraus, dass der Kläger vorübergehend Leistungen nach dem SGB II bezog. Selbst eine vorübergehend ausgeübte versicherungspflichtige Beschäftigung beseitigt eine einmal begründete Familienversicherung ohne Altersbegrenzung nicht auf Dauer, sondern überlagert sie nur für deren Dauer (BSG 18.05.2004, B 1 KR 24/02 R<sup>12</sup>, SozR 4-2500 § 10 Nr 4). **Erst recht steht daher der vorübergehende Bezug von SGB II-Leistungen der Familienversicherung ohne Altersbegrenzung nicht entgegen.** Wie bereits das SG ausgeführt hat, wird eine mögliche Indizwirkung für das Vorliegen von Erwerbsfähigkeit im konkreten Fall durch die vorliegenden medizinischen Unterlagen eindeutig widerlegt.“

In den letzten Jahren gab es einige positive Rechtsprechung, die sich an anderen Kriterien orientiert, einen Bescheid über Schwerbehinderung mit GdB 100 nicht unbedingt voraussetzt und die „Unfähigkeit, sich selbst zu unterhalten“ definiert hat. Auf diese Urteile kann man – gelegentlich erfolgreich – verweisen:

Das SG Dortmund hat am 27.6.13 unter S 39 KR 490/10<sup>13</sup> div. Gutachten eingeholt und die Unfähigkeit, sich zu unterhalten festgestellt, obwohl es keinen Bescheid der DRV zur EM gab. Der Kläger war minderintelligent (früher = debil) und wäre daher nur in der Lage gewesen, einfachste Tätigkeiten auszuführen, deren Entlohnung nicht zum Lebensunterhalt ausgereicht hätten.

**LSG NRW, L 5 KR 152/06 vom 26.6.08<sup>14</sup> (Suchterkrankung Alkohol und Drogenabhängigkeit):**

Die Unfähigkeit, sich selbst zu unterhalten, ist gegeben, wenn das Kind seinen eigenen Lebensunterhalt, zu dem auch notwendige Aufwendungen infolge der Behinderungen sowie sonstige Ausgaben des täglichen Lebens rechnen, nicht selbst bestreiten kann. Dies setzt zunächst voraus, dass das Kind infolge der Behinderung

---

<sup>11</sup> <https://www.sozialgerichtsbarkeit.de/legacy/182095?modul=esgb&id=182095>

<sup>12</sup> <https://www.sozialgerichtsbarkeit.de/legacy/21058?modul=esgb&id=21058>

<sup>13</sup> <https://www.sozialgerichtsbarkeit.de/legacy/162958?modul=esgb&id=162958>

<sup>14</sup> <https://www.sozialgerichtsbarkeit.de/node/158712>

nicht in der Lage ist, durch Arbeit seinen Lebensunterhalt zu verdienen, insbesondere eine Erwerbstätigkeit in gewisser Regelmäßigkeit auszuüben und mehr als nur geringfügige Einkünfte zu erzielen. **Insoweit ist der Begriff des Außerstandeseins mit dem der Erwerbsunfähigkeit im Sinne der gesetzlichen Rentenversicherung (§ 43 (2) SGB VI) vergleichbar.**

**Das LSG NRW bezieht sich dabei auf eine Entscheidung des BSG:**

„Denn nach der Rechtsprechung des BSG (BSGE 57, 108) ist die Unfähigkeit, sich selbst zu unterhalten, gegeben, wenn das Kind seinen eigenen Lebensunterhalt nicht selbst bestreiten kann, d.h. nicht in der Lage ist, durch Arbeit seinen Lebensunterhalt zu verdienen, insbesondere eine Erwerbstätigkeit in gewisser Regelmäßigkeit auszuüben und mehr als nur geringfügige Einkünfte zu erzielen. Daraus wird deutlich, dass der Begriff des Außerstandeseins mit dem der Erwerbsunfähigkeit i.S.d. gesetzlichen Rentenversicherung vergleichbar ist. Da aber für die Beurteilung der Erwerbsunfähigkeit/vollen Erwerbsminderung nicht auf Tätigkeiten auf dem sog. zweiten Arbeitsmarkt abgestellt werden darf, hat dies auch bei der Beurteilung gemäß § 10 Abs. 2 Nr. 4 SGB V zu unterbleiben.“ Die Entscheidung des BSG, die sich hinter BSGE 57, 108 verbirgt, ist die Entscheidung BSG 10 RKg 6/83 vom 14.8.84<sup>15</sup>.

**Ebenso das LSG Baden-Württemberg unter L 11 KR 2330/14 am 15.12.15<sup>16</sup>:**

„Der Kläger war auch bereits zum Zeitpunkt 16.01.2002 außerstande, sich selbst zu unterhalten. Die Unfähigkeit, sich selbst zu unterhalten, ist gegeben, wenn das Kind seinen eigenen Lebensunterhalt, zu dem auch notwendige Aufwendungen infolge der Behinderungen sowie sonstige Ausgaben des täglichen Lebens rechnen, nicht selbst bestreiten kann. Dies setzt zunächst voraus, dass das Kind infolge der Behinderung nicht in der Lage ist, durch Arbeit seinen Lebensunterhalt zu verdienen, insbesondere eine Erwerbstätigkeit in gewisser Regelmäßigkeit auszuüben und mehr als nur geringfügige Einkünfte zu erzielen. Insoweit ist der Begriff des Außerstandeseins mit dem der Erwerbsminderung im Sinne der gesetzlichen Rentenversicherung (§ 43 Abs 2 Sozialgesetzbuch Sechstes Buch) vergleichbar (vgl Bundessozialgericht (BSG) 14.08.1984, 10 RKg 6/83, BSGE 57, 108).“

Dazu ist § 44a (2) SGB II zu beachten: „Die gutachterliche Stellungnahme des Rentenversicherungsträgers zur Erwerbsfähigkeit ist für alle gesetzlichen Leistungsträger nach dem Zweiten, Dritten, **Fünften**, Sechsten und Zwölften Buch bindend; § 48 des Zehnten Buches bleibt unberührt.“

Zum Thema „Bindungswirkung des Gutachtens der DRV zur vollen Erwerbsminderung“ haben Klaus Rohsmöller aus Rheine und ich die wichtigsten Inhalte in einem Fachaufsatz zusammengestellt. Der Fachaufsatz kann kostenlos und ohne copyright von meiner Website <http://www.kv-schulung.de/fachaufsaetze/> heruntergeladen werden.

Bei allen Menschen, bei denen Erwerbsunfähigkeit vor dem 23. Lebensjahr festgestellt wird und die deshalb aus dem SGB II in das SGB XII zurückverwiesen werden, kommt eine Familienversicherung ohne Altersgrenze (auch bei befristeten

<sup>15</sup> [https://www.prinz.law/urteile/bundessozialgericht/BSG\\_Az\\_10-RKg-6-83--1984-08-14](https://www.prinz.law/urteile/bundessozialgericht/BSG_Az_10-RKg-6-83--1984-08-14)

<sup>16</sup> <https://www.sozialgerichtsbarkeit.de/legacy/182095?modul=esgb&id=182095>



EM-Renten) in Betracht.

Es gibt allerdings Fälle, die z.T. **jahrelang Alg II** beziehen, bis die Erwerbsminderung festgestellt wird. In diesen Fällen argumentieren die Kassen damit, dass man Alg II ja nur bei Erwerbsfähigkeit beziehen könne und unterstellen für den Zeitraum des Alg II-Bezuges Erwerbsfähigkeit. In diesen Fällen sollte man die Vermittlungstätigkeit des Jobcenters und vor allem die Erfolge bzw. Misserfolge dieser Vermittlungstätigkeit ermitteln. Es wird i.d.R. dann schnell klar, dass keine Erwerbsfähigkeit vorlag (abgebrochene Maßnahmen, lange Krankzeiten).

**LSG NRW, L 5 KR 181/04 vom 19.1.06<sup>17</sup> (Suchterkrankung Drogen, Zeiten der Inhaftierung, Reha und Unterbrechung der Familienversicherung durch eigene Pflichtversicherungszeiten):** Danach liegt eine Behinderung vor, wenn eine Drogenabhängigkeit besteht, die aufgrund eines chronischen Gebrauchs von Rauschmitteln zu körperlichen und/oder psychischen Abhängigkeiten mit entsprechender psychischer Veränderung und sozialen Einordnungsschwierigkeiten geführt hat. Der Grad der Behinderung ist je nach psychischer Veränderung und sozialen Anpassungsschwierigkeiten auf mindestens 50 einzuschätzen. Zwar liegt nicht bei jeder Suchterkrankung eine "Erwerbsunfähigkeit" vor, jedoch ist dies bei einer entsprechend schweren Suchterkrankung anzunehmen, da die Persönlichkeitsstruktur des Suchterkrankten dann derart beeinträchtigt ist, dass er auch nicht den Willen aufbringen kann, entsprechende Arbeiten zur Sicherung des Lebensunterhaltes aufzunehmen. Eine evtl. bestehende Erwerbsfähigkeit auf dem 2. Arbeitsmarkt ist nicht relevant.

### **imstande, sich zu unterhalten, trotz voller Erwerbsminderung?**

Bei der Familienversicherung ohne Altersgrenze als behindertes Kind kommt es darauf an, ob das Kind außerstande ist, sich selber zu unterhalten. Hier ist aber nicht nur zu berücksichtigen, ob das Kind durch Arbeit seinen Lebensunterhalt bestreiten kann, sondern ggf. auch durch andere Einkünfte, z.B. durch besondere Renten (OEG, BEG, Contergan-Rente etc.). Die meisten dieser Renten zählen allerdings nicht zum Gesamteinkommen, weil diese nicht steuerpflichtig sind. D.h., hinsichtlich einer möglichen Überschreitung des Gesamteinkommens sind diese Renten zunächst nicht schädlich. Aber ggf. wird dadurch der eigene Unterhalt bestritten.

Weder in der Rechtsprechung, in einschlägigen Kommentaren noch in irgendwelchen Dokumenten (Rundschreiben, Besprechungsergebnisse, grundsätzliche Hinweise, einheitliche Grundsätze) des GKV-Spitzenverbandes im Bereich der Familienversicherung ohne Altersgrenze findet man zu dieser Problematik (andere Einkünfte) irgendwelche Aussagen.

Die DRV allerdings definiert im Bereich der Waisenrente als behindertes Kind (vgl. § 48 SGB VI) in den gemeinsamen rechtlichen Anweisungen (GRA) die Fähigkeit, sich zu unterhalten (Nr. 5.4.2)<sup>18</sup>:

„Zum notwendigen Lebensbedarf gehören die gesamten zwingenden Ausgaben des

<sup>17</sup> <https://www.sozialgerichtsbarkeit.de/node/157227>

<sup>18</sup> [https://rvrecht.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/rvRecht/01\\_GRA\\_SGB/06\\_SGB\\_VI/pp\\_0026\\_50/gra\\_sgb006\\_p\\_0048.html#doc1576682bodyText45](https://rvrecht.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/rvRecht/01_GRA_SGB/06_SGB_VI/pp_0026_50/gra_sgb006_p_0048.html#doc1576682bodyText45)

täglichen Lebens, insbesondere Aufwendungen für Nahrung, Wohnung, Bekleidung, Beschaffung von Gebrauchsgegenständen, ärztliche Behandlung und so weiter. Ferner ist zu berücksichtigen, dass das Kind gerade aufgrund seiner Behinderung gegebenenfalls erhöhte und zusätzliche Aufwendungen hat (zum Beispiel durch besondere Ernährungsweise, Pflegeperson, Heil- und Hilfsmittel).

Der notwendige Lebensunterhalt einer behinderten Waise im Sinne des § 48 Abs. 4 S. 1 Nr. 2d SGB VI ist als nicht gedeckt anzusehen, wenn das zu berücksichtigende Einkommen des Kindes beziehungsweise das Nettoeinkommen, zu dessen Erwerb das Kind fähig ist, einen **pauschalen Richtwert** nicht übersteigt.

#### **Der pauschale Richtwert beträgt:**

<b>ab</b>	<b>Betrag</b>
01.01.2002	799,00 EUR
12.09.2016	899,00 EUR
01.01.2017	913,00 EUR
01.01.2018	928,00 EUR
01.01.2019	942,00 EUR
01.01.2020	962,00 EUR
01.01.2021	1168,00 EUR
01.01.2022	1218,00 EUR
01.01.2023	1265,00 EUR

Besteht nicht die Fähigkeit, ein höheres Einkommen zu erzielen und wird es auch tatsächlich nicht erzielt, ist die Fähigkeit „sich selbst zu unterhalten“ nicht gegeben. Liegt das berücksichtigungsfähige Nettoeinkommen über den maßgebenden „Pauschalbeträgen“, ist eine Prüfung im Einzelfall erforderlich.“

Dann folgt eine Tabelle mit Einkommensarten, die „zählen“ und Einkommensarten, die „nicht zählen“.

Allerdings gibt es ein **Urteil des SG Stade vom 17.4.19 (S 15 KR 112/15<sup>19</sup>)**, welches hinsichtlich des außerstande seins, sich zu unterhalten, zu einem anderen Ergebnis kommt, als alle bisherigen Rechtsprechungen:

Das SG zielt bei dem außerstande sein nicht auf die Erwerbsfähigkeit ab, sondern auf die Unterhaltsbedürftigkeit gem. § 1602 BGB: „Sie ist aber im Rechtssinne nicht außerstande, sich selbst zu unterhalten. Dieser Rechtsbegriff bestimmt sich vorliegend nicht nach den Maßgaben für die Erwerbsminderung (1.), sondern nach dem zivilrechtlichen Unterhaltsrecht (2.). ... Auf die Feststellungen der Sachverständigen zu einer Erwerbsminderung der Klägerin kommt es demnach nicht entscheidend an.“

Die Klägerin bezog Grundsicherungsleistungen vom Sozialamt. Das SG Stade kam zu der Entscheidung, dass mit diesen Grundsicherungsleistungen der Unterhaltsbedarf gedeckt sei und eine Familienversicherung ohne Altersgrenze daher ausscheidet:

„2. Der Bezug von Leistungen nach dem Vierten Kapitel des SGB XII wegen Erwerbsminderung versetzen die Klägerin in die Lage, sich im Sinne von § 10 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 SGB V und von § 25 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 SGB XI selbst zu unterhalten.“

---

<sup>19</sup> <https://www.sozialgerichtsbarkeit.de/legacy/206501?modul=esgb&id=206501>

... „Aus der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes (BGH) folgt, dass in der vorliegenden Konstellation die seitens des jeweiligen Sozialhilfeträgers geleisteten Zahlungen nach dem Vierten Kapitel des SGB XII als unterhaltssichernd zu bewerten sind und die Klägerin damit in die Lage versetzen, sich im Sinne von § 10 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 SGB V bzw. § 25 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 SGB XI selbst zu unterhalten.“

Das SG bezieht sich dabei auf die Vorschriften zur Familienhilfe in der RVO:

„Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG), Urteil vom 29. Januar 1980, 3 RK 101/78, juris, Rn. 16, zu § 205 Abs. 3 Satz 4 Reichsversicherungsordnung (RVO) knüpft der Begriff des Außerstandeseins zum Unterhalt an das zivilrechtliche Unterhaltsrecht an. Dies liege schon angesichts des Wortlauts der Vorschrift nahe, der den zivilrechtlichen Vorgaben weitgehend entspreche. Unterhaltsbedürftigkeit nach § 1602 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB, bis zum heutigen Tage unveränderte Fassung) besteht, wenn eine Person außerstande ist, sich selbst zu unterhalten.

Die Anknüpfung an die Unterhaltsbedürftigkeit bzw. -gewährung war über § 205 Abs. 3 Satz 4 RVO hinaus in allen Tatbeständen Familienkrankenhilfe in § 205 RVO zu beachten und für die Frage des Zuganges zur gesetzlichen Krankenversicherung als Familienangehöriger prägend.

**Zwar ist die Bindung an das Unterhaltsrecht mit der Einführung des SGB V durch das Gesundheitsreformgesetz zum 1. Januar 1988 dem Grunde nach abgeschafft worden, schon weil den Familienangehörigen eigene, vom Mitglied unabhängige Ansprüche auf Krankenversicherungsschutz eingeräumt werden sollten** (vgl. BT-Drucks 11/2237 S. 161). Jedoch hat in Abweichung davon § 10 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 SGB V den Wortlaut der Vorgängervorschrift § 205 Abs. 3 Satz 4 RVO unverändert übernommen. Auch unter dem SGB V geht die Kammer im Hinblick auf diese Kontinuität davon aus, dass sich die Frage, ob das Kind außerstande ist, sich selbst zu unterhalten, nach den zivilrechtlichen Maßgaben des Unterhaltsrechts bemisst.“

**Das liest sich im ersten Moment irgendwie schlüssig, aber der Richter hat m.E. einen entscheidenden Fehler gemacht:**

Die Unterhaltsberechtigung als Anspruchsvoraussetzung für die Familienversicherung gab es nur in der RVO; sie basierte noch nicht einmal auf der Rechtsprechung des BSG, sondern war sogar ausdrücklich im Gesetz verankert (§ 205 RVO). Und: **Sie galt für alle Kinder** (und sogar für die Ehegatten) – **nicht nur für die Familienversicherung ohne Altersgrenze!**

**§ 205 RVO damalige Fassung (§ 205 gibt es seit 1.1.89 nicht mehr):**

„Versicherte erhalten für den unterhaltsberechtigten Ehegatten und die unterhaltsberechtigten Kinder, wenn sie sich gewöhnlich im Geltungsbereich dieses Gesetzes aufhalten, kein Gesamteinkommen ... Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheit, ... Krankenhilfe und sonstige Hilfe unter den gleichen Voraussetzungen und im gleichen Umfang wie Versicherte; Krankengeld wird nicht gewährt.“

Mit dem Inkrafttreten des SGB V wurde die Unterhaltsberechtigung als Voraussetzung für die Familienversicherung bedingungslos abgeschafft. Die Vorschrift des § 10 Abs. 2 Nr. 4 SGB V lautet wie folgt:

„... ohne Altersgrenze, wenn sie als Menschen mit Behinderungen (§ 2 Abs. 1 Satz 1

des Neunten Buches) außerstande sind, sich selbst zu unterhalten; ...“ Von einer Unterhaltsberechtigung als Voraussetzung findet sich nunmehr im Gesetz nichts mehr. Wenn der Gesetzgeber dies auch für die Familienversicherung gem. § 10 im SGB V vorgesehen hätte, dann hätte er es speziell für die behinderten Kinder im § 10 Abs. 2 Nr. 4 SGB V auch ausdrücklich regeln müssen, da es zuvor in der RVO ausdrücklich geregelt war. Da es an dieser speziellen Regelung fehlt, wird der ausdrückliche Wille des Gesetzgebers deutlich, dass es eben nicht mehr auf die Unterhaltsberechtigung ankommt.

Somit läuft die Argumentation des SG Stade (Hinweis: Auch unter dem SGB V geht die Kammer im Hinblick auf diese Kontinuität davon aus, dass sich die Frage, ob das Kind außerstande ist, sich selbst zu unterhalten, nach den zivilrechtlichen Maßgaben des Unterhaltsrechts bemisst.) m.E. ins Leere, bzw. in die völlig falsche Richtung.

Das Urteil ist noch nicht rechtskräftig; die Berufung ist unter L 16 KR 264/19 beim LSG Niedersachsen-Bremen anhängig. Sollte das LSG Niedersachsen-Bremen zum gleichen Ergebnis kommen wie das SG Stade, werden zumindest die AOK Niedersachsen und die AOK Bremen-Bremerhaven sowie alle sonstigen Kassen im Bereich Niedersachsen die Eintragung der Familienversicherung ohne Altersgrenze bei SGB XII-Bezug ablehnen. Vermutlich wird es dann aber aufgrund der erheblichen Relevanz eine Entscheidung des BSG geben. Beteiligt in dem Verfahren ist das Sozialamt Rotenburg (Wümme).

**Dazu schreibt Frau Dr. Dunja Barkow von Creytz (Richterin am LSG Bayern in München) in der NZS 2023, 309 (über beck-online abrufbar):**

„Kinder, die sich trotz Behinderung selbst unterhalten können, sei es durch Erwerbstätigkeit oder eine eigene Halbwaisenrente, Erwerbsminderungsrente oder Verletztenrente, haben keinen Anspruch auf weitere Familienversicherung. Ausgangspunkt ist insoweit das zivilrechtliche Unterhaltsrecht (vgl. *SG Stade*, 17.4.2019 –S 15 KR 112/15).“

Frau Barkow von Creytz führt div. Leistungen auf, bei denen der Selbstunterhalt vorliegt. Sozialhilfeleistungen nach dem SGB XII, wenn kein Rückgriff auf die Unterhaltspflichtigen genommen wird (so wie das SG Stade es ausführt) gehören nicht zu ihrer Aufzählung! Das SG Stade sieht hingegen die Sozialhilfe (sofern kein Unterhaltsrückgriff genommen wird) als Unterhalt, mit dem man sich selbst unterhalten kann, an.

**Zeitlich gesehen nach der Entscheidung des SG Stade haben sich 2 LSG's mit der Familienversicherung ohne Altersgrenze beschäftigt:**

Am 1.10.20 hat das LSG Berlin-Brandenburg unter L 28 KR 373/18<sup>20</sup> eine Entscheidung zur Familienversicherung ohne Altersgrenze getroffen. Hier war kein SGB XII-Bezug im Spiel, aber das LSG verweist auf die bisherige Rechtsprechung „außerstande sich selber zu unterhalten ist vergleichbar mit voller Erwerbsminderung.“

### **Zitat:**

---

<sup>20</sup> <https://www.sozialgerichtsbarkeit.de/legacy/213934?modul=esgb&id=213934>

„Ein Kind im Sinne des § 10 Abs. 2 Abs. 3 SGB V ist unfähig, sich selbst zu unterhalten, wenn es seinen eigenen Lebensunterhalt einschließlich notwendiger Aufwendungen infolge der Behinderung nicht selbst bestreiten kann, insbesondere, wenn es infolge der Behinderung nicht in der Lage ist, eine Erwerbstätigkeit in gewisser Regelmäßigkeit auszuüben und mehr als nur geringe Einkünfte zu erzielen (vgl. Just in Becker/Kingreen, SGB V, 7. Auflage 2020 § 10 Rn. 41). Auch dies war bei der Klägerin bereits vor Vollendung ihres 23. Lebensjahres der Fall. Der Begriff des Außerstandeseins, sich selbst zu unterhalten, ist mit dem eines aufgehobenen Leistungs-vermögens im Sinne der Gesetzlichen Rentenversicherung vergleichbar (vgl. Just in Becker/Kingreen, a.a.O. Rn. 41; **BSG, Urteil vom 14. August 1984 –10 RKg 6/83–** juris Rn. 21 zur Inhaltsbestimmung des Begriffs des Außerstandeseins, sich selbst zu unterhalten in § 2 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 Bundeskindergeldgesetz im Sinne des Begriffs der Erwerbsunfähigkeit in § 1247 Abs. 2 Satz 1 Reichsversicherungsordnung).“

Am 27.7.22 hat sich das LSG Baden-Württemberg unter L 5 KR 284/21 mit der Familienversicherung ohne Altersgrenze beschäftigt. Auch hier war kein SGB XII-Bezug im Spiel. Das LSG hat sich bei der Definition „außerstande sich zu unterhalten“ ebenfalls auf die bisherige Rechtsprechung bezogen.

#### **Zitat:**

„Ein Kind ist dann unfähig, sich selbst zu unterhalten, wenn es seinen eigenen Lebensunterhalt einschließlich notwendiger Aufwendungen infolge der Behinderung nicht selbst bestreiten kann (Bundessozialgericht <BSG>, Urteil vom 10.12.1980 -9 RV 11/80-, in juris Rn. 16). Dies ist dann der Fall, wenn das Kind infolge der Behinderung nicht in der Lage ist, eine Erwerbstätigkeit in gewisser Regelmäßigkeit auszuüben und mehr als nur geringe Einkünfte zu erzielen. Der Begriff des Außerstandeseins ist mit dem der Erwerbsunfähigkeit im Sinne der gesetzlichen Rentenversicherung vergleichbar (**BSG, Urteil vom 14.08.1984 -10 RKg 6/83-, in juris**). Voraussetzung ist, dass ein kausaler Zusammenhang zwischen der Behinderung und der Unmöglichkeit, sich selbst zu unterhalten, besteht (BSG, Urteil vom 10.12.1980 -9 RV 11/80-, in juris Rn. 16).“

#### **Rückkehr in die Familienversicherung ohne Altersgrenze nach anderen Mitgliedschaften**

Die Kassen machen häufig Probleme, Versicherte wieder in die Familienversicherung ohne Altersgrenze zurück zu nehmen, wenn andere Mitgliedschaften dazwischen lagen. Infrage kommt z.B. eine Beschäftigung in einer WfbM, versicherungspflichtige berufsvorbereitende Maßnahmen oder auch Arbeitsversuche in regulären Beschäftigungen, die gescheitert sind. Ablehnungen der Rückkehr sind rechtswidrig, denn es müssen lediglich die **Grundvoraussetzungen** für die Familienversicherung ohne Altersgrenze vorliegen; eine ununterbrochene Familienversicherung ist im Gesetz nicht vorgesehen.

**BSG, B 1 KR 24/02 R vom 18.5.04<sup>21</sup>:** Auch kurze versicherungspflichtige Beschäftigungen sind kein Ausschlussgrund für eine Familienversicherung ohne Altersgrenze. Sie unterbrechen diese lediglich, nach dem Ende der Pflichtversicherung lebt die Familienversicherung wieder auf.

---

<sup>21</sup> <https://www.sozialgerichtsbarkeit.de/legacy/21058?modul=esgb&id=21058>

## **Aufnahme in die Familienversicherung ohne Altersgrenze für Versorgte gem. § 264 SGB V**

Die Aufnahme in die Familienversicherung ohne Altersgrenze ist eine gute Möglichkeit, auch langjährig gem. § 264 Versorgte (wieder zurück) in die GKV zu bringen. Natürlich müssen die o.a. Voraussetzungen erfüllt sein und es braucht eine/n Hauptversicherte/n. Die Eltern zu ermitteln (incl. Krankenkasse) und die Unterlagen zusammen zu tragen, ist meist bereits eine mühsame Angelegenheit. Die Abwehrhaltung der Kassen zu überwinden ist z.T. regelrechte „Knochenarbeit“. Die Auskünfte hierzu sind oft abenteuerlich: „Es muss mind. Merkzeichen H vorliegen“, „es muss ein GdB von 100 vorliegen“, „es dürfen keine anderen Pflichtversicherungszeiten als welche in einer WfbM vorliegen“ usw. Alles Falschauskünfte (s. Ausführungen weiter oben).

### **Die Kassen verlangen div. Unterlagen**

Sinnvoll und nötig sind folgende Unterlagen:

- Fami-Meldebogen
- Nachweis der Behinderung (Bescheid der zuständigen Behörde, meist Versorgungsamt/Landesversorgungsamt (§ 152 (1) SGB IX))
- Nachweis der Erwerbsunfähigkeit (Bescheid der DRV gem. § 43 (2) SGB VI)
- Nachweis des Eintritts der Behinderung
- Nachweis der Familienversicherung zum Zeitpunkt des Eintritts der Behinderung **oder**
- Nachweis, dass die Familienversicherung nur wegen einer Vorrangversicherung nach § 10 (1) Satz 1 Nummer 2 SGB V ausgeschlossen war (das sind Pflichtversicherungen gem. § 5 Abs. 1 Nr. 1, 2, 2a, 3 bis 8, 11 bis 12 oder ggf. eine freiwillige Versicherung bei mischversicherten Eltern (§ 10 (3) SGB V))
- alle ärztlichen Gutachten, die erstellt wurden (DRV, amtsärztlicher Dienst, medizinischer Dienst der Arbeitsagenturen/Jobcenter, Fachärzte, Krankenhäuser, Rehakliniken)
- ausführliches Anschreiben an die Kasse (hier kann man Musterschreiben verwenden, die mein Dozentenkollege Klaus Rohsmöller in einer Dropbox zum kostenlosen download hinterlegt hat<sup>22</sup>).

Es bedarf neben dem Fami-Meldebogen (korrekt: Fragebogen für die Aufnahme in die Familienversicherung – der befindet sich als Anlage (neutral für alle Kassen) am Ende der Fami-Meldegrundsätze <sup>23</sup>), auf den Webseiten der meisten Kassen sind Formulare als „Antrag Familienversicherung“ hinterlegt)) und der Nachweise über die Behinderung, der Erwerbsunfähigkeit (auch eine befristete Feststellung über die Erwerbsunfähigkeit berechtigt zur Familienversicherung ohne Altersgrenze, die dann ebenfalls befristet wird) sowie des Eintritts der Behinderung und der zum Eintritt der Behinderung bereits bestanden haben müssenden regulären Familienversicherung keiner weiteren Unterlagen.

### **Aktuelles ärztliches Attest**

<sup>22</sup> <https://www.dropbox.com/sh/fzva5uozxqnqda/AACG0XAp0afvTnfLJTrhEieja?dl=0>

<sup>23</sup> <https://minor-wissenschaft.de/wp-content/uploads/2021/01/Fami-Meldegrundsätze-27.11.2019.pdf>

Die Kassen verlangen regelmäßig die Vorlage eines aktuellen ärztlichen Attestes hinsichtlich der Behinderung und des außer Stande sein, sich zu unterhalten.

Sie beziehen sich dabei zum einen auf § 5 (1) Nr. 6 der Fami-Meldegrundsätze<sup>24</sup>:  
„<sup>2</sup>Als Nachweise kommen in Betracht

...

bei Kindern vom vollendeten 23. Lebensjahr, die wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung außerstande sind, sich selbst zu unterhalten, eine ärztliche Bestätigung über den Umfang und den Zeitpunkt des Eintritts der Behinderung, ...“

Die Meldegrundsätze verlangen zum einen keinen **aktuellen** ärztlichen Nachweis und zum anderen ist dieser Nachweis auch nicht zwingend („kommen in Betracht“).

Weiterhin beziehen sich die Kassen auf das RSA-Prüfhandbuch des Bundesamtes für soziale Sicherung (BSA), dort im Kapitel 2.3 (Familierversicherung) unter Ziffer 8<sup>25</sup>:

„Ist für eine bestehende Familienversicherung ohne Altersgrenze ein Nachweis über eine Behinderung vorhanden?

Bei Kindern, die wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung außer Stande sind, sich selbst zu unterhalten, ist ab Vollendung des 23. Lj. eine ärztliche Bestätigung - darunter fällt auch ein Pflege-Gutachten des MDK - über den Umfang und den Zeitpunkt des Eintritts der Behinderung erforderlich. Ist eine Behinderung als unwiderruflich anzusehen, ist auf die Vorlage eines weiteren Gutachtens/Attests zu verzichten.“

Sowohl der Bescheid der DRV über die volle Erwerbsminderung als auch der Bescheid des Versorgungsamtes über die Behinderung sind Verwaltungsakte, die **eine ärztliche Bestätigung zur Grundlage haben! Es handelt sich immer um ärztliche Gutachten, die den VA zugrunde liegen.**

Leider ist es in der Praxis so, dass die Kassen sich trotz Anschreiben mit entsprechenden Erläuterungen nicht darauf einlassen, die Familienversicherung ohne Altersgrenze ohne eine aktuelle ärztliche Bescheinigung einzutragen bzw. ist es ohne diese Bescheinigung sehr aufwändig und mühsam, die Kasse zur Eintragung zu überzeugen. Daher folgender Praxistipp:

Für die ärztliche Bescheinigung, die der Arzt/die Ärztin ausfüllen soll, haben die Kassen entsprechende Vordrucke. An diesen Vordruck sollte man den Feststellungsbescheid des Versorgungsamtes und die Feststellung der DRV über die volle Erwerbsminderung in Kopie anheften und dann alles direkt an den Arzt übersenden (incl. Schweigepflichtentbindung des Leistungsberechtigten). Allein das Schreiben der DRV reicht nicht aus, da in diesem Schreiben je lediglich steht, dass die/der Versicherte ab einem bestimmten Zeitpunkt voll erwerbsgemindert ist. Dort steht nicht drin, aufgrund welcher Behinderungen sie/er nicht arbeiten kann. Und genau jenes will die Kasse wissen bzw. muss sie zur Akte nehmen. Vorsichtshalber sollte man sich aber die vom Arzt ausgefüllte Bescheinigung vor Übersendung an die KK genau angucken - was hat die Ärztin/der Arzt dort bescheinigt? Wenn diese

---

<sup>24</sup> <https://minor-wissenschaft.de/wp-content/uploads/2021/01/Fami-Meldegrundsätze-27.11.2019.pdf>

<sup>25</sup> <https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/Krankenversicherung/PDK2/20191031RSAPHBVZAJ2016Versandfassung.pdf>

Bescheinigung nicht zielführend ist (da werden gelegentlich die abenteuerlichsten Dinge bescheinigt, die z.T. kontraproduktiv sind), dann sollte man es nicht beifügen. Ist die Bescheinigung aber korrekt ausgefüllt, dann sollte man es der Kasse übersenden.

Die **Feststellung einer Behinderung** obliegt gem. § 152 (1) SGB IX den zuständigen Behörden – i.d.R. sind dies die Versorgungs- oder Landesversorgungsämter (s.o.).

### **Bindungswirkung des Bescheides der DRV über die volle Erwerbsminderung**

Eine festgestellte (auch befristete) volle Erwerbsminderung durch die DRV gem. § 43 (2) SGB VI dokumentiert das Kriterium „**außerstande, sich selbst zu unterhalten**“. Gem. § 109a (2-4) SGB VI sind die RV-Träger auch für die Feststellung der Erwerbsfähigkeit zuständig, wenn SGB II-Träger (§ 44a (2) Satz 5 SGB II) oder XII-Träger (§ 45 SGB XII) entsprechende Ersuchen stellen.

Weiterhin einschlägig ist § 44a (2) SGB II: „Die gutachterliche Stellungnahme des Rentenversicherungsträgers zur Erwerbsfähigkeit ist für alle gesetzlichen Leistungsträger nach dem Zweiten, Dritten, **Fünften**, Sechsten und Zwölften Buch bindend; § 48 des Zehnten Buches bleibt unberührt.“

### **Damit ist der Bescheid der DRV über die volle Erwerbsminderung bindend auch für die Krankenkassen.**

Das sieht auch das SG Schwerin in seiner Entscheidung S 17 KR 69/22 vom 21.6.2023 so:

„Dabei kann vorliegend die zwischen den Beteiligten streitige Frage, ob im Zeitpunkt der vorangegangenen Familienversicherung nur die Behinderung oder auch schon die dadurch bedingte Unfähigkeit, sich selbst zu unterhalten vorgelegen haben muss, dahin gestellt bleiben.“

Entscheidend ist insoweit, dass die Rentenversicherung mit Bescheid vom 20.07.2020 festgestellt hat, dass die Klägerin mindestens seit dem 05.03.2010 wegen Behinderung erwerbsunfähig ist.

Diese Feststellung ist gem. § 44a) Abs. 2 SGB II für alle gesetzlichen Leistungsträger nach dem Zweiten, Dritten, Fünften, Sechsten und Zwölften Buch bindend.

Der Begriff des Außerstandeseins, sich selbst zu unterhalten ist nach der Rechtsprechung des BSG entsprechend dem Begriff der Erwerbsunfähigkeit auszufüllen (vgl. BSG, Urteil vom 14.08.1984, Az.: 10 Rkg 6/83). Beide Begriffe zielen nach dem jeweiligen Normzweck dahin, demjenigen Sozialleistungen zu gewähren, der nicht selbst in der Lage ist, durch Arbeit das Existenzminimum zu verdienen.

Die seitens der Rentenversicherung festgestellte Erwerbsunfähigkeit der Klägerin ab dem 05.03.2010 bedingt damit bindend auch die Feststellung, dass die Klägerin zumindest seit diesem Zeitpunkt außerstande ist, sich selbst zu unterhalten.“

Allerdings wird in den meisten Fällen, in denen die SGB XII-Empfänger in einer **WfbM** tätig sind bzw. waren, vom Sozialhilfeträger (SHT) auf die Einholung eines Gutachtens der DRV zur Erwerbsfähigkeit verzichtet, weil diese Menschen kraft Gesetz gem. § 43 (2) Satz 3 Nr. 1 und § 1 Satz 2 Nr. 2 SGB VI als voll



erwerbsgemindert gelten. Selbst in diesen Fällen verlangen die Kassen meist Nachweise (ärztliche Gutachten) über die Erwerbsfähigkeit.

Das BMAS hat sich in 2 Schreiben dazu klar geäußert (Schreiben des Referats II b 5 vom 20.11.07 an die damalige Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales in Berlin und Schreiben des Staatssekretärs des BMAS Franz Tönnes von 26.9.08 an den Abgeordneten Markus Kurth (beide Schreiben sind leider nicht im Internet zu finden).

Zitate:

„Die Feststellung (der Erwerbsfähigkeit) durch den Rentenversicherungsträger entfällt bei Personen, die in einer WfbM beschäftigt sind. Gleiches gilt für Menschen, die als nicht oder noch nicht werkstattfähig eingestuft werden. Diese Menschen gelten kraft Gesetz (s.o.) als voll erwerbsgemindert. Eine zusätzliche Feststellung der dauerhaften vollen Erwerbsminderung durch einen RV-Träger ist daher nicht erforderlich.“

Herr Tönnes führt Ähnliches aus und verweist dazu noch auf das Urteil des BSG B 1 KR 1/00 R vom 14.2.01<sup>26</sup>.

Auch § 96 SGB X greift in diesen Fällen (ärztliche Untersuchungen): Doppeluntersuchungen sollen vermieden werden, so im Absatz 1: „Veranlasst ein Leistungsträger eine ärztliche Untersuchungsmaßnahme oder eine psychologische Eignungsuntersuchungsmaßnahme, um festzustellen, ob die Voraussetzungen für eine Sozialleistung vorliegen, sollen die Untersuchungen in der Art und Weise vorgenommen und deren Ergebnisse so festgehalten werden, dass sie auch bei der Prüfung der Voraussetzungen anderer Sozialleistungen verwendet werden können.“ Und weiter im Absatz 2: „Durch Vereinbarungen haben die Leistungsträger sicherzustellen, dass Untersuchungen unterbleiben, soweit bereits verwertbare Untersuchungsergebnisse vorliegen.“ Damit wird klar, dass Leistungsträger die Feststellungen anderer Leistungsträger zu gleichen Fragestellungen zu berücksichtigen haben.

Weiterhin ist § 86 SGB X einschlägig: Die Sozialversicherungsträger sind verpflichtet, bei der Erfüllung ihrer Aufgaben eng zusammenzuarbeiten. Es ist daher auch möglich, die **medizinischen Unterlagen, die bei der DRV vorliegen, als SHT von dort anzufordern**. Oft hat die DRV sehr umfangreiche Unterlagen, medizinische Stellungnahmen und Gutachten, z.T. auch aus lange zurückliegenden Zeiten, wenn von dort eine Erwerbsminderung festgestellt wurde. Der SHT kann dann ein Amtshilfeersuchen gem. § 3 SGB X i.V.m. § 86 SGB X und § 69 (1) Nr. 1 SGB X i.V.m. § 35 (1) SGB I an die DRV absetzen etwa mit folgendem Inhalt:

*„Sie haben (nunmehr) festgestellt, dass der o. G. zumindest seit dem xx.xx.20xx (bis voraussichtlich xx.xx.20xx) voll erwerbsgemindert ist. Im Rahmen der Nachrangigkeit der Sozialhilfe ist nunmehr zu prüfen, ob Frau/Herr Mustermann vorrangig die Anspruchsvoraussetzungen auf eine Familienversicherung als behindertes Kind ohne Altersgrenze erfüllt. Hierzu werden ärztliche Unterlagen benötigt. Im Rahmen der Amtshilfe sowie der engen Zusammenarbeit der Sozialleistungsträger untereinander (vgl. § 86 SGB X) bitte ich daher um Übersendung der ihnen vorliegenden ärztlichen Berichte.“*

---

<sup>26</sup> <https://www.sozialgerichtsbarkeit.de/legacy/1845?modul=esgb&id=1845>

Es bietet sich an, eine Schweigepflichtentbindung des Leistungsberechtigten beizufügen. Die DRV hat auf ihrer Website dazu ein konkretes Formular<sup>27</sup>.

Weiterhin gibt es div. Rechtsprechung, dass ein **Sozialleistungsträger die Entscheidung eines anderen Sozialleistungsträgers hinnehmen muss**: Das SG Hamburg, S 8 KR 490/07 ER vom 21.8.07<sup>28</sup> sagt ganz klar, dass innerhalb eines gegliederten Sozialleistungssystems die anderen Träger die Regelungsbefugnis des zuständigen Trägers zu akzeptieren haben. Ebenso das BSG, B 12 KR 1/08 R vom 24.6.08<sup>29</sup> und B 7 AL 74/98 R vom 12.5.99<sup>30</sup> (außer bei erkennbarer Unrichtigkeit).

Nur wenn es entweder zur Behinderung und/oder zum Außerstande sein des sich Unterhaltens noch keinerlei Feststellungen von anderen Leistungsträgern gibt, wird die Vorlage eines Attestes eines behandelnden Arztes und die Einschaltung des MD nötig. In allen anderen Fällen wird das Vorgehen der Kassen auch dem § 96 SGB X nicht gerecht. Doppeluntersuchungen sollen vermieden werden, die Sozialleistungsträger sollen auf Unterlagen von anderen Leistungsträgern zur gleichen Fragestellung zurückgreifen und sich nur dann selber nötige Informationen beschaffen, wenn sie noch nicht vorliegen.

In der Praxis gehen die Kassen bei der Familienversicherung ohne Altersgrenze auf „Nummer sicher“ und sind „pingelig“. Diese Fälle werden in der Regel immer irgendwann vom Bundesamt für soziale Sicherung (BAS, bis 31.12.19 Bundesversicherungsamt (BVA)) geprüft (**RSA-Prüfung** (Risikostrukturausgleich)). Wenn das BAS der Meinung ist, dass die Familienversicherung ohne Altersgrenze nicht vorliegt (dies insbes. dann, wenn den Kassen keine oder nur ungenügende medizinische Unterlagen vorliegen), dann muss die Kasse die Schlüsselzuweisungen, die sie bisher vom Gesundheitsfonds erhalten hat, zurück erstatten, sozusagen als „Strafe“. Dies versuchen die Kassen natürlich zu vermeiden und sichern sich durch eine Stellungnahme des MD ab. Dann hat die Kasse etwas „schwarz auf weiß“ und es kann ihr nichts passieren. Es ist daher auch grundsätzlich sinnvoll, den Kassen so viele medizinische Unterlagen zu übersenden wie möglich.

Allerdings schreibt ja noch nicht einmal das **RSA-Prüfhandbuch** die Einschaltung des MD (medizinischer Dienst; bis 31.12.19 MDK = medizinischer Dienst der Krankenkassen) vor (s.o.).

Widerspruch und ggf. Klage, wenn die Kasse die Eintragung ablehnt, weil z.B. der MD zu einem anderen Ergebnis gekommen ist als die DRV hinsichtlich der Erwerbsfähigkeit oder das Versorgungsamt hinsichtlich der Behinderung!

Aus der Praxis wurde mir berichtet, dass Verfahren – über die Einschaltung eines kooperierenden Anwaltes – bereits im Widerspruchsverfahren erfolgreich waren.

---

<sup>27</sup> [https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Formulare/DE/Traeger/RheinlandPfalz/\\_pdf/G7168-16.html;jsessionid=A981D2D2D931D975A416E19BF55FAF1A.delivery1-1-replication](https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Formulare/DE/Traeger/RheinlandPfalz/_pdf/G7168-16.html;jsessionid=A981D2D2D931D975A416E19BF55FAF1A.delivery1-1-replication)

<sup>28</sup> <https://www.sozialgerichtsbarkeit.de/legacy/72110?modul=esgb&id=72110>

<sup>29</sup> <https://www.sozialgerichtsbarkeit.de/legacy/82473?modul=esgb&id=82473>

<sup>30</sup> [https://www.prinz.law/urteile/bundessozialgericht/BSG\\_Az\\_B-7-AL-74-98-R-1998-11-03](https://www.prinz.law/urteile/bundessozialgericht/BSG_Az_B-7-AL-74-98-R-1998-11-03)