L 9 KR 384/11

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
9
1. Instanz
SG Berlin (BRB)
Aktenzeichen
S 76 KR 626/11
Datum
22.11.2011
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 9 KR 384/11
Datum
18.09.2013
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 12 KR 1/14 R (Rücknahme)
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze
1. Für den in § 7a Abs. 6 SGB IV vorgesehenen späteren Beginn der Versicherungspflicht in einem Versicherungszweig genügt es, wenn die in § 7a Abs. 6 Satz 1 Nr. 2 SGB IV genannten Voraussetzungen für diesen Versicherungszweig erfüllt sind.
Bei einem nach dem SGB V versicherungsfreien Beschäftigten kann daher die Versicherungspflicht nach dem SGB VI auch dann später beginnen, wenn er keine entsprechende Absicherung gegen das finanzielle Risiko von Krankheit i.S. dieser Vorschrift vorgenommen hat.
2. Eine entsprechende Absicherung gegen das finanzielle Risiko i.S.v. § 7a Abs. 6 SGB IV besteht bei einem privaten Krankenversicherungsschutz, der den in § 193 Abs. 3 VVG genannten Mindestanforderungen genügt.
3. § 7a Abs. 6 Satz 1 SGB IV ist dahingehend einschränkend auszulegen, dass ein späterer Beginn der Versicherungspflicht nur in der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung möglich ist, nicht aber nach dem Recht der Arbeitsförderung.
Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 22. November 2011 geändert. Der Bescheid der Beklagten vom 07. Juni 2010 in der Gestalt des Widerspruchsbe-scheides vom 10. Februar 2011 wird geändert. Es wird festgestellt, dass die Versicherungspflicht des Beigeladenen in der gesetzlichen Rentenversicherung aufgrund seiner Beschäftigung bei der Klägerin erst am 11. Juni 2010 beginnt. Die darüber hinaus gehende Klage wird abgewiesen. Im Übrigen wird die Berufung zurückgewiesen. Die Kosten des Rechtsstreits tragen Klägerin und Beklagte je zur Hälfte. Die Kosten des Beigeladenen trägt dieser selbst. Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um den Beginn der Versicherungspflicht des Beigeladenen.

Der 1957 geborene Beigeladene ist seit dem 15. September 2009 Vorstandsmitglied der Klägerin, einer Anstalt des öffentlichen Rechts, von der er ein regelmäßiges monatliches Arbeitsentgelt i.H.v. 35.771,03 EUR brutto bezieht. Nach § 6 Abs. 1 seines Dienstvertrages vom 29. Juli 2009 hat er bei vorübergehender Arbeitsunfähigkeit Anspruch auf Weitergewährung seiner Vergütung bis zur Dauer von sechs Monaten. Am 15. Oktober 2009 beantragten er und die Klägerin die Feststellung seines sozialversicherungsrechtlichen Status. Der Beigeladene stimmte in diesem Zusammenhang für den Fall, dass Versicherungspflicht festgestellt würde, ausdrücklich deren Beginn erst mit der Bekanntgabe der entsprechenden Entscheidung zu. Die beklagte Deutsche Rentenversicherung Bund stellte mit Bescheid vom 07. Juni 2010 fest, dass der Beigeladene in seiner bei der Klägerin ausgeübten Tätigkeit seit dem 15. September 2009 der Versicherungspflicht in der Kranken-, Renten- und Pflegeversicherung – in letzterer gemäß § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 i.V.m. Satz 1 Sozialgesetzbuch/Elftes Buch (SGB XI) – sowie nach dem Recht der Arbeitsförderung unterliege.

Während des Widerspruchsverfahrens nahm die Beklagte diesen Bescheid "hinsichtlich der Versicherungspflicht in der Krankenversicherung" zurück und stellte nunmehr fest, dass für den Beigeladenen in der ausgeübten Beschäftigung Versicherungsfreiheit in der Krankenversicherung wegen Überschreitung der Jahresarbeitsentgeltgrenze (JAEG) bestehe (Bescheid vom 20. August 2010). Im Übrigen wies die Beklagte den Widerspruch, der sich auch gegen den Beginn der Versicherungspflicht richtete, mit Widerspruchsbescheid vom 10. Februar 2011 zurück.

Während des Klageverfahrens hat die Beklagte ein von der Klägerin angenommenes und mit Bescheid vom 20. Oktober 2011 umgesetztes Teilanerkenntnis abgegeben, wonach die Versicherungspflicht des Beigeladenen in der sozialen Pflegeversicherung auf § 23 Abs. 1 SGB XI beruhe, weil er bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sei.

Der im übrigen nur noch wegen des Beginns der Versicherungspflicht geführten Klage hat das Sozialgericht mit Urteil vom 22. November 2011 antragsgemäß stattgegeben, indem es den "Bescheid der Beklagten vom 7. Juni 2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom

10. Februar 2011 in der Fassung der Änderungsbescheide vom 7. Juni 2010 und 20. Oktober 2011" geändert und festgestellt hat, dass "die Versicherungspflicht des Beigeladenen in der gesetzlichen Renten- und Arbeitslosenversicherung erst mit der Bekanntgabe des Bescheides vom 7. Juni 2010 am 11. Juni 2010 eingetreten" sei. Zur Begründung hat das Sozialgericht ausgeführt: Die Voraussetzungen von § 7a Abs. 6 Satz 1 Sozialgesetzbuch/Viertes Buch (SGB IV) lägen vor. Aus Sinn und Zweck dieser Vorschrift sei zu folgern, dass eine Sicherung gegen den Fall von Krankheit dann nicht erforderlich sei, wenn der Beschäftigte mit seinem Arbeitsentgelt die JAEG überschreite. Im Übrigen bestehe eine Absicherung im Sinne der o. g. Vorschrift auch ohne einen Anspruch des Beigeladenen auf Krankengeld, da entsprechende "Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung für Pflichtversicherte" gerade nicht verlangt würden und eine freiwillige gesetzliche Krankenversicherung nicht zwangsläufig einen Anspruch auf Krankengeld umfasse.

Gegen dieses ihr am 05. Dezember 2011 zugestellte Urteil richtet sich die Berufung der Beklagten vom 27. Dezember 2011, die sie wie folgt begründet: Im Zusammenhang mit § 7a Abs. 6 Satz 1 Nr. 2 SGB IV gälten für Personen, deren Entgelt regelmäßig die JAEG der gesetzlichen Krankenversicherung überschreite, keine Besonderheiten. Auf die Minimalanforderungen des § 193 Abs. 3 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) sei nicht abzustellen, da das Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenversicherung als Maßstab für den Sicherungsumfang im Rahmen von § 7a Abs. 6 Satz 1 SGB IV erheblich weiter sei. Die Verschiebung des Beginns der Versicherungspflicht wirke für alle vier Zweige der Sozialversiche¬rung gleichermaßen. Die insoweit pauschalierende Formulierung des § 7a Abs. 6 Satz 1 Nr. 2 SGB IV unterscheide dabei nicht, ob tatsächlich in allen vier Sozialversicherungszweigen Versicherungspflicht vorliege oder aber ggf. in einzelnen Zweigen Versicherungsfreiheit vorliege bzw. eine Befreiung von der Versicherungspflicht erfolge. Die (Art der) Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung würden in § 21 Abs. 1 Sozialgesetzbuch/Erstes Buch (SGB I) definiert, nach dessen Nr. 2 g) zweifelsfrei auch das Krankengeld dazu gehöre. Folgte man der Ansicht des Sozialgerichts, wonach Ansprüche auf mit Krankengeld vergleichbaren Leistungen nicht zu fordern seien, weil auch bestimmte Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung kein Krankengeld beanspruchen könnten, könnte man im Rahmen von § 7a Abs. 6 Satz 1 SGB IV auch schlechthin auf eine der gesetzlichen Rentenversicherung entsprechenden Altersvorsorge verzichten, da ja nicht jeder Versicherte der gesetzlichen Rentenversicherung Altersrentenansprüche habe, sondern nur derjenige, der die Wartezeit erfüllt habe. An der insoweit eindeutigen Rechtslage ändere nichts, dass die Spitzenorganisationen der Sozialversicherung abweichend vom gesetzlichen Wortlaut bis zum 31. Dezember 2008 bei Personen, die wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungsfrei waren, keine Absicherung gegen das finanzielle Risiko von Krankheit gefordert hätten.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 22. November 2011 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung mit der Maßgabe zurückzuweisen, dass der Bescheid der Beklagten vom 07. Juni 2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 10. Februar 2011 in der Fassung der Änderungsbescheide vom 20. August 2010 und 20. Oktober 2011 geändert wird.

Sie verteidigt das angefochtene Urteil.

Der Beigeladene hat sich im Berufungsverfahren nicht geäußert.

Nach den von Klägerseite während des Berufungsverfahrens eingereichten Unterlagen führte der Beigeladene eine von einem früheren Arbeitgeber initiierte betriebliche Altersversicherung beim B V des B a.G. ab dem 01. Juli 2008 als Versicherungsnehmer fort. Hieraus kann er – bei einem monatlichen Beitrag von 313,50 EUR – ausweislich der Renteninformation vom Juni 2013 eine monatliche Rentenleistung von 1.268,11 Euro bei einem Renteneintritt mit 65 Jahren erwarten. Die Versicherungsbedingungen des vom Beigeladenen gewählten Tarifs DA sehen u. a. vor: - eine monatliche Rentenzahlung ab dem vollendeten 65. Lebensjahr; - eine Altersrente ab einem früheren Zeitpunkt, wenn bereits eine andere Altersrente bezogen wird; - eine altersunabhängige Berufsunfähigkeitsrente, wobei als berufsunfähig derjenige anzusehen ist, der durch körperliche Gebrechen oder wegen Schwäche seiner körperlichen oder geistigen Kräfte unfähig ist, eine seine Vorbildung und seiner bisherigen Tätigkeit entsprechende Beschäftigung auszuüben, und Berufsunfähigkeit anzunehmen ist, wenn die Berufsfähigkeit mehr als die Hälfte herabgesetzt ist; - eine Witwen/Witwerrente in Höhe von 60 % derjenigen Rente, die die versicherte Person zuletzt bezog oder bei Berufsunfähigkeit an seinem Todestag hätte beanspruchen können; - eine Waisenrente in Höhe von 40 % der von der versicherten Person zu beanspruchenden Rente; - eine Wartezeit für Rente und Hinterbliebenenrente (nicht aber Altersrente) von 60 Beitragsmonaten. Aufgrund einer weiteren Vereinbarung mit seiner früheren Arbeitgeberin D P AG hat der Beigeladene im Rahmen der betrieblichen Altersversorgung eine unverfallbare Versorgungsanwartschaft in Höhe von 3.502.830.- Euro erworben, welche nach den Auszahlungsrichtlinien "als Einmalkapital, in Raten oder als Voll- oder Teilrente gewährt werden" kann.

Der Beigeladene hat ferner bei der AAG für sich, seine nicht berufstätige Ehefrau sowie seine drei zwischen 1987 und 1992 geborenen Kinder eine private Krankenversicherung abgeschlossen. Deren Leistungspflicht erstreckt sich u. a. nicht auf - Krankengeld - häusliche Krankenpflege - stationäre medizinische Rehabilitation - Soziotherapie - Haushaltshilfe - spezialisierte ambulante Palliativversorgung - stationäre und ambulante Hospizleistungen - Belastungserprobungen und Arbeitstherapie. Die Versorgung mit Hilfsmitteln umfasst ausschließlich Brillengläser, Fassungen hierzu bis zur mittleren Preislage, Kontaktlinsen, Hör- und Sprechgeräte, Bruchbänder, orthopädische Fußeinlagen und Zurichtungen an Konfektionsschuhen, Gummistrümpfe, Bandagen, Gipsliegeschalen, Korrekturschienen, Leibbinden, orthopädische Stützapparate und Kunstglieder. Darüber hinaus werden Rollstühle, Sauerstoffkonzentratoren, Herz- und Atemmonitore zur Verfügung gestellt. Ferner ist ein Selbstbehalt je versicherter Person zwischen 500,00 und 1.620,00 Euro jährlich vereinbart.

Wegen des Sach- und Streitstandes im Einzelnen sowie wegen des weiteren Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakte sowie die beigezogene Verwaltungsakte, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung war, verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung ist teilweise begründet. Zu Recht hat das Sozialgericht die streitgegenständlichen Bescheide geändert und

festgestellt, dass die Versicherungspflicht des Beigeladenen in der gesetzlichen Rentenversicherung erst am 11. Juni 2010 begann. Soweit die Beklagte in diesen Bescheiden anderslautende Feststellungen getroffen hat, sind die Bescheide rechtswidrig und verletzen die Klägerin in ihren subjektiven Rechten. Dies gilt indes nicht für die Versicherungspflicht nach dem Recht der Arbeitsförderung. Insoweit war das Urteil des Sozialgerichts (teilweise) aufzuheben, da die angefochtenen Bescheide diesbezüglich im Ergebnis nicht zu beanstanden sind.

I. Streitbefangen sind neben dem Ausgangsbescheid vom 7. Juni 2010 und dem Widerspruchsbescheid vom 10. Februar 2011 gemäß § 86 Sozialgerichtsgesetz (SGG) auch der während des Widerspruchsverfahrens erlassene Bescheid vom 20. August 2010 sowie gemäß § 96 SGG der während des Klageverfahrens erlassene und das angenommene Teilanerkenntnis der Beklagten umsetzende Bescheid vom 20. Oktober 2011. Soweit im Protokoll zur mündlichen Verhandlung vor dem Sozialgericht sowie in dessen Urteil ein weiterer Bescheid vom 7. Juni 2010 erwähnt wird, handelt es sich um einen offensichtlichen Schreibfehler; es kann insofern nur der Änderungsbescheid vom 20. August 2010 gemeint sein. Dies ist im Tenor klarzustellen.

Der Streitgegenstand beschränkt sich ferner auf die Frage, ob die Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung und nach dem Recht der Arbeitsförderung nicht bereits zu Beginn der sie begründenden abhängigen Beschäftigung am 15. September 2009 eintrat, sondern erst mit Bekanntgabe des Bescheids vom 7. Juni 2010. In der sozialen Pflegeversicherung besteht für den Beigeladenen unstreitig Versicherungspflicht ab Aufnahme der Beschäftigung, lediglich die Rechtsgrundlage hierfür wurde seitens der Beklagten während des Klageverfahrens zu Recht berichtigt. Für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung hat die Beklagte mit dem Bescheid vom 20. August 2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 10. Februar 2011 zutreffend Versicherungsfreiheit wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze (§ 6 Abs. 1 Nr. 1 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch) festgestellt. Zwar äußern sich beide Bescheide zur Frage des Beginns der Versicherungsfreiheit nicht ausdrücklich. Dem Bescheid vom 20. August 2010 ist aber die Feststellung zu entnehmen, dass "in der ausgeübten Beschäftigung [ ] Versicherungsfreiheit in der Krankenversicherung besteht". Dies lässt sich mangels anderweitiger Anhaltspunkte nur dahin verstehen, dass die Versicherungsfreiheit während der gesamten Dauer der Beschäftigung und somit schon ab ihrer Aufnahme, d.h. ab dem 15. September 2009, besteht. Dementsprechend bezog sich der Klageantrag auch nicht auf diesen Versicherungszweig.

II. Rechtsgrundlage für die hier allein zu entscheidende Frage nach dem Beginn der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung sowie nach dem Rechts der Arbeitsförderung ist § 7a Abs. 6 Satz 1 SGB IV: Danach tritt, wenn der Antrag auf Statusfeststellung bei der Beklagten innerhalb eines Monats nach Aufnahme der Tätigkeit gestellt wird und diese ein versicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis feststellt, die Versicherungspflicht mit der Bekanntgabe der Entscheidung ein, wenn der Beschäftigte 1. zustimmt und 2. er für den Zeitraum zwischen Aufnahme der Beschäftigung und der Entscheidung eine Absicherung gegen das finanzielle Risiko von Krankheit und zur Altersvorsorge vorgenommen hat, die der Art nach den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung und der gesetzlichen Rentenversicherung entspricht. Diese Voraussetzungen sind im vorliegenden Fall erfüllt [hierzu unter 2) bis 5)]. Zum späteren Beginn der Versicherungspflicht führt dies allerdings nur in der gesetzlichen Rentenversicherung [hierzu unter 3) bis 5)], nicht aber im Recht der Arbeitsförderung [hierzu unter 6)].

1) Der spätere Beginn der Versicherungspflicht knüpft – abweichend vom Wortlaut der Vorschrift – nicht an die Feststellung eines versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisses, sondern – wie hier geschehen – der Versicherungspflicht an. Denn § 7a SGB IV ermächtigt nicht dazu, eine abhängige Beschäftigung isoliert als Element bzw. Vorfrage der Versicherungspflicht festzustellen (BSG, Urteil vom 11. März 2009 – B 12 R 11/07 –, juris).

2) Der Antrag auf Statusfeststellung nach § 7a SGB IV wurde am 15. Oktober 2009 und somit innerhalb eines Monats nach Aufnahme der Tätigkeit des Beigeladenen bei der Klägerin am 15. September 2009 gestellt. Der Beigeladene hat dem späteren Beginn der Versicherungspflicht auch zugestimmt.

3) Der Beigeladene hatte schon zum 15. September 2009 und für den gesamten hier relevanten Zeitraum bis zum 10. Juni 2010 eine Absicherung zur Altersvorsorge vorgenommen, die der Art nach den Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung entspricht.

a) Allerdings ist dem Gesetzeswortlaut nicht zu entnehmen, wann eine solche entsprechende Altersabsicherung zu bejahen ist. Nach der Gesetzesbegründung braucht die Absicherung nicht deckungsgleich mit den Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung zu sein. Vielmehr soll ein "ausreichender sozialer Schutz" (BT-Drs. 14/1855, S. 8) genügen. Der Senat kann offen lassen, ob ein solcher ausreichender sozialer Schutz schon aus einem bestimmten Mindestbeitrag resultiert, z.B. in Höhe des für freiwillig gesetzlich Rentenversicherte geltenden Mindestbeitrags nach § 167 i.V.m. § 7 SGB VI (so Rundschreiben der Spitzenverbände der Sozialversicherungsträger vom 13. April 2010, Die Beiträge 2010, 494ff, Ziffer 4.3.1; Plagemann, in: Münchener Anwaltshandbuch Sozialrecht, 4.A., § 7, Rd. 17; Knospe, in: Hauck/Haines, 49. Lfg., § 7a SGB IV, Rd. 46; Krauskopf/Baier Soziale Krankenversicherung Pflegeversicherung, Stand: März 2011, § 7a SGB IV, Rd. 19; Rittweger, in: BeckOK-SGB IV, § 7a, Rd. 30; Pietrek, in: jurisPK-SGB IV, § 7a, Rd. 134; Frehse, in: Jahn, Sozialgesetzbuch für die Praxis, Std: Juli 2013, § 7a SGB IV, Rd. 21b; Lüdtke, in: BeckOK-SGB IV, § 7a, Rd. 25; Reiserer/Freckmann, NJW 03, 180; Schmidt, DAngVers 00, 313ff) – der Mindestbeitrag betrug 2009/2010 monatlich 79,60 EUR –, oder ob nicht vielmehr eine bestimmte zu erwartende Rentenhöhe, z.B. ein bestimmter Prozentsatz des derzeitigen durchschnittlichen Altersrentenzahlbetrags – dieser betrug für den Rechtskreis West 714,11 EUR (vgl. die vom BMAS herausgegebene Rentenbestandsstatistik 2009, abrufbar im Internet unter www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/rentenbestaende-2009.pdf?blob=publicationFile, recherchiert am 12. September 2013) –, ausschlaggebend sein muss. Der Beigeladene erfüllt bereits mit seiner betrieblichen Altersversorgung beim BVV beide Kriterien, zumal diese Leistung auch, wie für die gesetzliche Rentenversicherung charakteristisch (Knospe, a.a.O., Rd. 45; Krauskopf/Baier a.a.O.; Lüdtke, a.a.O.), monatlich ausgezahlt und eine Kapitalisierung, d.h. die Bündelung zu einer den gesamten Rentenanspruch ablösenden einmaligen Leistung, vertraglich nicht vorgesehen ist.

b) Angesichts dessen muss der Senat nicht entscheiden, ob auch die andere o.g. betriebliche Altersversorgung des Beigeladenen diesen Anforderungen genügen würde. Zweifel bestehen – trotz der außergewöhnlich hohen Versorgungsanwartschaft – insbesondere wegen der vertraglich zugelassenen Möglichkeit, diese Leistung nicht nur als monatliche Rente, sondern auch in Form einer Einmalzahlung (Kapitalisierung) oder in – ggf. der Höhe nach frei bestimmbaren – Raten zu erhalten.

4) Unerheblich ist, ob der Beigeladene auch eine ausreichende Absicherung gegen das finanzielle Risiko der Krankheit vorgenommen hat.

Hierauf kommt es nur an, wenn auch der Beginn der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung im Streit steht, nicht aber, wenn – wie hier – Versicherungsfreiheit in der gesetzlichen Krankenversicherung besteht (ebenso Rittweger, a.a.O., Rd. 28; Seewald, in: Kasseler Kommentar zum Sozialversiche-rungsrecht, 77. Erg., § 7a, Rd. 22; Knospe, a.a.O.; Lüdtke, a.a.O., Rd. 23; Hans, SGb 00, 399; Schmidt a.a.O.; a.A.: Rundschreiben vom 13. April 2010, a.a.O.; Plagemann, a.a.O., Rd. 16; Krauskopf/ Baier, a.a.O., Rd. 17).

a) Der Wortlaut von § 7a Abs. 6 Satz 1 SGB IV könnte allerdings – dies ist der Beklagten zuzugeben – mangels entsprechender Differenzierung dafür sprechen, dass der spätere Beginn der Versicherungspflicht in jedem der vier Zweige der gesetzlichen Sozialversicherung davon abhängt, dass für die Risiken Krankheit und Alter ein bestimmtes Sicherungsniveau erreicht wird. Auch der Gesetzesbegründung sind insoweit keine Anhaltspunkte für eine einschränkende Auslegung zu entnehmen.

b) Die von der Beklagten vertretene Rechtsauffassung würde indes zu sinnwidrigen Ergebnissen führen. Nach dieser Ansicht soll – wie im vorliegenden Fall – bei Versicherungsfreiheit in der gesetzlichen Krankenversicherung der spätere Beginn der Rentenversicherungspflicht auch von einem ausreichenden Krankenversicherungsschutz abhängen. Diese Ansicht kann der Senat schon deshalb nicht folgen, weil ein innerer Zusammenhang zwischen dem Krankenversicherungsschutz einerseits und dem bestimmte Versicherte (und ggf. auch ihre Arbeitgeber) begünstigenden späteren Beginn der Rentenversicherungspflicht andererseits nicht erkennbar, aber auch nicht begründbar ist.

aa) Die Regelung des § 7a Abs. 6 Satz 1 SGB IV privilegiert solche Versicherte (und ggf. ihre Arbeitgeber), die sich aus eigenem Antrieb – für das antragsunabhängige Verfahren nach § 7a Abs. 1 Satz 2 SGB IV gilt Abs. 6 nicht (Rundschreiben vom 13. April 2010, a.a.O., Ziffer 5.3; Knospe, a.a.O., Rd. 37; Schmidt, a.a.O.) – frühzeitig um die Klärung ihres sozialversicherungs-rechtlichen Status bemühen und darüber hinaus schon mit der Aufnahme der Beschäftigung Eigenvorsorge betrieben haben, welche für den Fall, dass Versicherungspflicht festgestellt wird, gar nicht (z.B. hinsichtlich der Prämien zur privaten Krankenversicherung) oder nur noch unter erheblichem Aufwand (z.B. Kündigung des privaten Rentenversicherungsvertrags) rückabzuwickeln ist (ähnlich: Plagemann, a.a.O., Rd. 18; Knospe, a.a.O., Rd. 36; Seewald, a.a.O. Rd. 20; Reiserer/Freckmann, a.a.O.; Bauer/Diller/Schuster, NZA 99, 1297). Die Privilegierung dieser Versicherten vermeidet damit eine grundsätzlich unerwünschte Doppelversicherung (Pietrek, a.a.O., Rd. 118). Die Rechtsansicht der Beklagten hätte aber zur Folge, dass dieses Privileg bereits dann nicht zum Tragen kommt, wenn auch nur gegen eines der beiden im Gesetz genannten Risiken keine ausreichende Absicherung getroffen wurde. Dies widerspricht nicht nur Sinn und Zweck der o.g. Vorschrift (Knospe, a.a.O., Rd. 45), sondern auch anderweitigen gesetzlichen Konzeptionen zum Umfang einer Mindestabsicherung gegen das Risiko der Krankheit.

bb) So trat bis zum 31. Dezember 2008 die Versicherungsfreiheit nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V von Gesetzes wegen ein, ohne dass ein irgendwie gearteter anderweitiger Krankenversicherungsschutz bestehen oder gar nachgewiesen werden musste. Ob diese "Besserverdienenden" überhaupt irgendeinen Krankenversicherungsschutz hatten oder etwa im Falle einer plötzlich auftretenden schweren Erkrankung mit teuren stationären Behandlun-gen in eine auch finanziell existenzgefährdende Lage geraten wären, war unerheblich. Vor diesem Hintergrund leuchtet nicht ein, warum gleichwohl eine Absicherung gegen das Krankheitsrisiko auf einem bestimmten Niveau verlangt werden soll, um das – möglicherweise nur einen kurzen Zeitraum betreffende – Privileg des späteren Beginns der Rentenversicherungspflicht in Anspruch nehmen zu können.

cc) Die Auffassung der Beklagten hätte im Übrigen weitere eigentümliche Konsequenzen: So würde es auch dann auf einen ausreichenden Versicherungsschutz gegen Krankheit und Alter ankommen, wenn nur der spätere Beginn der Pflichtversicherung nach dem Recht der Arbeitsförderung zu prüfen wäre (z.B. weil zusätzlich Versicherungsfreiheit nach § 5 SGB VI oder eine Befreiung von der Versicherungspflicht nach § 6 SGB VI vorliegt). In diesem Fall würden Fragen des Versicherungsniveaus in der gesetzlichen Krankenversicherung und gesetzlichen Rentenversicherung über den Beginn der Versicherungspflicht nach dem Recht der Arbeitsförderung entscheiden, obwohl für Letzteres sowohl hinsichtlich der Beiträge als auch der Leistungen die Regelungen der beiden anderen Sozialversicherungszweige ohne jede Bedeutung sind. Die gesetzlich gewollte Privilegierung bestimmter Versicherter würde vielmehr in ihr Gegenteil verkehrt, weil ihnen durch den späteren Beginn der Versicherungspflicht Anwartschaftszeiten, z.B. für einen Anspruch auf Arbeitslosengeld bei Arbeitslosigkeit (§ 137 i.V.m. § 142 Sozialgesetzbuch Drittes Buch), vorenthalten würden.

5) Selbst wenn man jedoch der Auffassung der Beklagten folgte und auch für den späteren Beginn der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung sowie nach dem Recht der Arbeitsförderung einen ausreichenden Krankenversicherungsschutz verlangte, wären ihre Bescheide bezüglich der Rentenversicherungspflicht rechtswidrig. Denn der für den Beigeladenen bei Beschäftigungsaufnahme am 15. September 2009 bestehende Krankenversicherungsschutz war ausreichend.

a) Auch im Hinblick auf das erforderliche Schutzniveau gegen das (finanzielle) Risiko der Krankheit gilt nach der o.g. Gesetzesbegründung, dass keine mit der gesetzlichen Krankenversicherung deckungsgleichen Leistungen vorausgesetzt werden, sondern lediglich ein "ausreichender sozialer Schutz". Dessen Bestimmung ergibt sich für die – hier allein relevante – Rechtslage ab dem 1. Januar 2009 aus dem gesetzlich angestrebten Versicherungsschutz für alle in Deutschland lebenden Menschen. Der Mindestumfang, den ein Krankenversicherungsschutz aufweisen muss, um der beabsichtigten umfassenden Versicherungspflicht Genüge zu leisten, ist gleichbedeutend mit den in § 193 Abs. 3 VVG enthaltenen Mindestanforderungen an eine der Versicherungspflicht genügende private Krankenversicherung (BSG, Urteil vom 20. März 2013 – B 12 KR 14/11 R –, juris; a.A.: Rundschreiben vom 13. April 2010, a.a.O.; Knospe, a.a.O.; Pietrek, a.a.O., Rd. 129; Krauskopf/Baier, a.a.O., Rd. 18; Frehse, a.a.O., Rd. 21a; Berchtold, in: Kreikebohm/Spellbrink/Waltermann, Kommentar zum Sozialrecht, 2.A., § 7a SGB IV, Rd. 10; Schmidt, a.a.O.). Dieses Sicherungsniveau dient dem Gesetzgeber zur Erreichung des von ihm formulierten Ziels einer ausreichenden Versorgung im Bedarfsfall (BT-Drucks 16/4247 S. 66). Die zum 1. Januar 2009 geänderte Rechtlage spricht daher nicht für, sondern gegen die von der Beklagten vertretene Rechtsauffassung.

b) Den Anforderungen des § 193 Abs. 3 VVG (in der seit dem 23. Juli 2009 geltenden Fassung) wird der für den Beigeladenen ab dem 15. September 2009 bestehenden Krankenversicherungsschutz gerecht. Nach dieser Norm ist jede Person mit Wohnsitz im Inland verpflichtet, bei einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen für sich selbst und für die von ihr gesetzlich vertretenen Personen, soweit diese nicht selbst Verträge abschließen können, eine Krankheitskostenversicherung abzuschließen und aufrechtzuerhalten, die mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung umfasst und bei der die für tariflich vorgesehene Leistungen vereinbarten absoluten und prozentualen Selbstbehalte für ambulante und stationäre Heilbehandlung für jede zu versichernde Person auf eine betragsmäßige Auswirkung von kalenderjährlich 5.000 EUR begrenzt ist. Diese Leistungsbereiche werden von den o.g. Versicherungsverträgen des Beigeladenen abgedeckt. Denn sie beinhalten einerseits eine Kostenerstattung für ambulante und

stationäre Heilbehandlung, wobei der Gesetzeswortlaut bewusst an die Terminologie der privaten Krankenversicherung anknüpft (BSG, Urteil vom 20. März 2013 – B 12 KR 14/11 R –, juris). Andererseits hat der Beigeladene für sein 1992 geborenes Kind – die älteren Kinder waren am 15. September 2009 bereits volljährig und wurden somit nicht mehr von ihm gesetzlich vertreten – ebenfalls einen Versicherungsvertrag abgeschlossen, der diese Leistungsbereiche erfasst.

Nicht erforderlich ist demgegenüber eine dem Krankengeld entsprechende Entgeltersatzleis-tung (so aber Knospe, a.a.O., Rd. 44; Pietrek, a.a.O, Rd 129; Lüdtke, a.a.O., Rd. 24) bzw. eine Mitversicherung von Familienangehörigen (so aber Pietrek, a.a.O., Rd. 131; wie hier: Knospe, a.a.O.; Frehse, a.a.O.).

Unschädlich sind ferner die vom Beigeladenen für sich und sein jüngstes Kind vereinbarten Selbstbehalte i.H.v. 1.000.- EUR je Person und Kalenderjahr, da sie die in § 193 Abs. 3 VVG genannte Wertgrenze nicht erreichen.

6) Entgegen dem Wortlaut führt das Vorliegen der in § 7a Abs. 6 Satz 1 SGB IV genannten Voraussetzungen (hier) nur in der gesetzlichen Rentenversicherung zu einem späteren Beginn der Versicherungspflicht, nicht hingegen im Recht der Arbeitsförderung.

Dies resultiert aus den o.g. Überlegungen: die vom Gesetzgeber gewollte Privilegierung des vorsorgenden Versicherten zur Vermeidung einer Doppelversicherung verfehlt ihr Ziel, wenn eine Eigenvorsorge für einen Versicherungszweig weder betrieben wurde noch gesetzlich vorausgesetzt wird. Die wortgetreue Anwendung der Norm entwertet die beabsichtigte Privilegierung vielmehr, indem sie dem Versicherten, der Eigenvorsorge im gesetzlich vorgesehenen Umfang, d.h. gegen die Risiken von Krankheit und Alter, betrieben hat, ohne Grund Anwartschaftszeiten im Recht der Arbeitsförderung vorenthält. Die Gleichbehandlung aller Versicherungszweige ist auch anhand der Gesetzesmaterialien nicht nachvollziehbar. Ohne die gebotene einschränkende Auslegung von § 7a Abs. 6 Satz 1 SGB IV würde wesentlich Ungleiches gleich behandelt, ohne dass rechtfertigende Umstände ersichtlich wären. Insoweit bleibt es daher beim allgemeinen Grundsatz, dass die auf abhängiger Beschäftigung beruhende Versicherungspflicht mit deren Aufnahme beginnt.

Im Ergebnis sind somit nur die Bescheide vom 7. Juni 2010 und 10. Februar 2011 zu ändern, da sie einen späteren Beginn der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung ablehnen.

III. Die Kostenentscheidung beruht auf § 197 a Abs. 1 Satz 1, 2. Hs. SGG i.V.m. § 154 Abs. 1, § 162 Abs. 3 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO) und entspricht dem Ergebnis des Rechtsstreites. Die außergerichtlichen Kosten des Beigeladenen sind nicht erstattungsfähig, da er keinen Antrag gestellt hat.

Die Revision ist wegen grundsätzlicher Bedeutung gem. § 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG zuzulassen.
Rechtskraft
Aus
Login
BRB
Saved
2014-09-25