

Der besondere Zugang zur freiwilligen Krankenversicherung gem. § 9 Abs. 1 Nr. 4 SGB V für schwerbehinderte Menschen

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

Gesetzestexte:

§ 9 Abs. 1 Nr. 4:

(1) 1Der Versicherung können beitreten

...

4. schwerbehinderte Menschen im Sinne des Neunten Buches, wenn 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 Voraussetzung nicht erfüllen; die Satzung kann das Recht zum Beitritt von einer Altersgrenze abhängig machen,

...

§ 9 Abs. 2 Nr. 4:

(2) Der Beitritt ist der Krankenkasse innerhalb von drei Monaten anzuzeigen

...

4. im Falle des Absatzes 1 Nr. 4 nach Feststellung der Behinderung nach § 151 des Neunten Buches,

§ 188 Abs. 1:

(1) Die Mitgliedschaft Versicherungsberechtigter beginnt mit dem Tag ihres Beitritts zur Krankenkasse.

Das GR vom 11. 12. 1981 (Gemeinsames Rundschreiben betr. Änderungen im Versicherungs- und Beitragsrecht der Kranken-, Renten- und Arbeitslosenversicherung zum 1. 1. 1982, Rdschr. 81 d)¹ regelt im Abschnitt V das Beitrittsrecht für schwerbehinderte Menschen.

Altersgrenzen

¹ Leider nicht im Internet; Auszug s. Ende des Fachaufsatzes.

Da in vielen Fällen eine Überschreitung der Altersgrenze vorliegt, hier zuerst Ausführungen hinsichtlich der Altersgrenzen im § 9 Abs. 1 Nr. 4 im 2. Halbsatz:

Satzungen der Kassen

Die Satzungen der Kassen sehen **Altersgrenzen** vor, d. h. der Beitritt und der Antrag auf Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft muss vor Vollendung dieses Lebensalters gestellt werden.

Bis Dezember 2016 gab es nur bei der Viactiv-KK (ehemals BKK vor Ort (www.viactiv.de)) **keine Altersgrenze** und einen Zugang für alle Menschen in Deutschland. Am 13. 12. 2016 hat die Viactiv-KK ihre Satzung geändert und hat nun eine Altersgrenze von 45 Jahren.

In 1-2025 gibt es noch vier geschlossene Betriebskrankenkassen ohne Altersgrenze: BKK Miele, BKK Merck, BKK Mahle und Koenig & Bauer BKK, 1 geschlossene Betriebskrankenkasse mit Altersgrenze 60 Jahre (die BKK Deutsche Bank AG) sowie vier geschlossene Betriebskrankenkassen mit Altersgrenze 55 Jahre: BKK MTU, BKK EVM, Krones BKK und BKK B. Braun Aesculap. Ein Zugang zu diesen geschlossenen BKKen besteht nur dann, wenn entweder der Ehegatte oder ein Elternteil dort versichert ist.

Zwei geöffnete Betriebskrankenkassen haben Stand 1-2025 eine Altersgrenze von 50 Jahren und keine Wohnortbeschränkungen: mkk (ehem. BKK VBU) und BKK Verbund-Plus. 3 weitere KKen haben eine Altersgrenze von 50 Jahren, aber Zugang nur in bestimmten Bundesländern: BKK ZF und Partner, BKK Faber Castell und BKK Scheufelen.

Die AOKen haben fast alle eine Altersgrenze von 45 Jahren, nur die AOK Niedersachsen und die AOK Sachsen-Anhalt haben eine Altersgrenze von 40 Jahren.

Die R&V BKK hatte bis Ende 2020 eine **Mindestgrenze** für die Aufnahme: Sie nahm nur zwischen 25 und 40 Jahren auf. Seit 2021 wurde die Mindestgrenze aufgehoben.

Vor Absenden der Beitrittsanzeige sollte man unbedingt die Altersgrenze in der Satzung der jeweiligen KK aktuell überprüfen. Die Anzeige ist wirkungslos und die Frist dann ggf. verstrichen, wenn die KK aktuell ihre Altersgrenze herabgesetzt hat.

ÜBERSICHT DER KRANKENKASSEN HINSICHTLICH DER ALTERSGRENZEN BEITRITTSMÖGLICHKEIT FÜR SCHWERBEHINDERTE

Stand: 20.01.2025

Krankenkasse	Altershöchstgrenze	Bundesländer Hinweis: In der Regel kann nur die AOK des Wohnortes gewählt werden. Wenn allerdings ein Elternteil bei einer anderen AOK versichert ist, dann kann diese gewählt werden!
AOK Baden-Württemberg	45 Jahre Satzung Stand 01.01.2025	
AOK Bayern	45 Jahre Satzung Stand 01.01.2025	
AOK Bremen/Bremerhaven	45 Jahre Satzung Stand 19.12.2023	
AOK Hessen	45 Jahre Satzung Stand 01.01.2025	
AOK Niedersachsen	40 Jahre Satzung Stand 17.12.2024	
AOK Nordost	45 Jahre Satzung Stand 01.01.2025	
AOK Nordwest	45 Jahre Satzung Stand 10.12.2024	
AOK plus	45 Jahre Satzung Stand 20.12.2024	
AOK Rheinland/Hamburg	45 Jahre Satzung Stand 01.01.2025	
AOK Rheinland-Pfalz/Saarland	45 Jahre Satzung Stand 01.01.2025	
AOK Sachsen-Anhalt	40 Jahre Satzung Stand 01.01.2025	
BKK Faber-Castell	50 Jahre Satzung Stand 12/2024	Bayern
BKK Scheufelen	50 Jahre Satzung Stand 01.01.2025	Baden-Württemberg
BKK VerbundPlus	50 Jahre Satzung Stand 01.01.2022	alle Bundesländer
BKK ZF & Partner	50 Jahre Satzung Stand 01.01.2025	alle Bundesländer außer Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein
mkk	50 Jahre Satzung Stand 16.01.2025	alle Bundesländer

audi BKK	45 Jahre Satzung Stand 08.01.2025	alle Bundesländer
Barmer	45 Jahre Satzung Stand 16.01.2025	alle Bundesländer
BIG direkt gesund	45 Jahre Satzung Stand 17.01.2025	alle Bundesländer
BKK Diakonie	45 Jahre Satzung Stand 01.01.2025	nicht in Thüringen und im Saarland
BKK exklusiv	45 Jahre Satzung Stand 01.01.2025	Bremen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Sachsen- Anhalt, Schleswig-Holstein
BKK Freudenberg	45 Jahre Satzung Stand 01/2024	Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Hessen, Niedersachsen, NRW, Rheinland-Pfalz, Sachsen
BKK Gildemeister Seidensticker	45 Jahre Satzung Stand 01.01.2025	alle Bundesländer
BKK melitta hmr	45 Jahre Satzung Stand 10.01.2025	Baden-Württemberg, Bayern, Brandenburg, Bremen, Hessen, Niedersachsen, NRW, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein
BKK Pfaff	45 Jahre Satzung Stand 01.01.2025	Rheinland-Pfalz
BKK24	45 Jahre Satzung Stand 11.01.2025	alle Bundesländer
Bosch BKK	45 Jahre Satzung Stand 05.12.2024	nicht in Schleswig-Holstein und Bremen
DAK-Gesundheit	45 Jahre Satzung Stand 01.01.2025	alle Bundesländer
Debeka BKK	45 Jahre Satzung Stand 01.01.2025	alle Bundesländer
Heimat Krankenkasse	45 Jahre Satzung Stand 01/2025	alle Bundesländer (NRW: nur Rheinland u. Westfalen-Lippe)
HEK	45 Jahre Satzung Stand 01.01.2025	alle Bundesländer
HKK	45 Jahre Satzung Stand 02.01.2025	alle Bundesländer
IKK – Die Innovationskasse	45 Jahre Satzung Stand 01.01.2025	alle Bundesländer
IKK Brandenburg und Berlin	45 Jahre Satzung Stand 01.01.2025	Berlin, Brandenburg
IKK classic	45 Jahre Satzung Stand 08.01.2025	alle Bundesländer
IKK Südwest	45 Jahre Satzung Stand 01.01.2025	Hessen, Rheinland-Pfalz, Saarland
KKH	45 Jahre Satzung Stand 01/2025	alle Bundesländer
Knappschafts- Krankenkasse	45 Jahre Satzung Stand 06.01.2025	alle Bundesländer
Novitas BKK	45 Jahre Satzung Stand 01.01.2025	alle Bundesländer
SBK (Siemens BKK)	45 Jahre Satzung Stand 20.12.2024	alle Bundesländer
SKD BKK	45 Jahre Satzung Stand 01.01.2025	nicht in Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Rheinland-Pfalz, Sachsen-Anhalt und Thüringen
TK	45 Jahre Satzung Stand 08.01.2025	alle Bundesländer
Viactiv	45 Jahre Satzung Stand 01.01.2025	alle Bundesländer

Bahn BKK	40 Jahre Satzung Stand 23.12.2024	alle Bundesländer
Bertelsmann BKK	40 Jahre Satzung Stand 01.01.2025	Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Hamburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, NRW, Sachsen, Thüringen
BKK Dürkopp Adler	40 Jahre Satzung Stand 01.09.2024	NRW
BKK mhplus	40 Jahre Satzung Stand 01.01.2025	alle außer Brandenburg und Sachsen-Anhalt
BKK Pfalz	40 Jahre Satzung Stand 01.01.2025	alle Bundesländer
BKK ProVita	40 Jahre Satzung Stand 01.01.2025	alle Bundesländer
BKK Schwarzwald-Baar-Heuberg (SBH)	40 Jahre Satzung Stand 01.01.2025	Baden-Württemberg
BKK Technoform	40 Jahre Satzung Stand 01.01.2025	Baden-Württemberg, Bayern, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz
BKK Werra-Meißner	40 Jahre Satzung Stand 29.11.2024	Bayern, Hessen
R+V BKK	40 Jahre Satzung Stand 01.01.2025	alle Bundesländer
Salus BKK	40 Jahre Satzung Stand 17.12.2024	alle Bundesländer
Securita BKK	40 Jahre Satzung Stand 01/2025	alle außer Bremen und Saarland
WMF BKK	40 Jahre Satzung Stand 01.01.2025	alle Bundesländer
BKK akzo nobel Bayern	35 Jahre Satzung Stand 08/2024	Bayern
BKK euregio	35 Jahre Satzung Stand 01.01.2025	Hamburg, Nordrhein-Westfalen
BKK firmus	35 Jahre Satzung Stand 01.01.2025	alle Bundesländer
IKK gesund plus	35 Jahre Satzung Stand 01.01.2025	alle Bundesländer
Vivida BKK	35 Jahre Satzung Stand 07.01.2025	alle Bundesländer
Bergische Krankenkasse	30 Jahre Satzung Stand 01.01.2025	Hamburg, Hessen, NRW
BKK Linde	30 Jahre Satzung Stand 01.01.2025	alle Bundesländer
BKK Public	30 Jahre Satzung Stand 01.01.2025	Hamburg, Niedersachsen, Region Rheinland
Continental BKK	30 Jahre Satzung Stand 10.12.2024	alle Bundesländer
Mobilkrankenkasse	30 Jahre Satzung Stand 01.01.2025	alle Bundesländer
Pronova BKK	30 Jahre Satzung Stand 01.01.2025	alle Bundesländer
TUI BKK	30 Jahre Satzung Stand 01.01.2025	alle Bundesländer
BKK Herkules	25 Jahre Satzung Stand 01.01.2025	Bayern, Hessen, Niedersachsen
BKK VDN	25 Jahre Satzung Stand 01.01.2025	Hamburg, NRW, Sachsen

BKK Mahle	keine Altersgrenze Satzung Stand 01.01.2025	geschlossene BKK
BKK Miele	keine Altersgrenze Satzung Stand 09.01.2025	geschlossene BKK
Koenig & Bauer BKK	keine Altersgrenze Satzung Stand 29.11.2021	geschlossene BKK
Merck BKK	keine Altersgrenze Satzung Stand 01.10.2024	geschlossene BKK
BKK Deutsche Bank AG	60 Jahre Satzung Stand 14.01.2025	geschlossene BKK
BKK B. Braun Aesculap	55 Jahre Satzung Stand 01.01.2025	geschlossene BKK
BKK EVM	55 Jahre Satzung Stand 01.01.2024	geschlossene BKK
BKK MTU	55 Jahre Satzung Stand 01.06.2024	geschlossene BKK
Krones BKK	55 Jahre Satzung Stand 12.12.2024	geschlossene BKK
BKK EWE	50 Jahre Satzung Stand 04.12.2024	geschlossene BKK
BKK Groz-Beckert	50 Jahre Satzung Stand 01.01.2024	geschlossene BKK
BKK PwC	50 Jahre Satzung Stand 01/2025	geschlossene BKK
BKK Rieker.Ricosta.Weisser	50 Jahre Satzung Stand 01.08.2024	geschlossene BKK
BKK Voralb - Heller.Index.Leuze	50 Jahre Satzung Stand 01.01.2024	geschlossene BKK
BMW BKK	50 Jahre Satzung Stand 01.01.2025	geschlossene BKK
Mercedes-Benz BKK	50 Jahre Satzung Stand 01.01.2025	geschlossene BKK
Südzucker BKK	50 Jahre Satzung Stand 01/2025	geschlossene BKK
BKK Würth	40 Jahre Satzung Stand 01.01.2025	geschlossene BKK
Ernst & Young BKK	40 Jahre Satzung Stand 01.06.2024	geschlossene BKK
BKK Salzgitter	30 Jahre Satzung Stand 01.01.2025	geschlossene BKK
Karl Mayer BKK	???	geschlossene BKK

Altersdiskriminierung (§ 1 AGG)?

Die Regelung im § 9 Abs. 1 Nr. 4, dass die Kassen für die Aufnahme in ihren Satzungen Altersgrenzen festlegen dürfen, verstößt zwar gegen das Verbot der Altersdiskriminierung; allerdings ist § 1 AGG (allg. Gleichbehandlungsgesetz) aufgrund des Verweises im § 2 Abs. 2 AGG auf den § 33 c SGB I aber (leider) nicht anwendbar, da das Benachteiligungsverbot im Sozialrecht dort lediglich auf Benachteiligungen aus Gründen der Rasse, wegen der ethnischen Herkunft oder

einer Behinderung anzuwenden ist. Das Alter gehört nicht zu den geschützten Merkmalen.

Aufgrund des Artikels 21 Abs. 1 der Charta der Grundrechte der EU („Diskriminierungen insbesondere wegen des Geschlechts, der Rasse, der Hautfarbe, der ethnischen oder sozialen Herkunft, der genetischen Merkmale, der Sprache, der Religion oder der Weltanschauung, der politischen oder sonstigen Anschauung, der Zugehörigkeit zu einer nationalen Minderheit, des Vermögens, der Geburt, einer Behinderung, **des Alters** oder der sexuellen Ausrichtung sind verboten“) ist eine Diskriminierung wegen Alters verboten. Leider stellt die Charta der EU keine einklagbare Rechtsgrundlage dar.

Allerdings erscheint die Verfassungsmäßigkeit des § 9 Abs. 1 Nr. 4, 2. Halbsatz im Hinblick auf Art. 3 Abs. 1 GG in Verbindung mit dem Sozialstaatsprinzip nach Art. 20 Abs. 1 GG fraglich. Dies trotz der von den Kassen in diesem Zusammenhang angeführten Entscheidung des LSG Berlin-Brandenburg vom 19. 12. 2007, L 9 KR 167/02², aus der ausführlich hervorgeht, weshalb es diese Satzungs-Regelung gibt (der § 9 Abs. 1 Nr. 4 SGB V geht auf den § 176 c Reichversicherungsordnung (RVO) zurück). Zur Rechtfertigung der Altersgrenze wird angegeben, dass ab einem bestimmten Alter die wirtschaftlichen Verhältnisse von Beschäftigten und selbständig Tätigen eine gewisse Festigung aufwiesen und dabei die soziale Absicherung im Hinblick auf die gesetzliche oder private Sozialversicherung geklärt sei. Die dort unterstellte berufliche Verfestigung und Sicherheit bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters wird jedoch gerade beim unerwarteten Auftreten einer Schwerbehinderung und damit verbundener Arbeitsunfähigkeit obsolet. Als Beispiel der Unfall eines PKV versicherten Menschen, der zu einer Schwerbehinderung führt, die Ausübung der bisherigen (selbständigen) Tätigkeit nicht mehr oder nur noch eingeschränkt möglich ist und dann die PKV-Beiträge nicht mehr bezahlt werden können.

Dies wurde bereits von der Antidiskriminierungsstelle (ADS) des Bundes (<https://www.antidiskriminierungsstelle.de/DE/startseite/startseite-node>) bestätigt. Die ADS hatte sich Mitte 2012 der Angelegenheit angenommen. Dies insbes. deshalb,

² <https://www.sozialgerichtsbarkeit.de/legacy/76867>.

weil sich schon der Bundesrat in der Beratung des Gesetzes zur Strukturreform im Gesundheitswesen für eine Streichung des § 9 Abs. 1 Nr. 4 2. Halbs. SGB V ausgesprochen hat, nachdem die erschwerenden Voraussetzungen für den Beitritt anderer Gruppen weggefallen waren (BTDs. 11/2493³, Äußerung des BR S. 9). Bei Bejahung eines Verfassungsverstößes wäre die Regelung nichtig. Um dies rechtskräftig festzustellen, wäre jedoch die Klage zum Verfassungsgericht oder eine Vorlage an den EuGH einer oder eines Betroffenen notwendig. Allerdings kann die ADS nicht eigenständig klagen – dies müsste durch einen Betroffenen mit anwaltlicher Hilfe erfolgen.

Kassenwahlrecht

Auch bei einem Beitritt gem. § 9 Abs. 1 Nr. 4 greift für den schwerbehinderten Menschen das Kassenwahlrecht (§§ 173 – 175). Es können alle Kassen gewählt werden, die sich für alle Personenkreise geöffnet haben. Damit scheiden nur die sog. „geschlossenen“ Betriebskrankenkassen aus, die nur Mitglieder aufnehmen, die dort beschäftigt sind oder waren oder in ihren Satzungen Regelungen vorsehen (z. B. die Aufnahme von Ehegatten).

Gem. § 173 Abs. 2 Nr. 5 und 6 kann auch die Krankenkasse gewählt werden, bei der vor Beginn der Versicherungspflicht oder Versicherungsberechtigung (Versicherungsberechtigte sind diejenigen, die das Recht auf eine freiwillige Versicherung haben (§ 2 Abs. 1 SGB IV)). zuletzt eine Mitgliedschaft oder eine Versicherung nach § 10 bestanden hat bzw. die Krankenkasse, bei der der Ehegatte oder der eingetragene Lebenspartner versichert ist.

Wenn die 12monatige (bis 31. 12. 2020 die 18monatige) Bindungsfrist zu einer bestimmten KK noch nicht erloschen ist und die „Bindungskasse“ eine Altersgrenze vorsieht, die der schwerbehinderte Mensch überschreitet, gibt es lt. „Grundsätzlicher Hinweise zum Krankenkassenwahlrecht“ des GKV-Spitzenverbandes vom 20.

³ <https://dserver.bundestag.de/btd/11/024/1102493.pdf>.

11.2020⁴, Abschnitt 2.1 auf S. 10 auch die Möglichkeit, die KK zu wählen, bei der ein Elternteil versichert ist.

Weiterhin gibt es gem. § 175 Abs. 4 Satz 7 ggf. die Möglichkeit der Mitgliedschaft in einer anderen KK der gleichen Kassenart, wenn die Satzung es vorsieht (z. B. Bindungskasse ist die AOK Niedersachsen mit 40 Jahren Altersgrenze, bei der AOK Hessen beträgt die Altersgrenze aber 45 Jahre, so ist bei entsprechender Satzungsregelung eine Mitgliedschaft bei der AOK Hessen möglich). Dazu auch die „Grundsätzlichen Hinweise zum Krankenkassenwahlrecht“ des GKV-Spitzenverbandes vom 20. 11. 2020, Abschnitt 3.2, „Wechsel zu einer Krankenkasse der gleichen Kassenart, sofern die Satzung dies vorsieht“.

War die Mitgliedschaft für mind. einen Tag unterbrochen (z. B. durch eine Familienversicherung, eine private Krankenversicherung, keine KV (z. B. bei Auslandsaufenthalt) oder eine anderweitige Absicherung (JVA, Maßregelvollzug, Versorgung gem. § 264)), so kann die KK frei gewählt werden, auch wenn die 12monatige (bis 31. 12. 2020 die 18monatige) Bindungsfrist ggf. noch nicht abgelaufen ist (BSG B 12 KR 19/06 R vom 13. 5. 2007⁵). Genaueres dazu steht auch in den „Grundsätzlichen Hinweisen zum Kassenwahlrecht“ des GKV-Spitzenverbandes vom 20. 11. 2020 im Abschnitt 3.3.1. Zeiten eines nachgehenden Leistungsanspruchs nach § 19 Abs. 2 SGB V gelten ebenfalls als Unterbrechungen. Eine Unterbrechung kann auch auf einen Feiertag oder ein Wochenende fallen.

Gem. der o. a. Verlautbarung, Abschnitt 3.1, gibt es auch für Mitglieder, die eine **freiwillige KV** nach einer Unterbrechung (s. o.) abschließen, eine freie Wahlmöglichkeit der KK. Das Wahlrecht greift daher nach einer Unterbrechung von mind. einem Tag auch für freiwillig Versicherte, da § 175 explizit immer von Versicherungspflichtigen und Versicherungsberechtigten spricht. Versicherungsberechtigte sind diejenigen, die das Recht auf eine freiwillige Versicherung haben (§ 2 Abs. 1 SGB IV).

⁴https://www.vdek.com/vertragspartner/mitgliedschaftsrecht_beitragsrecht/kassenwahlrecht/_jcr_content/par/download/file.res/GH-Krankenkassenwahlrecht-01-01-2021.pdf.

⁵ <https://www.sozialgerichtsbarkeit.de/legacy/71852?modul=esgb&id=71852>.

Dies kann relevant sein, wenn nach einer Pflichtversicherung (z. B. Bürgergeld (bis 31. 12. 2022 Alg II)) eine Mitgliedschaft endet, die OAV nicht greift (z. B. bei nahtlosem Übergang ins SGB XII), dann für kurze Zeit eine Versorgung gem. § 264 vorliegt und nun ein Beitritt gem. § 9 Abs. 1 Nr. 4 erfolgen soll. **Aufgrund der Altersgrenzen in den Satzungen der Kassen (s. Ausführungen weiter oben) muss dann oft eine andere Kasse gewählt werden als die letzte Pflichtkasse.**

Seit dem 1. 1. 2021 entsteht auch dann ein neues Wahlrecht, wenn die vorhergehende Mitgliedschaft kraft Gesetz geendet hat (§ 175 Abs. 4 Satz 2). Die Bindungsfrist greift in diesen Fällen nicht. Kraft Gesetz enden alle Pflichtversicherungen (§ 190) sowie eine freiwillige Versicherung nur gem. § 191 Nr. 4.

Zugangsvoraussetzungen

Frist und Antragstellung:

Schwerbehinderte Menschen können sich innerhalb von drei Monaten nach Feststellung der Schwerbehinderung (§ 152 SGB IX, bis 1. 7. 2001: § 4 SchwbG) freiwillig versichern (§ 9 Abs. 2 Nr. 4 SGB V), wenn sie selber, ein Elternteil oder der Ehegatte in den letzten fünf Jahren mindestens drei Jahre gesetzlich irgendwo versichert waren (§ 9 Abs. 1 Nr. 4). Die Feststellung der Schwerbehinderung ist der Zugang des Bescheides der zuständigen Behörde, i. d. R. des Versorgungsamtes). Die Bekanntgabe eines VA ist im § 37 SGB X geregelt: Ein schriftlicher Verwaltungsakt, der im Inland durch die Post übermittelt wird, gilt am dritten Tag nach der Aufgabe zur Post als bekannt gegeben (§ 37 Abs. 2 SGB X). Die Drei-Monatsfrist beginnt daher mit Zugang des Bescheides. Ab wann die Schwerbehinderung ggf. rückwirkend festgestellt wurde, ist nicht relevant.

Der Antrag auf freiwillige Versicherung kann parallel zum Antrag auf Feststellung der Schwerbehinderung gestellt werden und ruht dann bis zur Feststellung der Schwerbehinderung (s. a. weiter unten, Beginn der Mitgliedschaft). Das hat den Vorteil, dass die Mitgliedschaft dann bei einem Grad der Behinderung (GdB) von mind. 50 entsprechend rückwirkend ab Antragstellung beginnt. Wird ein GdB von weniger als 50 beschieden, ist entweder ein Widerspruch möglich oder aber der

Antrag auf freiwillige KV hat sich erledigt. Ich würde daher den Antrag auf freiwillige KV immer parallel zum Antrag auf Feststellung der Schwerbehinderung stellen.

Vorversicherungszeiten (VVZ) von verschiedenen Personen können dabei nicht zusammengerechnet werden (d. h. z.B. eine Zusammenrechnung von VVZ des schwerbehinderten Menschen selber zzgl. VVZ eines Elternteiles, um die erforderlichen drei Jahre zu erreichen, wäre daher nicht möglich).

Sollte eine Scheidung noch nicht länger als zwei Jahre her sein, können die VVZ auch nach der Scheidung noch aus der Versicherung des Ehegatten herangezogen werden (drei Jahre in den letzten fünf Jahren). Ebenso bei Ableben von Ehegatten oder Eltern(teilen) innerhalb der letzten zwei Jahre.

Bei diesem besonderen Zugang können damit VVZ von Eltern oder Ehegatten verwendet werden, ohne dass eine Familienversicherung bestanden hat.

Unterlagen:

Werden VVZ von einem Elternteil zugrunde gelegt, sind bei der Krankenkasse (KK) – außer dem Antrag auf eine freiwillige KV und dem Bescheid über die Schwerbehinderung – noch folgende Unterlagen einzureichen: Die Geburtsurkunde des/der Antragstellers/in, aus der hervorgeht, dass die Mutter/der Vater eben Mutter oder Vater sind sowie ein Nachweis über die Versicherungszeiten der KK des Elternteils.

Manchmal macht es Probleme, VVZ von Eltern zu verwenden, da weder die **genauen Daten der Eltern** bekannt sind noch gar die Krankenkasse. Wenn zumindest der Geburtsort des Leistungsempfängenden (LE) bekannt ist, hilft eine Anfrage an das Standesamt des Geburtsortes weiter. Dort muss man einen „Auszug aus dem Geburtenregister“ für den LE anfordern. In diesem stehen alle Daten zu den Eltern (auch die Geburtsdaten). Eine Geburtsurkunde bringt einen nicht viel weiter, weil dort die Geburtsdaten der Eltern nicht draufstehen. Liegen diese Daten dann vor, muss man eine Anfrage an die DRV (wenn die konkret zuständige DRV nicht bekannt ist, an die DRV Bund) nach der aktuellen bzw. letzten Krankenkasse der beiden Elternteile stellen (Amtshilfeersuchen § 3 SGB X). Dabei sollte man konkret

auch um die Angaben bitten, wenn die Mutter/der Vater in den letzten zwei Jahren verstorben sind (die VVZ betragen 36 Monate in den letzten fünf Jahren, diese wären auch erfüllt, wenn jemand max. zwei Jahre verstorben ist und bis zum Tod versichert war).

Leben Mutter und/oder Vater bzw. ein getrenntlebender Ehegatte in einem **EU-/EWR-Staat, dem Vereinigten Königreich UK oder der Schweiz** und sind dort gesetzlich krankenversichert, können die VVZ aus diesen Zeiten für die Erfüllung der VVZ gem. § 9 Abs. 1 Nr. 4 verwendet werden. Denn die Sachverhalte innerhalb der EU/EWR sind gleichzustellen. Das geht aus Art. 5 Buchstabe b) i. V. m. Art. 6 EU-VO 883/2004 hervor. Natürlich können dann auch eigene VVZ aus diesen Ländern verwendet werden. Für das UK greift Art. 32 des Austrittsabkommens, „Für die Zwecke der Zusammenrechnung von Zeiten werden die Zeiten, die vor und nach Ende des Übergangszeitraums zurückgelegt wurden, nach der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 berücksichtigt“.

Der Grad der Behinderung (GdB) muss mindestens 50 betragen, da ein GdB unter 50 lediglich „behindert“ und nicht „**schwer**behindert“ attestiert. Daher „zählt“ erst der Bescheid mit mindestens GdB 50 als Feststellungsbescheid; vorherige Bescheide mit weniger als GdB 50 sind unschädlich. Ggf. lohnt in manchen Fällen ein Verschlimmerungsantrag, damit ein GdB 50 erreicht wird. Eine Gleichstellung (Bescheid der Arbeitsagentur) nutzt nichts, da diese Gleichstellung lediglich arbeitsrechtlich, aber nicht krankenversicherungsrechtlich erfolgt.

Der GdB wird auf einer Skala von 20 bis 100 in Zehnerschritten angegeben, wobei 100 den schwersten GdB darstellt. Welcher Grad vergeben wird, ist abhängig sowohl von der Art der Behinderung als auch deren Auswirkungen auf den Alltag und die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben der Betroffenen. Leider tun sich die Versorgungsämter schwer, einen GdB von 50 festzustellen.

Bei der Bewertung werden die bundeseinheitlichen Versorgungsmedizinischen Grundsätze der Versorgungsmedizin-Verordnung angewendet. Diese Bewertungsmaßstäbe zur Beurteilung von Funktionsbeeinträchtigungen beruhen auf aktuellen medizinischen Erkenntnissen. In der "Anlage zu § 2 der

Versorgungsmedizin-Verordnung" (VersMedV)⁶ wird für viele Krankheiten der GdB aufgeführt.

Liegen **mehrere Behinderungen oder Krankheiten** vor, besteht die Berechnung nicht einfach aus dem Zusammenzählen der Einzel-GdB-Werte der verschiedenen Behinderungen. Aber es ist auch nicht zulässig, den höchsten Einzel-GdB zugrunde zu legen und alle anderen GdB's dann unter den Tisch fallen zu lassen. Wenn mehrere Funktionsbeeinträchtigungen vorliegen, werden die Auswirkungen insgesamt bewertet. Ob die gesundheitliche Beeinträchtigung angeboren, Folge eines Unfalls oder einer Krankheit ist, spielt dabei keine Rolle.

Der Gesamt-GdB ist „nach den Auswirkungen der Beeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen zueinander“ festzustellen (§ 152 Abs. 3 Satz 1 SGB IX).

Nach der Versorgungsmedizinverordnung (VersMedV) ist dabei ausgehend von der führenden Beeinträchtigung zu prüfen, ob und inwieweit durch weitere Gesundheitsstörungen das Ausmaß der Behinderung größer wird (Teil A Nr. 3 c der Anlage zu § 2 VersMedV).

Das LSG Berlin-Brandenburg hat sich am 26. 4. 2016 unter L 13 SB 228/14⁷ mit der Bewertung von mehreren GdB's nebeneinander auseinandergesetzt. Auch das SG Aurich hat sich am 2. 6. 2022 unter S 4 SB 154/21⁸ mit der „Zusammenrechnung“ beschäftigt.

Beitritt ohne Vorversicherungszeiten

Die Bestimmung im § 9 Abs. 1 Nr. 4 2. HS *„es sei denn, sie konnten wegen ihrer Behinderung diese Voraussetzung nicht erfüllen“* wird von den KK (und der Kommentar bestätigt das) sehr eng ausgelegt. Beurteilt werden die Versicherungsmöglichkeiten in den letzten fünf Jahren vor Antragstellung. Bei dieser Prüfung werden auch die Möglichkeiten einer Beschäftigung nach dem SGB IX (Werkstätten für Behinderte o. ä.) berücksichtigt. Der schwerbehinderte Mensch

⁶ <https://www.buzer.de/gesetz/8512/index.htm>.

⁷ <https://www.sozialgerichtsbarkeit.de/legacy/185142?modul=esgb&id=185142>.

⁸ <https://www.sozialgerichtsbarkeit.de/node/172024>.

muss sich um einen solchen Platz ausreichend bemüht haben. Nur wer dies belegt oder so schwer behindert ist, dass auch eine Pflichtversicherung gem. § 5 Abs. 1 Nr. 7 oder 8 nicht infrage kommt („nicht werkstattfähig“), muss die Bedingung Vorversicherungszeit nicht erfüllen (BSG 12 RK 28/86 vom 10. 9. 1987⁹ i. V. m. GR vom 11. 12. 1981, Abschnitt V Nr. 6 Absatz 5). Das BSG benennt als Beispiel für „nicht werkstattfähig“ eine dauerhafte stationäre Behandlung/Unterbringung in einem Landeskrankenhaus ohne geeignete Arbeitsmöglichkeiten.

Nun stellt sich konkret die Frage, welche Auswirkung diese „Beurteilung der Versicherungsmöglichkeiten der letzten fünf Jahre“ aus dem o. a. BSG-Urteil vom 10. 9. 1987 in der Praxis hat:

Grundsätzlich wird im § 9 Abs. 1 Nr. 4 eine VVZ von drei Jahren in den letzten fünf Jahren gefordert. Diese VVZ kann man entweder aus eigenen Mitgliedszeiten, aus Mitgliedszeiten von Eltern/Ehegatten ableiten oder aber man muss diese VVZ nicht erfüllen, wenn man nicht werkstattfähig ist. Immer aber handelt es sich um einen Zeitraum von drei Jahren in den letzten fünf Jahren – damit muss im Umkehrschluss der Nachweis erbracht werden, dass in den letzten fünf Jahren mindestens zwei Jahre und ein Tag keine Werkstattfähigkeit vorgelegen hat.

Der Antrag auf Schwerbehinderung in Fällen eines angestrebten Beitritts ohne Vorversicherungszeiten sollte danach erst dann gestellt werden, wenn in den letzten fünf Jahren rückblickend gerechnet mindestens zwei Jahre und ein Tag keine Werkstattfähigkeit vorlag. Damit kann dann z. B. bei einem Wachkomafall, der am 1. 5. 2019 eingetreten ist, frühestens am 3. 5. 2021 der Antrag auf Schwerbehinderung gestellt werden, um diese Vorgabe zu erfüllen. Das BSG führt sogar aus, dass eine derart „gezielte“ Antragstellung einer Schwerbehinderung für einen Beitritt ohne VVZ „vom Gesetzgeber in Kauf genommen wurde“. Ausgeschlossen ist dieser Beitritt, wenn es in den letzten fünf Jahren eine andere Möglichkeit zum freiwilligen Beitritt gegeben hat, die Frist aber versäumt wurde (BSG B 12 KR 16/07 R vom 28. 5. 2008¹⁰). Das Versäumnis eines Beitritts deutlich vor dem fünf Jahreszeitraum sieht das BSG im o. a. Urteil vom 10. 9. 1987 als unschädlich an. Wie auch bei einem Beitritt mit Erfüllung der nötigen VVZ kann hier die Anzeige der freiwilligen

⁹ https://www.prinz.law/urteile/bundessozialgericht/BSG_Az_12-RK-28-86--1986-07-09.

¹⁰ <https://openjur.de/u/170137.html>.

Versicherung parallel mit dem Antrag auf Schwerbehinderung gestellt werden (s. a. Beginn der Mitgliedschaft).

Das LSG Saarbrücken hat am 6. 5. 2015 unter L 2 KR 16/14¹¹ ein m. E. „abenteuerliches“ Urteil gefällt: Eine Asylbewerberin war in den letzten fünf Jahren nicht werkstattfähig und wegen einer unheilbaren dialysepflichtigen Niereninsuffizienz aufgrund eines Goodpasture-Syndroms verbunden mit einer psychotischen Symptomatik nach der Dialyse von 2003 bis April 2014 in stationärer Behandlung gewesen. Das Landesamt für Soziales stellte eine Schwerbehinderung mit einem GdB von 100 sowie die Merkmale G und B fest. Das LSG wies die Klage zurück mit der Begründung, die Asylbewerberin hätte auch ohne ihre Behinderung keine VVZ erwerben können, da sie keine Arbeitserlaubnis hatte: „In diesem Fall war die Nichterfüllung der in dieser Norm geforderten Vorversicherungszeit (in den letzten fünf Jahren mindestens drei Jahre) nicht nur und ausschließlich behinderungsbedingt, denn ohne die Behinderung hätte sie ein Bleiberecht mit der Möglichkeit, einer versicherungspflichtigen Tätigkeit nachzugehen, nicht erwerben können“.

Klar ist, dass die Behinderung im Kausalzusammenhang mit der Nichterfüllung der VVZ stehen muss; dies hat das BSG bereits entschieden. Aber was machen die LSG Richter? Sie gucken, ob die Klägerin **„ohne die Behinderung“** die VVZ hätte erfüllen könnte. Das dürfte inhaltlich nicht haltbar sein, denn es ist der Umkehrschluss im weitesten Sinne. Nach dem Wortlaut des Gesetzes muss man gucken, ob die Klägerin **mit der Behinderung** die VVZ hätte erfüllen können, in dem sie theoretisch vom Gesundheitszustand eine WfbM-Tätigkeit hätte aufnehmen können. Allein nur die Behinderung ist ausschlaggebend und nicht der ausländerrechtliche Status bzw. die Arbeitserlaubnis.

In der Praxis gibt es bei den Fällen „Beitritt ohne VVZ“ erhebliche Widerstände der Kassen. Entweder wird nicht anerkannt, dass die Behinderung Ursache der Unmöglichkeit der Erlangung von VVZ war oder es wird unterstellt, eine Krankheit und nicht eine Behinderung war die Ursache (dies ist übrigens i. d. R. deckungsgleich) oder bei Ausländer*innen mit fehlender Arbeitserlaubnis wird erklärt,

¹¹ <https://openjur.de/u/2324200.html>.

dass auch ohne Behinderung keine VVZ gesammelt hätten werden können und daher der Beitritt nun ausgeschlossen sei.

Leider gibt es zu diesen Problematiken keine Rechtsprechung. Der Beitritt gem. § 9 Abs. 1 Nr. 4 mit VVZ führt bei den Kassen bereits ein „Schattendasein“, der Beitritt ohne VVZ nun schon gar. Dazu schließt sich im grundsätzlichen Verständnis eines jeden Kassenbeschäftigten eine freiwillige Versicherung ohne den Nachweis von irgendwelchen VVZ dann sowieso aus. Diese Fälle sind daher ein mühsames Geschäft und man muss sich auf Entscheidungen auf dem Klageweg einstellen.

Sonderfall: Ein Kind kommt bereits schwerstbehindert auf die Welt und die Eltern sind nicht versichert, sodass keine Familienversicherung möglich ist. In diesem Fall kann man auch versuchen, einen Beitritt gem. § 9 Abs. 1 Nr. 4 ohne VVZ innerhalb von drei Monaten nach Feststellung der Schwerbehinderung bzw. fristwährend zugleich mit der Antragstellung Schwerbehinderung anzuzeigen (Beitrittsanzeige für das Kind xy, vertreten durch den sorgeberechtigten Elternteil z). Die großen Krankenkassen (AOKen und Ersatzkassen) werden vermutlich den Beitritt ablehnen und sich auf die Entscheidung des BSG B 12 KR 16/07 vom 28. 5. 2008 berufen. Das BSG hielt hier fest, dass der Beitritt ohne Erfüllung der Vorversicherungszeit nur möglich ist, „wenn nur und ausschließlich behinderungsbedingt“ innerhalb der Rahmenfrist keine anderen Versicherungsmöglichkeiten genutzt werden konnten. Kleinkinder können – außer über eine Familienversicherung - mit oder ohne Behinderungen die VVZ niemals erfüllen. Allerdings ist hier meines Erachtens die Intention des SGB IX zu beachten. Es ist ein gesellschaftspolitisches Ziel, dem Personenkreis der (schwer-)behinderten Menschen Nachteile auszugleichen und sie unter einen besonderen Schutz zu stellen. Hierzu dürfte auch das Zugangsrecht zur gesetzlichen Krankenversicherung zählen, da der Gesetzgeber bewusst für bestimmte Personengruppen eben keine VVZ fordert. Dies insbesondere dann, wenn die ärztliche Prognose bereits im (Klein-)kindalter ergibt, dass die Behinderung so schwerwiegend und nicht behandelbar/behebbar ist, dass niemals eine Werkstattfähigkeit vorliegen wird.

Dieser Beitritt greift grundsätzlich bei Vorliegen der Voraussetzungen auch bei Kindern, die lediglich Anspruch auf Leistungen nach dem AsylbLG haben, wenn ein Aufenthalt vorliegt, **der mehr als sechs Monate beträgt** (eine Duldung von mehr als

sechs Monaten genügt, s. a. Feststellung der Schwerbehinderung auch für Ausländer*innen), da nur dann überhaupt Anspruch auf Feststellung der Schwerbehinderung besteht (§ 2 Abs. 2 SGB IX, Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Geltungsbereich des SGB IX). Für die freiwillige KV als solche ist der Aufenthaltsstatus unerheblich; **die/der Ausländer*in muss sich lediglich rechtmäßig in Deutschland aufhalten.**

Achtung: Die 1. Kasse hatte in ihrer Satzung eine **Mindestaltersgrenze** festgelegt (BKK ATU, 8 Jahre). Die BKK ATU ist inzwischen zur BKK Provita fusioniert; eine Mindestaltersgrenze gibt es nun in der Satzung nicht mehr.

Beginn der Mitgliedschaft (§ 188 Abs. 1)

Die Mitgliedschaft beginnt mit dem Tag der Antragstellung, frühestens mit dem Tag, an dem der Antrag bei der KK eingeht (§ 188 Abs. 1 und GR vom 11. 12. 1981), wenn an diesem Tag die Schwerbehinderung bereits festgestellt ist. D. h. die Mitgliedschaft beginnt an dem Tag, an dem sowohl ein Antrag bei der KK vorliegt als auch die Schwerbehinderung festgestellt ist.

Allerdings habe ich die Erfahrung gemacht, dass etliche Kassen das Datum des Bescheides über die Feststellung der Schwerbehinderung als Beginn der Mitgliedschaft angesetzt haben, obwohl der Mitgliedsantrag erst nach Zugang des Bescheides gestellt wurde – ich würde daran nicht rütteln, obwohl das GR einen anderen Zeitpunkt festsetzt, da dies ja meist günstiger ist (verlängerter Erstattungszeitraum).

Zusätzlich gibt es Urteile des BSG (12 RK 44/87 vom 22. 9. 1988¹²) und des LSG Berlin-Brandenburg (L 9 KR 245/04 vom 18. 7. 2007¹³), welche besagen, dass der Antrag auf freiwillige KV bei der KK bereits parallel zum Schwerbehinderten-Antrag beim Versorgungsamt gestellt werden kann. Die Aufnahme ruht dann bis zum Erlass des Schwerbehinderten-Bescheides. Bei einem GdB von mindestens 50 erfolgt dann die Aufnahme ab Beginn der Schwerbehinderung (und damit i. d. R. rückwirkend).

¹² https://www.prinz.law/urteile/bundessozialgericht/BSG_Az_12-RK-44-87--1987-09-21.

¹³ <https://www.sozialgerichtsbarkeit.de/legacy/73009?modul=esgb&id=73009>.

Feststellung der Schwerbehinderung auch für Ausländer*innen?

§ 2 Abs. 2 SGB IX definiert, wann Menschen mit einer Behinderung als schwerbehindert anzusehen sind. Nach diesem Paragraphen sind Menschen schwerbehindert, bei denen ein Grad der Behinderung (GdB) von wenigstens 50 vorliegt und die ihren **gewöhnlichen Aufenthalt** oder ihre Beschäftigung auf einem Arbeitsplatz im Sinne des § 156 rechtmäßig im Geltungsbereich dieses Gesetzbuches haben.

Es haben somit auch Ausländer*innen einen Anspruch auf die Feststellung einer Schwerbehinderung. Voraussetzung ist, dass sie sich rechtmäßig in Deutschland aufhalten und auch die ggf. vorliegende Beschäftigung rechtmäßig ist, also ein Aufenthaltstitel, ggf. eine Aufenthaltsgestattung oder eine Duldung bzw. bei einer Beschäftigung eine Arbeitserlaubnis oder sonstige Berechtigung zur Arbeitsaufnahme vorhanden ist. Auch Ausländer*innen ohne Aufenthaltstitel, die von der Ausländerbehörde längerfristig in Deutschland geduldet werden, haben einen Anspruch auf Feststellung der Schwerbehinderung. „Längerfristig“ wird von den meisten Versorgungsämtern so ausgelegt, dass ein Aufenthalt von mehr als sechs Monaten vorliegen muss, dazu auch das BSG-Urteil B 9 SB 2/09 R vom 29. 4. 2010¹⁴ (Feststellung bei einem geduldeten Ausländer).

Wechsel aus der PKV-Falle für die Pflegeversicherung durch Lücke in den VVZ?

Ein Beitritt gem. § 9 Abs. 1 Nr. 4 ist auch für Menschen möglich, die die Voraussetzungen erfüllen, **bislang privat versichert waren und einen Wechsel in die GKV anstreben**. Lt. Wortlaut des Gesetzestextes des § 205 VVG ist in diesen Fällen ein Sonderkündigungsrecht nicht gegeben (dies greift nur bei Eintritt von Versicherungspflicht oder Familienversicherung). Ich habe allerdings bislang immer mit einer Kündigung des PKV-Vertrages gem. § 205 VVG entweder nahtlos ab Beginn der freiwilligen Versicherung oder zum Monatsende des Monats, in dem der Bescheid vom Versorgungsamt kam, Erfolg gehabt. Die PKV-Unternehmen sind

¹⁴ <https://www.sozialgerichtsbarkeit.de/legacy/131832?modul=esgb&id=131832>.

meist froh, diese oft teuren Versicherten „los“ zu werden und räumen dann anstandslos das Sonderkündigungsrecht ein. Eine reguläre Kündigung bei Eintritt einer freiwilligen Versicherung ist zum Ende eines Kalenderjahres mit einer dreimonatigen Kündigungsfrist möglich (also spätestens am 30. 9. zum 31. 12. eines Jahres, § 205 Abs. 1 VVG).

Bei einem Wechsel aus der PKV in die freiwillige Versicherung **gehen die VVZ für die Pflegeversicherung nicht verloren** – weder für Zeiten vor dem 1. 1. 2019 noch für Zeiten nach dem 1. 1. 2019.

Gem. § 33 Abs. 3 SGB XI in der Fassung sowohl vor dem 1. 1. 2019 (nur bei Personen, die wegen des Eintritts von Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung (SPV) aus der privaten Pflegeversicherung (PPV) ausscheiden) als auch in der Fassung seit dem 1. 1. 2019 die in der PKV ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Vorversicherungszeit gem. § 33 Abs. 2 SGB XI (zwei Jahre in den letzten zehn Jahren) anzurechnen:

„(3) Personen, die wegen des Eintritts von Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung oder von Familienversicherung nach § 25 aus der privaten Pflegeversicherung ausscheiden, ist die dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Vorversicherungszeit nach Absatz 2 anzurechnen.“

Hier geht es nicht um Eintritt von Versicherungspflicht in der KV, sondern um den Eintritt von Versicherungspflicht in der SPV. Diese tritt gem. § 20 Abs. 1 SGB XI immer dann ein, wenn jemand versicherungspflichtig in der KV wird (z. B. durch die Aufnahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung oder in einer WfbM). Weiterhin tritt Versicherungspflicht in der SPV gem. 20 Abs. 3 SGB XI aber auch für freiwillige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung ein und seit dem 1. 1. 2019 auch für familienversicherte Angehörige gem. § 25 SGB XI. D. h., dass die VVZ bei einem Wechsel von der PKV in die freiwillige KV (z. B. gem. § 9 Abs. 1 Nr. 4 als schwerbehinderter Mensch) sowohl ab Beginn der freiwilligen KV „loslaufen“, als auch durch die VVZ aus der PPV „weiterlaufen“, da diese angerechnet werden müssen.

Auch das Kündigungsrecht der privaten Pflegeversicherung (PPV) sieht es so, dass eine außerordentliche Kündigung bei Eintritt der Versicherungspflicht (vgl. § 20 SGB XI / freiwillige KV gehört dazu) vorgesehen ist:

§ 27 SGB XI, Kündigung eines privaten Pflegeversicherungsvertrages SGB XI:

„Personen, die nach den § 20, § 21 oder § 21a Absatz 1 versicherungspflichtig werden und bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen gegen Pflegebedürftigkeit versichert sind, können ihren Versicherungsvertrag mit Wirkung vom Eintritt der Versicherungspflicht an kündigen. Das Kündigungsrecht gilt auch für Familienangehörige oder Lebenspartner, wenn für sie eine Familienversicherung nach § 25 eintritt. § 5 Absatz 9 des Fünften Buches gilt entsprechend.“

Hinweise

Bei einer AIDS-Erkrankung wird meist eine Schwerbehinderung zuerkannt, aber auch bei vielen anderen Erkrankungen (MS, bösartige Tumorerkrankungen, auch schwere Suchterkrankungen (Alkohol, Tabletten, Drogen), ein Antrag beim Versorgungsamt lohnt daher u. U. Wenn die VVZ vom LE selber nicht erfüllt werden, muss natürlich parallel die KK (mit den entsprechenden VVZ) mindestens eines Elternteiles/des Ehegatten ermittelt werden.

Die Regelung "oder der Ehegatte" kommt z. B. dann zum Tragen, wenn bei bestehender Ehe die Familienversicherung für den Ehegatten bislang wegen zu hohem Gesamteinkommen (z. B. Rente ohne Versicherungspflicht) abgelehnt wurde.

Den Antrag auf Schwerbehinderung sollten die LE auf keinen Fall alleine ausfüllen! Dort müssen die Behinderungen (= Leiden) genauestens eingetragen werden, dazu Angaben, bei welchen Ärzten welche Unterlagen liegen, da sind die meisten LE schnell überfordert. Daher: Die LE sollten unbedingt beim Ausfüllen der allgemeinen Angaben unterstützt werden; danach sollten sie den Antrag mit zum Arzt/Ärztin / zu den Ärzt*innen nehmen und von dort ausfüllen/ergänzen lassen!

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

Auszug:

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 MdE 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 vor dem Beitritt nachzuweisen. Der 5-Jahres-Zeitraum ist durch Rückrechnung vom Tag vor dem 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>

. . .