

L 9 KR 204/15

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
9
1. Instanz
SG Berlin (BRB)
Aktenzeichen
S 89 KR 1104/12 WA
Datum
08.05.2015
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 9 KR 204/15
Datum
14.06.2017
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 12 KR 17/17 R
Datum
07.06.2018
Kategorie
Urteil
Leitsätze

1. Der nach [§ 7a Abs. 6 SGB IV](#) vorgesehene spätere Beginn der Versicherungspflicht betrifft nicht die Versicherungspflicht nach dem Recht der Arbeitsförderung.

2. Eine Absicherung zur Altersvorsorge i.S.v. [§ 7a Abs. 6 Satz 1 Nr. 2 SGB IV](#) liegt vor, wenn der Beschäftigte Mitglied eines berufsständischen Versorgungswerks i.S.v. [§ 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB VI](#) ist.

3. Eine Absicherung gegen das finanzielle Risiko von Krankheit i.S.v. § 7a Abs. 6 Satz 1 Nr. 2 liegt vor, wenn der Krankenversicherungsschutz den Anforderungen von [§ 193 Abs. 3 VVG](#) genügt.

Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 8. Mai 2015 geändert, soweit es die Versicherungspflicht nach dem Recht der Arbeitsförderung betrifft. Insoweit wird die Klage abgewiesen. Im Übrigen wird die Berufung zurückgewiesen. Die Kosten des Rechtsstreits tragen die Klägerin zu $\frac{1}{4}$ und die Beklagte zu $\frac{3}{4}$ mit Ausnahme der außergerichtlichen Kosten der Beigeladenen, die diese selbst tragen. Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Frage, ob die Versicherungspflicht der Beigeladenen zu 1) aufgrund ihrer Tätigkeit für die Klägerin im Hinblick auf [§ 7a Abs. 6 Sozialgesetz-buch / Viertes Buch \(SGB IV\)](#) nicht bestanden hat.

Die 1957 geborene Beigeladene zu 1) – sie ist Architektin und seit 1995 Mitglied der Bayerischen Architektenversorgung – und die Klägerin schlossen für die Zeit ab dem 1. April 2009 einen Dienstleistungsvertrag, dessen Gegenstand von der Beigeladenen zu 1) zu erbringende Koordinierungs- und Managementleistungen im Zusammenhang mit einem größeren Bauprojekt waren. Der Vertrag sah eine Vergütung von 452,- Euro netto täglich, maximal 9.500,- Euro netto monatlich, jeweils zuzüglich Umsatzsteuer, vor. Auf dieser Grundlage zahlte die Klägerin an die Beigeladene zu 1) Beträge zwischen 6.454,56 Euro (April 2009) und 11.295,48 Euro (Juli 2009).

Am 17. April 2009 beantragten beide Vertragspartner bei der Beklagten die Feststellung des sozialversicherungsrechtlichen Status der Beigeladenen zu 1) aufgrund dieser Tätigkeit. Mit Bescheid vom 3. Dezember 2009 stellte die Beklagte fest, dass die Tätigkeit der Beigeladenen zu 1) bei der Klägerin seit dem 1. April 2009 im Rahmen eines abhängigen Beschäftigungsverhältnisses ausgeübt werde und seither Versicherungspflicht dem Grunde nach bestehe.

Mit ihrem hiergegen gerichteten Widerspruch, aber auch auf einem von der Beklagten herausgegebenen Formblatt erklärte die Beigeladene zu 1), dass sie dem Beginn der Versicherungspflicht mit Bekanntgabe des Bescheides nicht zustimme. Zugleich reichte sie Unterlagen ein, die ihre Absicherung gegen das finanzielle Risiko von Krankheit und zur Altersvorsorge bestätigen sollten. Während des Widerspruchsverfahrens änderte die Beklagte den o.g. Bescheid dahin ab, dass in der von der Beigeladenen zu 1) ausgeübten Beschäftigung bei der Klägerin Versicherungspflicht in allen Zweigen der gesetzlichen Sozialversicherung seit dem 1. April 2009 bestehe (Bescheid vom 31. Mai 2010). Mit Widerspruchsbescheid vom 20. Januar 2011 wies sie den Widerspruch zurück und wies darauf hin, dass die Regelungen zum hinausgeschobenen Beginn der Versicherungspflicht in [§ 7a SGB IV](#) keine Anwendung fänden, da die Beigeladene zu 1) dem ausdrücklich nicht zugestimmt habe.

Gegen diesen Widerspruchsbescheid erhoben sowohl die Beigeladene zu 1) – vor dem Sozialgericht Frankfurt/Main (Az.: S 25 KR 123/11) – als auch die Klägerin – vor dem Sozialgericht Berlin – Klage. Das Klageverfahren vor dem Sozialgericht Frankfurt/Main, in dem die Klägerin sich auch gegen die Feststellung der Versicherungspflicht aufgrund eines Beschäftigungsverhältnisses wandte, endete spätestens im Juni 2012 durch eine Rücknahme nach [§ 102 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#). In dem bis dahin ruhenden hiesigen Klageverfahren hat die

Klägerin zum einen eine zwischen ihr und der Beigeladenen zu 1) unter dem 30. November 2009 geschlossene Vereinbarung, wonach der o.g. Dienstleistungsvertrag vom 29. April 2009 zum 30. November 2009 einvernehmlich aufgehoben werde, zum anderen mehrere Bescheinigungen der Versicherungskammer Bayern eingereicht. Die Beigeladene zu 1) hat angegeben, mit ihrer Erklärung gegen über der Beklagten vom 17. Dezember 2009 habe sie ausdrücken wollen, dass ihre Versicherungspflicht erst beginnen solle, wenn durch Bescheid feststehe, dass sie Arbeitnehmerin sei. Mit Urteil vom 8. Mai 2015 stellte das Sozialgericht unter Änderung der o.g. Bescheide der Beklagten antragsgemäß fest, dass die Beigeladene zu 1) in ihrer Tätigkeit bei der Klägerin in der Zeit vom 1. April bis 30. November 2009 aufgrund des hinausgeschobenen Beginns der Versicherungspflicht nach [§ 7a Abs. 6 SGB IV](#) nicht sozialversicherungspflichtig gewesen sei. Zur Begründung führte das Sozialgericht aus, dass die Voraussetzungen von [§ 7a Abs. 6 SGB IV](#) erfüllt seien. Zwischen den Beteiligten sei inzwischen unstrittig, dass die Beigeladene zu 1) dem späteren Beginn der Versicherungspflicht zugestimmt habe. Jedenfalls sei zwischen den Beteiligten nicht umstritten, dass die Beigeladene zu 1) für den gesamten hier relevanten Zeitraum eine Absicherung zur Altersvorsorge vorgenommen habe, die der Art nach den Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung entspreche. Im Anschluss an das - nicht rechtskräftig gewordene - Urteil des Senats vom 18. September 2013 (Az.: [L 9 KR 384/11](#)) sei davon auszugehen, dass ein ausreichender Krankenversicherungsschutz im Sinne von [§ 7a Abs. 6 Satz 1 Nr. 2 SGB V](#) auch ohne eine dem Krankengeld entsprechende Entgeltersatzleistung bestehe. Entgegen der vom Senat in diesem Urteil vertretenen Rechtsauffassung betreffe der spätere Beginn der Versicherungspflicht alle vier Versicherungszweige, insbesondere auch nach dem Recht der Arbeitsförderung.

Gegen dieses, ihr am 18. Mai 2015 zugestellte Urteil richtet sich die Berufung der Beklagten, zu deren Begründung sie vorträgt: Die Verschiebung des Beginns der Versicherungspflicht wirke für alle vier Zweige der Sozialversicherung gleichermaßen, weil der Gesetzeswortlaut insoweit nicht differenziere. Die (Art der) Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung definiere [§ 21 Abs. 1 Sozialgesetzbuch / Erstes Buch \(SGB I\)](#), wozu nach dessen Nr. 2 lit. g) zweifelsfrei auch das Krankengeld gehöre. Dass die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung im konkreten Einzelfall vom Vorliegen weiterer Voraussetzungen abhingen, somit nicht schlechthin jeder in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherte sämtliche Leistungen des Leistungsspektrums beanspruchen könne, vermöge daran nichts zu ändern. Auf die Gesetzesbegründung zu [§ 193 Abs. 3](#) Versicherungsvertragsgesetz (VVG) könne entgegen der Rechtsauffassung des Sozialgerichts für die Auslegungen von [§ 7a Abs. 6 SGB IV](#) nicht zurückgegriffen werden. Die dort formulierten Mindestanforderungen einer privaten Krankenversicherung blieben hinter dem Sicherungsniveau der GKV zurück, wie auch das BSG in seiner Entscheidung vom 20. März 2013 (Az.: [B 12 KR 14/11 R](#)) dargelegt habe.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 8. Mai 2015 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend und reicht weitere Unterlagen ein, nach denen die Beigeladene zu 1) - bei der I AG über ein Sparguthaben von 19.964,24 Euro am 1. April 2009 und 38.970,61 Euro am 30. November 2009 verfügte, - Miteigentümerin zu 1/3 von teilweise bebauten Grundstücken (Gesamtgrundstücks-fläche: 48 a, 65 m²; Wohnfläche ca. 270 m²) in N ist, - Inhaberin einer dynamischen Kapitallebensversicherung auf den Todes- und Erlebensfall einschließlich Berufsunfähigkeitsrente (Wert am 16. Dezember 2009: 31.800,- Euro) ist, - Inhaberin einer fondsgebundenen Lebensversicherung auf den Todes- und Erlebensfall (Wert im August 2009: 14.500,- Euro) ist, - bei der Bayerischen Beamtenkrankenkasse privat krankenversichert ist und die Vertragsbedingungen eine - z.T. auf 80 bzw. 90 % reduzierte - Kostenerstattung u.a. für ambulante und stationäre Heilbehandlung, Arznei-, Heil- und Hilfsmittel, Zahnbehandlung und -ersatz bei einem jährlichen Selbstbehalt von 1.200,- Euro vorsehen, - bei der Münchener Verein Krankenversicherung a.G. seit 2003 einen Versicherungsschutz genießt, welcher Krankentagegeld ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit vorsieht.

Die Beigeladenen haben sich im Berufungsverfahren nicht geäußert.

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 Versicherungs-pflicht der Beigeladenen zu 1) in der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung sowie der sozialen Pflegeversicherung in der Zeit vom 1. April bis 30. November 2009 nicht bestand. 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. Streitgegenstand ist nur noch der Beginn der Versicherungspflicht der Beigeladenen zu 1). Dass sie aufgrund ihrer Beschäftigung bei der Klägerin in der Zeit vom 1. April bis 30. November 2009 der Versicherungspflicht in den Zweigen der gesetzlichen Sozialversicherung (gesetzliche Krankenversicherung, soziale Pflegeversicherung, gesetzlichen Rentenversicherung, Recht der Arbeitsförderung) unterlag, ist hingegen nicht (mehr) Streitgegenstand. Insofern sind die angefochtenen Bescheide der Beklagten seit der (fiktiven) Klagerücknahme der Beigeladenen zu 1) ([§ 102 Abs. 2 SGG](#)) im Rechtsstreit vor dem Sozialgericht Frankfurt/Main bestandskräftig. Da die Beschäftigung der Beigeladenen zu 1) bei der Klägerin aufgrund des Aufhebungsvertrags am 30. November 2009 und somit vor dem Erlass des Bescheids vom 3. Dezember 2009 endete, ist im vorliegenden Fall die Frage nach dem Beginn der Versicherungspflicht gleichbedeutend mit dieser selbst.

II. Rechtsgrundlage für die hier allein zu entscheidende Frage nach dem Beginn der Versicherungspflicht in den Zweigen der gesetzlichen Sozialversicherung 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 Kranken- und Rentenversicherung sowie der sozialen Pflegeversicherung [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 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 17. April 2009 und somit innerhalb eines Monats nach Aufnahme der Tätigkeit der Beigeladenen zu 1) bei der Klägerin am 1. April 2009 gestellt. Die Beigeladene zu 1) hat dem späteren Beginn der Versicherungspflicht auch zugestimmt. Ihre zunächst missverständlichen Äußerungen im Zusammenhang mit der Einlegung des Widerspruchs hat sie während des Klageverfahrens klargestellt. Dies genügt, weil die Erklärung bis zum Schluss der letzten Tatsacheninstanz abgegeben werden kann (BSG, Urteil vom 24. März 2016 – [B 12 R 3/14 R](#) –, juris).

3) Die Beigeladene zu 1) hatte für den gesamten hier relevanten Zeitraum 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 Mitglieder der gesetzlichen Rentenversicherung 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, Stand 07/08, § 7a SGB IV, Rd. 46; Krauskopf/Baier Soziale Krankenversicherung Pflegeversicherung, Stand: März 2011, [§ 7a SGB IV](#), Rd. 19; Rittweger, in: BeckOK-SGB IV, Stand: 1. März 2017, § 7a, Rd. 30; Pietrek, in: jurisPK-SGB IV, 3.A. 2016, § 7a, Rd. 137; Frehse, in: Jahn, Sozialgesetzbuch für die Praxis, Std: Juli 2013, [§ 7a SGB IV](#), Rd. 21b; Lüdtke, in: Lehr- und Praxiskommentar-SGB IV, § 7a, Rd. 25; Reiserer/Freckmann, NJW 03, 180; W. 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](http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/rentenbestaende-2009.pdf?blob=publicationFile)) –, ausschlaggebend sein muss.

b) Eine ausreichende Absicherung zur Altersvorsorge besteht jedenfalls immer dann, wenn der Beschäftigte Mitglied eines berufsständischen Versorgungswerks ist (Plagemann, a.a.O.; Knospe a.a.O., Rd. 45; Pietrek a.a.O., Rd. 138; Krauskopf/Baier a.a.O.). Denn nach [§ 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB VI](#) werden Beschäftigte und selbständig Tätige für die Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit, wegen der sie aufgrund einer durch Gesetz angeordneten oder auf Gesetz beruhenden Verpflichtung Mitglied einer öffentlich-rechtlichen Versicherungseinrichtung oder Versorgungseinrichtung ihrer Berufsgruppe (berufsständische Versorgungseinrichtung) und zugleich kraft gesetzlicher Verpflichtung Mitglied einer berufsständischen Kammer sind, von der Versicherungspflicht befreit. Zu den weiteren Voraussetzungen dieser Befreiungsmöglichkeit zählt u.a., dass aufgrund der an die Einrichtung zu zahlenden Beiträge Leistungen für den Fall verminderter Erwerbsfähigkeit und des Alters sowie für Hinterbliebene erbracht und angepasst werden, wobei auch die finanzielle Lage der berufsständischen Versorgungseinrichtung zu berücksichtigen ist ([§ 6 Abs. 1 Nr. 1](#) lit. c SGB VI). Unter diesen Bedingungen geht der Gesetzgeber von der Gleichwertigkeit der Leistungen aus der berufsständischen Versorgung einerseits und der gesetzlichen Rentenversicherung andererseits aus (BSG, Urteile vom 31. Januar 2008 – [B 13 R 64/06 R](#) – und vom 22. Oktober 1998 – [B 5/4 RA 80/97 R](#) –, jeweils juris).

Die Beigeladene zu 1) bzw. die Bayerische Architektenversorgung, deren Mitglied sie ist, erfüllen diese Anforderungen. Denn diese Versorgungsanstalt nach Art. 1 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 des (bayerischen) Gesetzes über das öffentliche Versorgungswesen hat "Versorgung für ihre Mitglieder und deren Hinterbliebene in Fällen der Berufsunfähigkeit, des Alters und des Todes zu gewähren" (Art. 28 Abs. 1 Satz 1 dieses Gesetzes).

Im Rahmen von [§ 7a Abs. 6 Satz 1 Nr. 2 SGB IV](#) ist nicht zu klären, ob sämtliche Voraussetzungen für eine Befreiung nach [§ 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB VI](#) vorliegen. Die Anforderungen an die Feststellung, dass der Beschäftigte bis zum Erlass des Bescheids der Deutschen Rentenversicherung Bund über eine ausreichende Absicherung zur Altersvorsorge getroffen hat, dürfen nicht überspannt werden, weil typischerweise nur ein kürzerer, wenige Monate umfassender Zeitraum betroffen ist. Demgegenüber erstreckt sich die Befreiung von der Rentenversicherungspflicht nach [§ 6 SGB VI](#) in der Regel über einen Zeitraum von vielen Jahren. Um den mit der Feststellung nach [§ 7a Abs. 6 Satz 1 Nr. 2 SGB IV](#) verbundenen Verwaltungsaufwand in vertretbarem Umfang zu halten, genügt daher die bloße Mitgliedschaft des Beschäftigten in einer berufsständischen Altersversorgung. Insbesondere eine Bestätigung der für die berufsständische Versorgungseinrichtung zuständigen obersten Verwaltungsbehörde gemäß [§ 6 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB VI](#) ist nicht erforderlich.

c) Angesichts dessen muss der Senat nicht entscheiden, ob auch das Grundvermögen und die Lebensversicherungsverträge, die die Beigeladene zu 1) als Absicherung zur Altersvorsorge geltend gemacht hat, ausreichend wären. Zweifel bestehen insoweit bei all jenen subjektiv der Altersabsicherung zugeordneten Anlageformen, die keine monatlichen Leistungen in gleichbleibender Höhe garantieren (vgl. hierzu Knospe a.a.O., Rd. 45; Krauskopf/Baier a.a.O.; Lüdtke a.a.O.; Dankelmann, in: Eichenhofer/Wenner Sozialgesetzbuch I, IV, X, [§ 7a SGB IV](#) Rd. 51). 4) Darüber hinaus hat die Beigeladene zu 1) auch eine ausreichende Absicherung gegen das finanzielle Risiko der Krankheit vorgenommen.

a) Nach Auffassung des Senats (vgl. Urteil vom 18. September 2013 – [L 9 KR 384/11](#) –, juris) kommt es auf eine ausreichende Absicherung gegen das finanzielle Risiko von Krankheit nicht an, wenn Versicherungsfreiheit in der gesetzlichen Krankenversicherung besteht (ebenso Rittweger, a.a.O., Rd. 28; Seewald, in: Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, 93. Erg. März 2017, § 7a, Rd. 22; Knospe, a.a.O. Rd. 44; Lüdtke, a.a.O., Rd. 23; Hans, SGB 00, 399; W. 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). Dies kommt hier indes nicht zum Tragen, weil Versicherungsfreiheit wegen Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze (JAE) nicht eingetreten ist. Nach [§ 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) in der vom 1. Januar 2009 bis 31. Dezember 2010 geltenden Fassung waren versicherungsfrei Arbeiter und Angestellte, deren regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt die Jahresarbeitsentgeltgrenze nach den Absätzen 6 oder 7 übersteigt und in drei aufeinander folgenden Kalenderjahren überstiegen hat. Da die Beigeladene zu 1) jedoch nur acht Monate bei der Klägerin beschäftigt war, lässt sich unabhängig von der Höhe des dabei erzielten Arbeitsentgelts ein dreimaliges Überschreiten der JAE nicht feststellen.

b) 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.; 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; W. 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 Rechtslage spricht daher nicht für, sondern gegen die von der Beklagten vertretene Rechtsauffassung.

c) Den Anforderungen des [§ 193 Abs. 3 VVG](#) wird der für die Beigeladene zu 1) ab dem 1. April 2009 bestehende 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 der Beigeladenen zu 1) abgedeckt. Denn sie beinhalten bei einem maximalen Selbstbehalt von 1.200.- Euro jährlich 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). Wegen des hohen Grenzbetrags für mögliche Selbstbehalte sind prozentuale Erstattungsbeschränkungen – wie im Falle der Beigeladenen zu 1) – unerheblich (im Ergebnis ebenso: Pietrek a.a.O., Rd. 133; Knospe a.a.O., Rd. 44 Fn. 19).

Nicht erforderlich für eine Absicherung i.S.v. [§ 193 Abs. 3 VVG](#) ist nach dessen Wortlaut hingegen eine dem Krankengeld entsprechende Entgeltersatzleistung (B. Schmidt, NZS 00, 57; a.A.: Landessozialgericht für das Land Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 28. März 2012 – [L 8 R 108/09](#) –, SG Dresden, Urteil vom 16. Januar 2013 – [S 25 KR 225/10](#) –, jeweils juris; Knospe, a.a.O., Rd. 44; Dankelmann a.a.O., Rd. 48; Pietrek, a.a.O., Rd. 129; Lüdtke a.a.O., Rd. 24; Krauskopf/Baier a.a.O., Rd. 8; Frehse a.a.O., Rd. 21a) bzw. eine Mitversicherung von Familienangehörigen (so aber Pietrek, a.a.O., Rd. 131; wie hier: Knospe, a.a.O.; Frehse, a.a.O.; Plagemann a.a.O., Rd. 16). Auf den Umstand, dass die Beigeladene zu 1) auch Krankentagegeld ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit als Versicherungsleistung beanspruchen kann, kommt es daher nicht an.

5) Eine ausreichende Absicherung gegen das finanzielle Risiko von Krankheit durch eine private Krankenversicherung zieht einen – vom Gesetzeswortlaut nicht geforderten – ausreichenden Schutz in der sozialen Pflegeversicherung nach sich. Denn gemäß [§ 23 Abs. 1 Satz 1 SGB XI](#) sind Personen, die gegen das Risiko Krankheit bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen oder im Rahmen von Versicherungsverträgen, die der Versicherungspflicht nach [§ 193 Abs. 3](#) des Versicherungsvertragsgesetzes genügen, versichert sind, vorbehaltlich des Absatzes 2 verpflichtet, bei diesem Unternehmen zur Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit einen Versicherungsvertrag abzuschließen und aufrechtzuerhalten.

6) Dass die in [§ 7a Abs. 6 Satz 1 SGB IV](#) genannten Voraussetzungen vorliegen, führt jedoch nur in der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung sowie der sozialen Pflegeversicherung zu einem späteren Beginn der Versicherungspflicht, nicht hingegen im Recht der Arbeitsförderung nach dem Sozialgesetzbuch / Drittes Buch - SGB III - (so schon Senat, a.a.O.; ähnlich wohl Berchtold a.a.O.; a.A. B. Schmidt a.a.O.; Plagemann a.a.O., Rd. 19; Pietrek a.a.O., Rd. 139; W. Schmidt a.a.O.).

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. Die Formulierung, dass "die Versicherungspflicht" später beginne, lässt sich aber auch im Sinne von "die jeweilige Versicherungspflicht" verstehen, sodass der verschobene Versicherungsbeginn nur den Versicherungszweig betreffe, für den nach [§ 7a Abs. 6 Satz 1 Nr. 1](#) und 2 SGB IV eine anderweitige Absicherung nachzuweisen ist. Dass der Gesetzesbegründung (Entwurf eines Gesetzes zur Förderung der Selbständigkeit, [BT-Drs. 14/1855, S. 8](#)) keine Anhaltspunkte für eine Differenzierung zwischen unterschiedlichen Versicherungszweigen zu entnehmen sind, kann als Beleg für ein verhehentliches Regelungsdefizit des Gesetzgebers gedeutet werden könnte. Dem Wortlaut von [§ 7a Abs. 6 Satz 1 SGB IV](#) kann aber auch wegen der uneinheitlichen Terminologie (hierzu BSG, Urteil vom 11. März 2009 – [B 12 R 11/07 R](#) –, juris) keine maßgebliche Bedeutung zukommen: so soll die Beklagte nach [§ 7a Abs. 1](#) und 2 SGB IV über das Vorliegen einer "Beschäftigung" entscheiden, während [§ 7a Abs. 6 SGB IV](#) ihr eine Entscheidung über den ggf. späteren Eintritt der "Versicherungspflicht" abverlangt.

b) Die von der Beklagten vertretene Rechtsauffassung, bei Vorliegen der in [§ 7a Abs. 1 Satz 1 Nr. 1](#) und 2 SGB IV genannten Voraussetzungen führe unterschiedslos in allen vier Versicherungszweigen zu einem späteren Beginn der Versicherungspflicht, würde indes zu sinnwidrigen Ergebnissen führen. Nach dieser Ansicht soll z.B. 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 einem ausreichenden Krankenversicherungsschutz einerseits und dem bestimmte Versi- cherte (und ggf. auch ihre Arbeitgeber) begünstigenden späteren Beginn der Rentenversicherungspflicht andererseits nicht erkennbar, aber auch nicht begründbar ist (s.a. Landessozialgericht für das Land Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 30. November 2016 - [L 8 R 185/13 WA](#) -, juris; Revision beim BSG anhängig unter [B 12 R 2/17 R](#)).

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 Ver-fahren 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; W. Schmidt, a.a.O.) - frühzeitig um die Klärung ihres sozialversicherungsrechtlichen Status bemühen und darüber hinaus schon mit oder vor der Aufnahme der Beschäftigung Eigenvorsorge betrieben haben, welche für den Fall, dass Versicherungs-pflicht festgestellt wird, gar nicht (z.B. hinsicht-lich 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). Die Privilegierung dieser Versicherten vermeidet damit eine grundsätzlich uner-wünschte Doppelversicherung (Landessozialgericht für das Land Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 17. Dezember 2014 - [L 8 R 463/11](#) -, juris; 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 anderweiti-gen gesetzlichen Konzeptionen zum Umfang einer Mindestabsicherung gegen das Risiko der Krankheit.

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 statio-nären Behandlungen in eine auch finanziell existenzgefährdende Lage geraten wären, war unerheblich. Vor diesem Hintergrund leuchtet nicht ein, warum gleichwohl eine Ab-sicherung ge-gegen das Krankheitsrisiko auf einem bestimmten Niveau verlangt werden soll, um das - möglicherweise nur einen kurzen Zeitraum betreffende - Privileg des späteren Beginns der Ren-tenversicherungspflicht in Anspruch nehmen zu können.

bb) 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 - wie in den nicht seltenen "Honorararzt"-Fällen - zusätzlich zu einer Versicherungsfreiheit nach dem SGB V wegen Überschreitens der JAEG eine Befreiung von der Versicherungspflicht nach [§ 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB VI](#) vorliegt). In diesem Fall würden Fragen des Versicherungsniveaus in der gesetzlichen Kranken- und 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 einem Versicherungszweig, in dem die Gefahr der Doppelversicherung wegen der sehr geringen Verbreitung privater Arbeitslosigkeitsversicherungen faktisch nicht besteht, 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 SGB III](#)), vorenthalten würden (dies erkennend: B. Schmidt a.a.O.; Plagemann a.a.O. Rd. 19; Hans a.a.O.; W. Schmidt a.a.O.). Der spätere Versicherungsbeginn hätte in der Arbeitslosenversicherung (SGB III) für die betroffenen Versicherten nur Nachteile (BSG, Urteil vom 24. März 2016 - [B 12 R 12/14 R](#) -, juris).

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.

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 Rechtsstrei-tes. Die außergerichtlichen Kosten der Beigeladenen zu 1) sind nicht erstattungsfähig, da sie keinen Antrag gestellt hat.

Die Revision wird wegen grundsätzlicher Bedeutung gem. [§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG](#) zu-gelassen.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2018-08-09