L 1 KR 97/09

Land
Hessen
Sozialgericht
Hessisches LSG
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
1
1. Instanz
SG Kassel (HES)
Aktenzeichen
S 12 KR 181/06
Datum
18.02.2009
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 1 KR 97/09
Datum
18.11.2010
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 12 KR 4/11 R
Datum
20.03.2013
Kategorie
Urteil
Leitsätze
Für die Klage eines Beschäftigten gegenüber seinem Arbeitgeber auf Zahlung eines Beitragszuschusses zur Krankenversicherung ist der Rechtsweg zu den Sozialgerichten gegeben.

Insoweit handelt es sich um ein für den Kläger kostenfreies Verfahren nach § 183 Sozialgerichtsgesetz.

Wählt ein privat Krankenversicherter für eine bei theoretischer Versicherungspflicht familienversicherte Angehörige mit Vorerkrankungen eine freiwillige gesetzliche Versicherung, muss dies nach Sinn und Zweck der gesetzlichen Beitragszuschussregelung einem privaten Versicherungsvertrag im Sinne des § 257 Abs. 2 und Abs. 2a SGB V gleichgestellt werden.

Dies gilt zumindest bis zur Einführung des Kontrahierungszwanges für private Krankenversicherungsunternehmen (Basistarif).
Auf die Berufung des Klägers wird das Urteil des Sozialgerichts Kassel vom 18. Februar 2009 geändert.

Die Beklagte wird verurteilt, dem Kläger ab dem 1. Oktober 2005 bis zum 30. Juni 2009 einen Beitragszuschuss zur freiwilligen gesetzlichen Krankenversicherung der Beigeladenen nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen zu gewähren.

Im Übrigen wird die Berufung zurückgewiesen.

Die Beklagte hat dem Kläger die zur zweckentsprechenden Rechtsverfolgung entstandenen notwendigen außergerichtlichen Kosten des erst- und zweitinstanzlichen Verfahrens zu 1/3 zu erstatten.

Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten darüber, ob die Beklagte dem bei ihr beschäftigten Kläger einen Beitragszuschuss zur freiwilligen gesetzlichen Krankenversicherung seiner Ehefrau zu zahlen hat.

Der Kläger ist seit dem 15. Juni 1999 bei der Beklagten als Sachbearbeiter im Bereich der Erlösabteilung beschäftigt und bei Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze gegen Krankheit und Pflegebedürftigkeit privat bei der E. versichert. Insoweit erhält er durch die Beklagte einen Beitragszuschuss zu seiner privaten Kranken- und Pflegeversicherung. Die Ehefrau des Klägers ist seit April 2004 arbeitslos und bezog bis April 2005 Arbeitslosengeld I. Aufgrund des Einkommens ihres Ehemannes hat sie keinen Anspruch auf Arbeitslosengeld II nach dem Sozialgesetzbuch Zweites Buch - Grundsicherung für Arbeitsuchende - (SGB II). Seit dem Ende des Arbeitslosengeld I-Bezuges verfügt sie über kein eigenes Einkommen und ist bei der F. freiwillig gesetzlich kranken- und pflegeversichert. Sie leidet an einer Depression und einer Autoimmunerkrankung. Die E. führte zum 1. Januar 2009 den Basistarif ein.

Am 8. September 2005 beantragte der Kläger bei der Beklagten schriftlich einen Beitragszuschuss zur freiwilligen Kranken- und Pflegeversicherung seiner Ehefrau. Die gesetzliche Regelung des Beitragszuschusses beziehe sich nicht nur auf den Fall einer Versicherung der Angehörigen in der privaten Krankenversicherung, sondern auch auf die Konstellation einer freiwilligen Versicherung der Angehörigen in der gesetzlichen Krankenversicherung. Dies lehnte die Beklagte u.a. mit Schreiben vom 15. Dezember 2005 und 10. Juli 2006 ab. Am 31. Juli 2006 hat der Kläger Klage beim Sozialgericht Kassel auf Zahlung des Beitragszuschusses durch die Beklagte erhoben. Zur Begründung hat

er ausgeführt, dass jede Kombination von freiwilligen und privaten Krankenversicherungen in den Anspruch auf einen Beitragszuschuss nach § 257 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung – (SGB V) einbezogen werden müsse, soweit im Einzelnen Leistungsarten im Sinne des SGB V vorgesehen seien, die nur dem Versicherten und denjenigen Familienangehörigen zustünden, die im Fall der Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung familienversichert wären. Wäre er Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse, hätte er Anspruch auf Leistungen auch für seine Familienangehörige. Insofern sei auch der Beitrag der Ehefrau bei der Bemessung des Zuschusses eines Mitarbeiters zu berücksichtigen, wenn sie freiwilliges Mitglied in einer gesetzlichen Krankenkasse sei. Dies habe auch das Bundesministerium des Inneren (BMI) in einem Rundschreiben vom 6. Oktober 1997 so gesehen, auch wenn insoweit mittlerweile weitere Rundschreiben vom 25. Februar 2000 und vom 9. Oktober 2000 vorlägen. Die Beklagte hat im Klageverfahren an ihrer Rechtsauffassung, dass dem Kläger kein Anspruch auf Gewährung eines Beitragszuschusses zur freiwilligen gesetzlichen Krankenversicherung seiner Ehefrau zustehe, festgehalten. Der Wortlaut des § 257 Abs. 2 SGB V setze ausdrücklich das Bestehen eines Vertrages mit einem privaten Krankenversicherungsunternehmen voraus, in den auch die Angehörigen einbezogen seien. Eine Einbeziehung der Ehefrau des Klägers in dessen private Krankenversicherung liege gerade nicht vor. Das von dem Kläger zitierte Rundschreiben des BMI sei in dieser Form nicht mehr in Kraft. Die insoweit angeführten Textpassagen seien in der aktualisierten Fassung nicht mehr vorhanden. Auch der systematische Aufbau des § 257 SGB V spreche gegen einen Anspruch des Klägers. § 257 Abs. 2 SGB V regele, unter welchen Voraussetzungen ein privat versicherter Beschäftigter einen Beitragszuschuss erhalte. § 257 Abs. 2a SGB V stelle sodann fest, welche Voraussetzungen die Tarife und das Versicherungsunternehmen erfüllen müssten, damit "der Zuschuss ( ) für eine private Krankenversicherung" gezahlt werde. Von einer freiwilligen gesetzlichen Versicherung der Angehörigen sei insoweit keine Rede. Eine planwidrige Regelungslücke, die eine entsprechende Anwendung des § 257 Abs. 2 SGB V erforderlich mache, liege nicht vor, da der Gesetzgeber bei der Fassung des § 257 Abs. 2 SGB V die vorliegende Streitfrage gekannt habe. Der Kläger habe auch jederzeit die Möglichkeit, die Voraussetzungen des § 257 Abs. 2 SGB V zu erfüllen. Zur Bestätigung ihres Vorbringens hat die Beklagte das Rundschreiben des BMI vom 9. Oktober 2000 vorgelegt. Mit Beschluss vom 8. Januar 2007 hat das Sozialgericht Kassel zu dem Verfahren die Ehefrau des Klägers beigeladen und auf die mündliche Verhandlung vom 18. Februar 2009 die Klage abgewiesen und dem Kläger die Kosten des Rechtsstreites unter Einschluss der Kosten der Beklagten auferlegt. Mit Beschluss vom 18. Februar 2009 hat es den Streitwert auf 5.000,- EUR festgesetzt. Zur Begründung hat es ausgeführt, dass sowohl Wortlaut als auch Systematik des § 257 Abs. 2 SGB V beim Angehörigen ebenfalls das Vorliegen einer jeweils privaten Absicherung erfordern würden. § 257 Abs. 2 SGB V sehe zudem den Beitragszuschuss nur für solche Angehörigen vor, die bei einer Versicherungspflicht des Beschäftigten nach § 10 SGB V familienversichert wären. § 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V schließe einen Anspruch auf Familienversicherung u.a. des Ehegatten aber so lange aus, als dieser freiwillig gesetzlich versichert sei, so dass bereits aus diesem Grund bei der freiwillig gesetzlich versicherten Ehefrau des Klägers ein Beitragszuschuss nicht in Betracht komme.

Gegen das, dem Prozessbevollmächtigten des Klägers am 11. März 2009 zugestellte Urteil, hat der Kläger am 9. April 2009 Berufung zum Hessischen Landessozialgericht eingelegt. Zur Begründung bezieht er sich im Wesentlichen auf sein Vorbringen im erstinstanzlichen Verfahren und trägt ergänzend vor, dass die Rechtsauffassung des Sozialgerichts nicht zutreffend sein könne. Wenn das Sozialgericht schon die hypothetische Annahme aufstelle, er wäre bei Vorliegen der Versicherungspflicht gesetzlich versichertes Krankenkassenmitglied, könne es auf der anderen Seite nicht unterstellen, dass seine Ehefrau dann auch weiterhin ein freiwillig gesetzlich versichertes Krankenkassenmitglied sei bzw. bleibe. Seine Ehefrau sei nur deshalb selbst freiwillig gesetzlich versichert, weil sie aufgrund der bei ihr bestehenden und zu berücksichtigenden Vorerkrankungen nur unter Zahlung eines erheblichen Risikozuschlages in seiner privaten Versicherung hätte versichert werden können.

Der Kläger beantragt,
das Urteil des Sozialgerichts Kassel vom 18. Februar 2009 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ab dem 1. Oktober 2005 an ihn einen Beitragszuschuss zur freiwilligen gesetzlichen Krankenversicherung der Beigeladenen nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,
die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die angegriffene Entscheidung für zutreffend. Ergänzend trägt sie vor, dass eine Erweiterung des § 257 SGB V auf die vorliegende Fallkonstellation nicht dem Willen des Gesetzgebers entspreche und auch von der bisherigen Rechtsprechung nicht geteilt werde.

Die Beigeladene hat keinen Antrag gestellt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Vorgänge der Beklagten und der Gerichtsakte Bezug genommen, die Gegenstand der Beratung gewesen sind.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung des Klägers ist zum Teil begründet.

Die Klage ist zulässig. Für Klagen auf Zahlung eines Beitragszuschusses eines Beschäftigten gegenüber seinem Arbeitgeber ist der Rechtsweg zu den Sozialgerichten gegeben, da der Anspruch hinsichtlich der Voraussetzungen und der Rechtsfolgen auf das Recht der gesetzlichen Krankenversicherung verweist und einem ihr eigentümlichen Sicherungszweck dient (so schon zu § 405 Reichsversicherungsordnung - RVO -: Gemeinsamer Senat der Obersten Gerichtshöfe des Bundes, Beschluss vom 4. Juni 1974, GmS-OGB 2/73 BSGE 37, 292; nachfolgend für § 257 SGB V: Bundesarbeitsgericht, Beschluss vom 19. August 2008, 5 AZB 75/08 m.w.N. - juris -; Krauskopf/Böttiger, Soziale Krankenversicherung Pflegeversicherung, Kommentar, Stand: Juni 2010, § 257 Rdnr. 3).

Die Klage ist auch teilweise begründet. Dem Kläger steht gegenüber der Beklagten ein Anspruch auf einen Beitragszuschuss zu der freiwilligen gesetzlichen Krankenversicherung seiner Ehefrau, der Beigeladenen, in dem Zeitraum vom 1. Oktober 2005 bis zum 30. Juni 2009 nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen zu.

Nach § 257 Abs. 2 Satz 1 SGB V erhalten Beschäftigte, die nur wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze oder auf Grund von § 6 Abs. 3a versicherungsfrei oder die von der Versicherungspflicht befreit und bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen

versichert sind und für sich und ihre Angehörigen, die bei Versicherungspflicht des Beschäftigten nach § 10 versichert wären, Vertragsleistungen beanspruchen können, die der Art nach den Leistungen des SGB V entsprechen, von ihrem Arbeitgeber einen Beitragszuschuss. Nach § 10 Abs. 1 Satz 1 SGB V ist u.a. der Ehegatte familienversichert, wenn er als Familienangehöriger seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland hat und nicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 1, 2, 3 bis 8, 11 oder 12 oder nicht freiwillig versichert ist.

Vom Wortlaut des § 257 Abs. 2 Satz 1 SGB V wird die vorliegende Fallkonstellation, in der ein Beschäftigter privat krankenversichert und ein Familienangehöriger freiwillig gesetzlich versichert ist, zwar nicht erfasst. Zum einen handelt es sich bei der freiwilligen gesetzlichen Krankenversicherung der Beigeladenen, für die der Beitragszuschuss beantragt wird, nicht um eine private Krankenversicherung des Klägers, in die diese mit dem Anspruch auf Vertragsleistungen einbezogen wäre. Im Weiteren wäre die Beigeladene bei einer theoretischen Versicherungspflicht des Klägers bei Vorliegen einer eigenen freiwilligen Versicherung nach dem Wortlaut des § 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V nicht familienversichert. Aus systematischer Sicht nennt § 257 Abs. 2a SGB V zudem die Voraussetzungen, unter denen eine private Krankenversicherung geeignet ist, die gesetzliche Krankenversicherung zu ersetzen. Andererseits bezieht sich diese Substitution rechtssystematisch gerade auf die gesetzliche Krankenversicherung, deren Kern der Leistungsgewährung auch bei einer privaten Krankenversicherung durch die Festlegung bestimmter Grundvoraussetzungen gewährleistet werden soll. Beide Sicherungsformen – freiwillige Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung und private Krankenversicherung – sind dabei durch § 257 Abs. 1 und Abs. 2 SGB V gleichgestellt (vgl. insoweit auch: Bundessozialgericht, Urteil vom 5. Oktober 1977, 3 RK 62/75 - juris -). Den in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherungsfreien wird zudem eine mehr oder weniger autonome Entscheidung über das "Wie" eines Krankenversicherungsschutzes überlassen (Grimmke in: jurisPK – SGB V, Stand: 1. August 2007, § 257 Rdnr. 27).

Wählt demnach ein privat Krankenversicherter für eine bei theoretischer Versicherungspflicht familienversicherte Angehörige eine freiwillige gesetzliche Versicherung, muss dies nach Sinn und Zweck der gesetzlichen Beitragszuschussregelung einem privaten Versicherungsvertrag im Sinne des § 257 Abs. 2 und Abs. 2a SGB V gleichgestellt werden. Die Regelungen über den Beitragszuschuss dienen dazu, auch höher verdienenden Arbeitnehmern, die deshalb nicht der Versicherungspflicht unterliegen, eine Hilfe bei der Verschaffung eines ausreichenden Krankenversicherungsschutzes für sich und ihre Angehörigen zu gewähren, um sie in das System der sozialen Sicherung einzubeziehen. Im Interesse der wirtschaftlichen Gleichstellung derjenigen Beschäftigten, die wegen der Höhe ihres Verdienstes versicherungsfrei oder von der Versicherungspflicht ausgeschlossen sind, mit den krankenversicherungspflichtigen Beschäftigten soll der Arbeitgeber deshalb in gleicher Weise wirtschaftlich an den Krankenversicherungsbeiträgen beteiligt werden, wie dies bei einem pflichtversicherten Arbeitnehmer der Fall ist (BT-Drucksache 6/1297, S. 2; Bundessozialgericht, a.a.O.; Gerlach in: Hauck/Noftz, Gesetzliche Krankenversicherung, Kommentar, Stand: 8/2010, § 257 Rdnr. 13f). Denn der Anspruch auf Tragung der hälftigen Beitragslast ist in § 249 Abs. 1 SGB V nur für Pflichtversicherte vorgesehen. Ohne eine entsprechende Zuschussregelung müssten nicht Pflichtversicherte ihre Krankenversicherungsbeiträge auch wirtschaftlich alleine tragen.

Diese weite Auslegung wird insbesondere der Tatsache gerecht, dass das Privatversicherungsrecht im Gegensatz zu § 10 SGB V keine automatische Mitversicherung Angehöriger kennt. Ohne Vorliegen eines Kontrahierungszwanges mit Angehörigen (Ausnahme: Einbeziehung Neugeborener oder Adoptivkinder in den privaten Krankenversicherungsvertrag, § 198 Versicherungsvertragsgesetz - VVG -) oder einer gesetzlichen Ausdehnung des Versicherungsvertrages auf diese würde der Anspruch auf Beitragszuschuss von dem Vertragsabschlussverhalten der Krankenversicherungsunternehmen abhängig sein, die z.B. die Aufnahme eines Antragstellers in eine private Krankenversicherung aus Risikogründen ablehnen oder erhebliche Risikozuschläge erheben können (so auch: Gerlach in Hauck/Noftz, a.a.O., § 257 Rdnr. 43, 52 f; Grimmke in: jurisPK - SGB V, a.a.O., § 257 Rdnr. 92 ff.). In diesen Fällen ist § 10 SGB V ohne die Voraussetzung des Nichtvorliegens einer freiwilligen gesetzlichen Versicherung des Angehörigen zu prüfen, da es insoweit gerade der Korrektur aufgrund einer mangelnden Schutzbedürftigkeit durch das Vorliegen einer anderweitigen Versicherung nicht bedarf (vgl. die hierzu differierende Fallkonstellation in: Bundesarbeitsgericht, Urteil vom 21. Januar 2003, 9 AZR 695/01). Dass der Gesetzgeber die vorliegende Fallkonstellation bei der Regelung des § 405 RVO bzw. § 257 SGB V gesehen hat und ausdrücklich ausschließen wollte, ist den Gesetzesmaterialien nicht zu entnehmen. Die übrigen Voraussetzungen des § 10 SGB V (Ehegatte, gemeinsamer Wohnsitz usw.) sind im vorliegenden Fall unstreitig gegeben. Die freiwillige gesetzliche Krankenversicherung der Beigeladenen ist durch die Vorlage der Versicherungsunterlagen der F. nachgewiesen und zwischen den Beteiligten auch unstreitig.

Eine andere Beurteilung des Sachverhalts ergibt sich nach der Auffassung des Senats durch die Einführung des Kontrahierungszwangs für die privaten Krankenversicherungsunternehmen durch den mit Wirkung vom 1. Januar 2009 eingeführten § 193 VVG (BGBl I 2631). Insoweit kann eine fehlende wirtschaftliche Gleichstellung der in Bezug genommenen Personengruppen in dem oben dargestellten Sinn nicht mehr angenommen werden. Nach § 193 Abs. 5 Satz 1 VVG sind die Versicherer u.a. verpflichtet, allen freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten innerhalb von 6 Monaten nach Einführung des Basistarifes Versicherung im Basistarif nach § 12 Abs. 1a des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) zu gewähren. Die Beigeladene wäre damit spätestens ab dem 1. Juli 2009 (6 Monate nach Einführung des Basistarifs bei der Versicherung des Klägers) weder mit einer Ablehnung noch mit Risikozuschlägen durch die private Krankenversicherung des Klägers konfrontiert gewesen. Der Beitrag für den Basistarif ohne Selbstbehalt und in allen Selbstbehaltsstufen darf dabei den Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigen; dieser Höchstbeitrag errechnet sich aus dem allgemeinen Beitragssatz der Krankenkassen vom 1. Januar des Vorjahres und der Beitragsbemessungsgrenze, § 12 Abs. 1c Satz 1 VAG. Die Krankenversicherung kann dabei auf die Person des Versicherungsnehmers, aber auch auf die Person eines anderen genommen werden, § 193 Abs. 1 VVG (vgl. auch: Prölss/Martin/Voit, Versicherungsvertragsgesetz, Kommentar, 28. Auflage 2010, § 193 Rdnr. 1).

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG. Obwohl der Kläger Arbeitnehmer der Beklagten ist und die Ansprüche der Beigeladenen im eigenen Namen geltend macht, ist der Anspruch auf Beitragszuschuss nach § 257 SGG dem Sozialrecht zuzuordnen (vgl. insoweit die obigen Ausführungen zum Rechtsweg). Insoweit klagt der Kläger vorliegend auch als Versicherter im Sinne des § 183 SGG auf Auszahlung eines ihm kraft öffentlichen Rechts zustehenden Beitragszuschusses zur Krankenversicherung.

Die Revision war aufgrund der grundsätzlichen Bedeutung der Rechtssache zuzulassen, § 160 Abs. 2 SGG.
Rechtskraft
Aus
Login
HES
Saved

2014-11-27