_

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land Bundesrepublik Deutschland

Sozialgericht Bundessozialgericht

Sachgebiet Arbeitslosenversicherung

Abteilung 11
Kategorie Urteil
Bemerkung -

Rechtskraft Deskriptoren Leitsätze Normenkette -

1. Instanz

Aktenzeichen -

Datum 03.05.1999

2. Instanz

Aktenzeichen -

Datum 25.11.1999

3. Instanz

Datum 10.08.2000

Auf die Revision des Klägers wird das Urteil des Landessozialgerichts Niedersachsen vom 25. November 1999 aufgehoben und der Rechtsstreit zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das Landessozialgericht zurýckverwiesen.

Gründe:

Ī

Streitig ist, ob der Kläger zur Erstattung von während des Bezugs von Arbeitslosengeld (Alg) von der Beklagten aufgewendeten Beiträgen zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung verpflichtet ist.

Der Kläger bezog seit 1. August 1997 von der Beklagten Alg. Er war infolge des Leistungsbezuges bei der KKH (Kaufmännische Krankenkasse Halle) in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung pflichtversichert. AuÃ□erdem hatte er zeitlich zum Bezug von Alg ab 1. Oktober 1997 bei der Barmenia Krankenversicherung aG einen privaten Kranken- und Pflegeversicherungsvertrag abgeschlossen. Als die Beklagte von der Aufnahme einer selbständigen Tätigkeit

ab 1. Februar 1998 erfuhr, welche der Kläger dem Arbeitsamt nicht angezeigt hatte, stellte sie ab 1. April 1998 die Zahlungen ein. Ferner hob sie durch bestandskräftig gewordenen Bescheid vom 6. Oktober 1998 die Bewilligung von Alg ab 1. Februar 1998 rýckwirkend auf und forderte vom Kläger das vom 1. Februar bis 31. März 1998 gezahlte Alg zurýck.

Durch weiteren Bescheid vom 5. November 1998 forderte die Beklagte auch die von ihr für die Zeit ab 1. Februar 1998 gezahlten Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung in Höhe von 2.061,71 DM vom Kläger zurþck. Dessen dagegen gerichteten Widerspruch wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 11. Februar 1999 zurück.

Klage und Berufung blieben ohne Erfolg (Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Hildesheim vom 3. Mai 1999; Urteil des Landessozialgerichts (LSG) Niedersachsen vom 25. November 1999). Das LSG hat zur Begründung im wesentlichen ausgeführt: Der Kläger habe die von der Beklagten in der Zeit vom 1. Februar bis 31. MÃxrz 1998 gezahlten BeitrÃxge zur Kranken- und Pflegeversicherung zu erstatten, da mit der bestandskrĤftigen rļckwirkenden Aufhebung der Bewilligung von Alg ab 1. Februar 1998 und der Rückforderung des Alg die gesetzlichen Voraussetzungen der Erstattungspflicht erfļllt seien. Demgegenüber könne der Kläger nicht mit dem Einwand durchdringen, daÃ∏ die Voraussetzungen fļr eine Befreiung von der Erstattungspflicht vorlĤgen, weil für denselben Zeitraum ein "weiteres Krankenversicherungsverhältnis" bestanden habe. Darunter sei nach den erkennbar gewordenen Vorstellungen des Gesetzgebers nur eine rechtliche Beziehung mit einer gesetzlichen Krankenversicherung zu verstehen. Auch wenn der KlĤger in der streitigen Zeit bei der Barmenia Versicherung privat versichert gewesen sei und laufend BeitrĤge bezahlt habe, verbleibe es deshalb bei seiner Erstattungspflicht, da mit der Barmenia Versicherung kein gesetzliches KrankenversicherungsverhÄxltnis bestanden habe.

Mit der vom LSG zugelassenen Revision rügt der Kläger eine Verletzung des § 335 Abs 1 Satz 2 Drittes Buch Sozialgesetzbuch (SGB III) und des Art 3 Grundgesetz (GG) und macht im wesentlichen geltend, gegen die Auffassung, da̸ das Tatbestandsmerkmal "weiteres KrankenversicherungsverhĤltnis" sich lediglich auf gesetzliche KrankenversicherungsverhĤltnisse beziehe, spreche, daÄ∏ der Gesetzgeber das Tatbestandsmerkmal bewu̸t offengelassen und nicht ausdrýcklich die gesetzliche Krankenversicherung privilegiert habe. Die BeschrĤnkung auf gesetzliche KrankenversicherungsverhĤltnisse stelle auch angesichts der Liberalisierung des Rechts der Krankenkassen und angesichts des Wahlrechts der Krankenkassen eine sachlich nicht gerechtfertigte Ungleichbehandlung mit demienigen Personenkreis dar, welcher sich freiwillig bei einer gesetzlichen Krankenversicherung versichert habe, da diese LeistungsempfĤnger bei Vorliegen der weiteren Voraussetzungen von der Erstattungspflicht gegenļber der Bundesanstalt für Arbeit (BA) befreit würden. Gegen die Beschränkung auf gesetzliche Krankenversicherungsverhältnisse spreche zudem, daÃ∏ die Einfügung des § 207a SGB III zu einer Gleichbehandlung zwischen gesetzlichen und privaten

Krankenversicherungen führe. Die von der Beklagten behauptete Verankerung des Schutzes der gesetzlichen Versicherung werde im SGB III nicht mehr deutlich.

Der KlĤger beantragt,

das Urteil des Landessozialgerichts Niedersachsen vom 25. November 1999 und den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Hildesheim vom 3. Mai 1999 sowie den Bescheid der Beklagten vom 5. November 1998 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 11. Februar 1999 aufzuheben.

Die Beklagte beantragt,

die Revision zurļckzuweisen.

Die Beklagte verteidigt das angefochtene Urteil.

Ш

Die nach $\frac{\hat{A}\S}{160}$ Abs 1 Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthafte und auch im $\tilde{A}\frac{1}{4}$ brigen zul \tilde{A} xssige Revision ist insoweit begr $\tilde{A}\frac{1}{4}$ ndet, als die Sache unter Aufhebung des angefochtenen Urteils zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das LSG zur $\tilde{A}\frac{1}{4}$ ckzuverweisen ist ($\frac{\hat{A}\S}{170}$ Abs 2 Satz 2 SGG), weil noch Feststellungen zur H \tilde{A} ¶he des Erstattungsbetrags erforderlich sind.

Ob und in welchem Umfang der KlAzger der Beklagten die von ihr in der Zeit vom 1. Februar bis 31. MÃxrz 1998 gezahlten BeitrÃxge zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung zu ersetzen hat, richtet sich nach <u>§ 335 Abs 1</u> und 5 SGB III (idF des Gesetzes zur Reform der ArbeitsfĶrderung vom 24. MĤrz 1997, BGBI I 594). Diese Regelungen begründen ua für die Bezieher von Alg eine Erstattungspflicht hinsichtlich der gezahlten BeitrĤge, soweit die Entscheidung ļber die Leistung rückwirkend aufgehoben und die Leistung zurückgefordert worden ist. Nach § 5 Abs 1 Nr 2 Halbsatz 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) sind ua die Bezieher von Alg versicherungspflichtig in der gesetzlichen Krankenversicherung und ebenso in der sozialen Pflegeversicherung (§ 20 Abs 1 Satz 2 Nr 2 Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI)). Hat für den Zeitraum, für den die Leistung zurückgefordert worden ist, ein weiteres KrankenversicherungsverhÃxltnis bestanden, so erstattet die Krankenkasse, bei der der Bezieher nach § 5 Abs 1 Nr 2 SGB V versicherungspflichtig war, der BA die für diesen Zeitraum entrichteten Beiträge; der Bezieher wird insoweit von der Ersatzpflicht nach Satz 1 befreit (§ 335 Abs 1 Satz 2 SGB III). FÃ¹/₄r die Beiträge der BA zur sozialen Pflegeversicherung fÃ¹/₄r Versicherungspflichtige nach <u>§ 20 Abs 1 Satz 2 Nr 2 SGB</u> XI sind diese Vorschriften entsprechend anzuwenden (§ 335 Abs 5 SGB III).

DaÃ \Box die nach <u>§ 335 Abs 1 Satz 1</u> iVm Abs 5 SGB III erforderlichen Tatbestandsvoraussetzungen fÃ 1 4 r einen Erstattungsanspruch vorliegen, steht aufgrund der bindenden Feststellungen des LSG fest (<u>§ 163 SGG</u>) und wird auch von der Revision nicht in Zweifel gezogen. Denn der KlÃ 4 ger hat vom 1. August 1997 bis 31. MÃ 4 rz 1998 von der Beklagten Alg bezogen und war in dieser Zeit

nach den og Vorschriften versicherungspflichtig in der gesetzlichen Krankenversicherung und in der sozialen Pflegeversicherung. Fýr die Zeit vom 1. Februar bis 31. März 1998 ist durch bindend gewordenen Bescheid die Bewilligungsentscheidung der Beklagten rýckwirkend aufgehoben und das gewährte Alg vom Kläger zurýckgefordert worden. Hiernach sind die Voraussetzungen, unter denen der Kläger als Bezieher von Alg der Beklagten die von ihr gezahlten Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge zu ersetzen hat, für den streitigen Zeitraum vom 1. Februar bis 31. März 1998 erfÃ⅓llt. Ob der Erstattungsanspruch bei pflichtgemäÃ□em Handeln des Leistungsempfängers ausgeschlossen ist (vgl schon BSG SozR 3-4100 § 157 Nr 2), kann weiterhin offenbleiben, weil die rechtswidrige Leistungsgewährung darauf beruhte, daÃ□ der Kläger seiner Pflicht zur Mitteilung der Aufnahme einer selbständigen Tätigkeit nicht nachgekommen ist und die Beklagte deshalb die Aufhebung der Leistungsbewilligung auf § 48 Abs 1 Satz 2 Nr 2 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) stýtzen konnte.

Dagegen fehlt es entgegen der Ansicht des KlĤgers an den Tatbestandsvoraussetzungen fù¼r seine Befreiung von dieser Ersatzpflicht (§ 335 Abs 1 Satz 2 SGB III). Denn die Befreiung von der Ersatzpflicht kann nur eintreten, wenn fù¼r den Zeitraum, fù¼r den die Beklagte das Alg zurù¼ckgefordert hat, ein "weiteres Krankenversicherungsverhältnis" bestanden hätte. DaÃ☐ es an dieser Voraussetzung fehlt, hat das LSG zu Recht und mit im wesentlichen zutreffenden Grù¼nden entschieden. Denn die private Kranken- und Pflegeversicherung, die der Kläger ua in der maÃ☐geblichen Zeit vom 1. Februar bis 31. März 1998 bei der Barmenia Krankenversicherung a.G. unterhielt, stellt kein "weiteres Krankenversicherungsverhältnis" iS des § 335 Abs 1 Satz 2 Halbsatz 1 SGB III dar. Die Befreiung von der Ersatzpflicht setzt vielmehr eine "Doppelversicherung" des Leistungsbeziehers in der gesetzlichen Krankenversicherung â☐ und entsprechend auch in der gesetzlichen Pflegeversicherung (§ 335 Abs 5 SGB III) â☐ voraus.

Hinweise darauf, da̸ als "weiteres Krankenversicherungsverhältnis" nur ein solches mit einem TrĤger der gesetzlichen Krankenversicherung anzusehen ist, liefert zunĤchst der Gesetzeswortlaut. So hat der Gesetzgeber in <u>§ 335 Abs 1</u> Satz 3 SGB III Regelungen zum Beitragserstattungsanspruch nach Satz 2 der Vorschrift für den Fall getroffen, daà die beiden "Versicherungsverhältnisse" bei verschiedenen "Krankenkassen" bestanden haben. Der Begriff "Krankenkassen" kennzeichnet aber nach der Gesetzesterminologie nur jene rechtsfĤhigen Körperschaften des öffentlichen Rechts (<u>§ 4 Abs 1 SGB V</u>), die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung sind, nĤmlich die Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen, die Seekasse, die landwirtschaftlichen Krankenkassen, die Bundesknappschaft und die Ersatzkassen (<u>§Â§ 21 Abs 2</u> Erstes Buch Sozialgesetzbuch, 4 Abs 2 SGB V). TrÃxger der sozialen Pflegeversicherung wiederum sind die bei diesen Krankenkassen errichteten "Pflegekassen", welche ebenfalls Körperschaften des öffentlichen Rechts sind (§Â§ 21a Abs 2 SGB I, 46 Abs 1 und 2 SGB XI). Private Unternehmen, welche Versicherungsschutz gegen Krankheit und Pflegebedürftigkeit anbieten, werden demgegenüber in der Gesetzesterminologie nicht als "Krankenkassen" oder "Pflegekassen" bezeichnet, sondern als "Krankenversicherungsunternehmen", "private

Krankenversicherungsunternehmen" oder "private Versicherungsunternehmen" (vgl \hat{A} § \hat{A} § 8 Abs 1 Nr 1a SGB V, 207a, 335 Abs 1 Satz 5 SGB III, 22 Abs 1, 23 Abs 1 und 2 SGB XI).

Aus dieser unterschiedlichen Gesetzesterminologie kann entnommen werden, daà "Krankenkassen" iS des § 335 Abs 1 Satz 3 SGB III nur Träger der gesetzlichen Krankenversicherung sind. Aus dem systematischen Zusammenhang dieser Vorschrift mit dem voranstehenden Satz 2 â [] Satz 3 regelt eine Ausnahme von dem Beitragserstattungsanspruch gegen die "Krankenkasse" nach Satz 2 â [] erschlie à t sich wiederum, da à eine Beitragserstattung durch die "Krankenkasse" (und damit eine Befreiung des Leistungsbeziehers von seiner Ersatzpflicht nach Satz 1) nur bei zwei Sachverhaltsvarianten in Frage kommt, n à mlich wenn entweder das "weitere Krankenversicherungsverh à mltnis" bei derselben Krankenkasse bestanden hat, zu der auch die BA die Versicherungsbeitr Ä me w Ä mltnisse bei "verschiedenen Krankenkassen" bestanden haben. In beiden F Ä mllen ist dann aber in à bereinstimmung mit der differenzierenden Gesetzesterminologie unter einer "Krankenkasse" nur ein Tr Ä me der gesetzlichen Krankenversicherung zu verstehen und nicht etwa auch ein privates Versicherungsunternehmen.

Fù¼r dieses Verständnis der Regelungen ù¼ber einen Beitragserstattungsanspruch gegen eine Kranken- oder Pflegekasse und die von einem solchen Anspruch abhängende Befreiung des Leistungsbeziehers von seiner Ersatzpflicht spricht im ù¼brigen auch der aus der Entstehungsgeschichte herzuleitende Zweck der Vorschrift. § 335 Abs 1 Sätze 1 bis 3 SGB III entsprechen bis auf redaktionelle Ã \Box nderungen den Vorgängervorschriften in § 157 Abs 3a Sätze 1 bis 3 Arbeitsförderungsgesetz (AFG). Diese Vorschriften wiederum waren vom Gesetzgeber durch das Gesetz zur Ã \Box nderung von Förderungsvoraussetzungen im AFG und in anderen Gesetzen vom 18. Dezember 1992 (BGBI I S 2044) eingefù¼gt worden, weil die bis dahin bestehende Rechtslage als unbefriedigend empfunden wurde (vgl BT-Drucks 12/3211 S 28 zu Nr 45).

Diese Rechtslage war dadurch gekennzeichnet, da̸ während eines unrechtmäÃ∏igen Alg-Bezugs geleistete Krankenversicherungsbeiträge einerseits nicht von der Krankenkasse zurļckverlangt werden konnten, weil das KrankenversicherungsverhÄxltnis nach § 155 Abs 2 Satz 3 AFG von einer rückwirkenden Aufhebung der Alg-Bewilligung ausnahmslos unberührt blieb (vgl BSG Urteil vom 18. Mai 1983 â_{□□} 12 RK 28/82 â_{□□} USK 8390; BSGE 66, 176 ff = SozR 3-4100 § 155 Nr 1). Dies führte andererseits dazu, daÃ∏ gegenüber dem Leistungsbezieher ein Erstattungsanspruch nach § 50 SGB X schon deshalb nicht geltend gemacht werden konnte, weil die rýckwirkende Aufhebung einer Bewilligungsentscheidung der Beklagten wegen des davon unberļhrt bleibenden KrankenversicherungsverhĤltnisses den Rechtsgrund fļr die geleisteten KrankenversicherungsbeitrĤge nicht entfallen lieÄ∏ (vgl BSG SozR 3-4100 ŧ 157 Nr 1). Auch eine sonstige Grundlage fýr einen Erstattungsanspruch gegen den Leistungsbezieher gab es nicht, da das Gesetz zwar die Erstattung der die Krankenversicherungspflicht auslĶsenden Leistungen der Beklagten vorsah, nicht aber daneben auch die Erstattung der KrankenversicherungsbeitrĤge (vgl BSGE

67, 232 ff = SozR 3-4100 ŧ 155 Nr 2 (S 17 f); BGHZ 103, 255, 259). Auf einen ungeschriebenen Ķffentlich-rechtlichen oder auf einen aus zivilrechtlichen Vorschriften abgeleiteten Schadenersatzanspruch gegen den LeistungsempfĤnger konnte die BA eine Rù¼ckforderung der Krankenversicherungsbeiträge nach der Rechtsprechung ebenfalls nicht stù¼tzen (vgl BSGE 66, 176 ff = SozR 3-4100 § 155 Nr 1; BSGE 67, 232 ff = SozR 3-4100 § 155 Nr 2; BSG SozR 3-4100 § 157 Nr 1).

Das Bundessozialgericht (BSG) hatte in diesem Zusammenhang wiederholt darauf hingewiesen, da̸ für den AusschluÃ∏ eines Rückgriffs gegen den Leistungsbezieher wegen der KrankenversicherungsbeitrĤge jedenfalls dann gute Gründe sprächen, wenn der Leistungsbezieher wegen eines Nebeneinanders von unrechtmäÃ∏igem Leistungsbezug und einer versicherungspflichtigen BeschÄxftigung aufgrund beider TatbestÄxnde in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig gewesen sei. Denn in solchen FĤllen habe der Leistungsbezieher aus den Beitragsleistungen der BA regelmäÃ∏ig keinen Vorteil, sondern "bereichert" seien aufgrund der zweifachen Entrichtung von BeitrĤgen letztlich die Krankenkassen, dh eine oder beide Krankenkassen, bei denen die beiden Versicherungen durchgefļhrt worden seien (BSGE 66, 176 ff = SozR 3-4100 § 155 Nr 1; SozR 3-4100 § 157 Nr 1; vgl auch BSG Urteil vom 18. Mai 1983 â∏ 12 RK 27/82 â∏ USK 8390). Zugleich hatte das BSG darauf hingewiesen, da̸ in solchen Fällen zweifacher Beitragsentrichtung aufgrund zweier zur Beitragspflicht fÃ¹/₄hrender Tatbestände ein Ausgleich zugunsten der BA ohne weiteres durch Rýckzahlung der Beiträge von der "begünstigten" Krankenkasse erfolgen könnte, so daÃ∏ daran zu denken sei, der BA de lege lata eine solche AusgleichsmĶglichkeit zu erĶffnen (BSGE 66, 176 ff = SozR 3-4100 § 155 Nr 1; SozR 3-4100 § 157 Nr 1). Hierbei hatte das BSG auch wiederholt auf eine in dieselbe Richtung gehende Anregung des Bundesrechnungshofs in seinen Bemerkungen zur Haushalts- und WirtschaftsfA¹/₄hrung 1987 (BT-Drucks 11/872, S 43 f) verwiesen (BSGE 66, 176 ff = SozR 3-4100 § 155 Nr 1; BSGE 67, 232 ff = SozR 3-4100 § 155 Nr 2; SozR 3-4100 § 157 Nr 1).

Bei der EinfA¹/₄gung des <u>A§ 157 Abs 3a AFG</u> hat der Gesetzgeber ua diese Hinweise bzw Anregungen aufgegriffen, wie aus den Gesetzesmaterialien entnommen werden kann. Denn aus der Begründung des Regierungsentwurfs des Gesetzes zur ̸nderung von Förderungsvoraussetzungen im AFG und in anderen Gesetzen (BT-Drucks 12/3211, S 28 zu Nr 45), die ausdrÃ1/4cklich auf die Urteile des BSG vom 30. Januar 1990 (BSGE 66, 176 ff = SozR 3-4100 Å 155 Nr 1) und vom 26. September 1990 (BSGE 67, 232 ff = SozR 3-4100 § 155 Nr 2) Bezug nimmt, geht einerseits hervor, da̸ der Gesetzgeber den in <u>§ 157 Abs 3a Satz 1 AFG</u> (jetzt <u>§</u> 335 Abs 1 Satz 1 SGB III) normierten Erstattungsanspruch gegen den Leistungsbezieher deshalb eingeführt hat, weil er die bis dahin geltende Rechtslage, nämlich das Fehlen einer Anspruchsgrundlage fýr die Rýckforderung von Krankenversicherungsbeiträgen vom Leistungsbezieher, als unbefriedigend empfand. Andererseits zeigt die Begründung der Ausnahmeregelung in <u>§ 157 Abs 3a Satz 2 AFG</u> (jetzt <u>§ 335 Abs 1 Satz 2 SGB III</u>), wonach der LeistungsempfĤnger dann von seiner Erstattungspflicht entlastet werden soll, wenn aufgrund eines weiteren KrankenversicherungsverhÄxltnisses die Beiträge "doppelt" entrichtet wurden, daà der Gesetzgeber sich auch die à berlegung des BSG zu eigen gemacht hat, daà ein Rýckgriff auf den Leistungsempfänger dann nicht sachgerecht scheint, wenn er wegen zweier zur Beitragspflicht führender Tatbestände aus der "Doppelversicherung" letztlich keinen Vorteil hatte.

Das aber bestĤtigt, zusĤtzlich zur Gesetzesterminologie und zum systematischen Zusammenhang der Regelungen in <u>§ 335 Abs 1 Satz 1 bis 3 SGB III</u>, daÃ∏ unter einem "weiteren KrankenversicherungsverhÄxltnis" nur ein solches mit einer Krankenkasse, die zu den TrAxgern der gesetzlichen Krankenversicherung gehA¶rt, zu verstehen ist. Zwar mag es sein, da̸ der Leistungsempfänger auch dann von den Beitragszahlungen der Beklagten an eine Krankenkasse letztlich keinen "Vorteil" hat, wenn er â∏ wie der Kläger â∏ fþr denselben Zeitraum aufgrund von ihm selbst entrichteter BeitrĤge auch bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen Versicherungsschutz genieà \textstyll. Dennoch treffen die Gründe für die in § 335 Abs 1 Satz 2 SGB III getroffene Ausnahmeregelung nicht zu, weil der LeistungsempfĤnger, der zusĤtzlich einen privaten Krankenversicherungsvertrag abgeschlossen, der "doppelten Versicherung" ohne weiteres hAxtte ausweichen kA¶nnen. Auf den KlAxger trifft deshalb der mit der Vorschrift verfolgte Zweck nicht zu, denjenigen von der Erstattung zu entlasten, dessen Beitragspflicht auf dem Eingreifen von zwei VersicherungspflichttatbestĤnden beruht. Denn die Versicherungspflicht tritt bei Vorliegen ihrer gesetzlichen Voraussetzungen kraft Gesetzes ein. Eine Dispositionsbefugnis steht dem LeistungsempfÄxnger insoweit nicht zu.

Ist danach unter einem "weiteren KrankenversicherungsverhĤltnis" iS des § 335 Abs 1 Satz 1 SGB III, welches zur Befreiung des LeistungsempfĤngers von seiner Erstattungspflicht führen kann, nur eine Pflichtversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung zu verstehen, so läÃ∏t sich dem auch nicht entgegenhalten, da̸ die Versicherungspflicht von Alg-Beziehern in der gesetzlichen Krankenversicherung heute nicht mehr ausnahmslos gilt. Allerdings hat der Gesetzgeber durch § 207a SGB III, eingefügt mit Wirkung ab 1. April 1998 durch das Erste Gesetz zur Änderung des Dritten Buchs Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze ((1. SGB III-̸ndG) vom 16. Dezember 1997, BGBI I S 2970), die Möglichkeit der Ã∏bernahme der Beiträge für eine Versicherung gegen Krankheit oder Pflegebedürftigkeit bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen anstelle der gesetzlichen Pflichtversicherung wĤhrend des Bezugs von Leistungen wegen Arbeitslosigkeit erĶffnet. Aus dieser Neuregelung läÃ∏t sich jedoch â∏ abgesehen davon, daÃ∏ sie ohnehin erst nach Ablauf des hier streitigen Erstattungszeitraums (1. Februar bis 31. MÃxrz 1998) in Kraft getreten ist â∏ nichts für die vom Kläger erstrebte erstattungsrechtliche Gleichstellung einer Versicherung bei einem privaten Unternehmen mit einer weiteren Versicherung in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung herleiten.

Beweggrund fÃ $\frac{1}{4}$ r die Neuregelung war, daÃ \boxed die Pflichtversicherung zu finanziellen Nachteilen fÃ $\frac{1}{4}$ r vor dem Leistungsbezug privat kranken- und pflegeversicherter Arbeitnehmer fÃ $\frac{1}{4}$ hren kann, wenn sie fÃ $\frac{1}{4}$ r die Zeit der Arbeitslosigkeit ihre private

Versicherung mit Rýcksicht auf eine spÃxtere Arbeitsaufnahme ruhend stellen und nicht vĶllig aufgeben wollen (Begründung des Gesetzesentwurfs der Bundesregierung zum 1. SGB III-̸ndG, <u>BT-Drucks 13/8653, S 19</u>; ebenso die Begrýndung des Gesetzesentwurfs der Fraktion der CDU/CSU und der FDP, BT-Drucks 13/8012, S 18). Die ̸bernahme der Beiträge zu einer privaten Krankenversicherung durch die BA ist dementsprechend nach § 207a Abs 1 Nr 1 SGB III nur zulĤssig, wenn der Leistungsbezieher nach § 8 Abs 1 Nr 1a SGB V (ebenfalls mit Wirkung ab 1. April 1998 durch das 1. SGB III-̸ndG eingefügt) von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung befreit ist. Diese Befreiung wiederum ist nach der zuletzt genannten Vorschrift nur zu gewÄxhren, wenn der durch den Bezug von Leistungen der BA versicherungspflichtig gewordene Arbeitslose bereits in den letzten fünf Jahren vor dem Leistungsbezug nicht mehr gesetzlich krankenversichert war. Durch diese Tatbestandsvoraussetzung, die auf Initiative des Ausschusses fýr Arbeit und Sozialordnung in den § 8 Abs 1 Nr 1a SGB V aufgenommen wurde, sollte verhindert werden, da̸ auch Arbeitslose von der BefreiungsmĶglichkeit Gebrauch machen kĶnnen, die lĤngere Zeit versicherungspflichtig beschägtigt waren, weil in solchen Fägllen eine Befreiung von der Versicherungspflicht als sachlich nicht gerechtfertigt angesehen wurde (vgl Beschlussempfehlung und Bericht des 11. Ausschusses, BT-Drucks 13/8994, S 33 (Art 3 Nr 1) und S 68 zu Art 3, Nr 1).

Die Neuregelung bedeutet danach keine Abkehr vom Prinzip der gesetzlichen Pflichtversicherung, sondern erfaÄ\t nur denjenigen Teil der Leistungsbezieher, der dadurch gekennzeichnet ist, daÄ\to er schon seit l\tilde{A}\tilde{m}ngerer Zeit nicht zum Kreis der Pflichtversicherten geh\tilde{A}\tilde{n}rt, was bei Arbeitnehmern insbesondere bei langj\tilde{A}\tilde{m}hriger \tilde{A}\tilde{b}erschreitung der f\tilde{A}\tilde{\chi}ar die Versicherungsfreiheit ma\tilde{A}\tilde{g}ebenden Jahresarbeitsentgeltgrenze (\tilde{A}\tilde{s} 6 Abs 1 Nr 1 SGB V) in Betracht kommt. Die Regelung modifiziert damit die Versicherungspflicht w\tilde{A}\tilde{m}hrend des Leistungsbezuges. Es ist nicht ersichtlich, inwiefern die Neuregelung R\tilde{A}\tilde{\chi}ackschl\tilde{A}\tilde{\chi}see auf erforderliche Ausnahmen von der Ersatzpflicht erlauben k\tilde{A}\tilde{n}nnte. Sie gibt deshalb keinen Anla\tilde{A}\tilde{\chi} zu einer von dem oben Gesagten abweichenden Auslegung des Begriffs des "weiteren Krankenversicherungsverh\tilde{A}\tilde{n}ltnisses" iS von \tilde{A}\tilde{\chi} 335 Abs 1 Satz 2 SGB III.

Eine andere Auslegung der Erstattungsregelung ist schlieà lich auch nicht unter verfassungsrechtlichen Gesichtspunkten geboten. Insbesondere verstöà t die Beschrà nkung der Befreiung von Beziehern unrechtmà n liger Leistungen von ihrer Erstattungspflicht auf die Fà le eines Nebeneinanders mehrerer Versicherungsverhà ltnisse in der gesetzlichen Krankenversicherung und Pflegeversicherung nicht gegen den in Art 3 Abs 1 GG verankerten allgemeinen Gleichheitssatz.

Das hier zu beurteilende Nebeneinander einer Krankenversicherung bei einem privaten Unternehmen und bei einer zur gesetzlichen Krankenversicherung gehĶrenden Krankenkasse einerseits und das Nebeneinander zweier VersicherungsverhĤltnisse in der gesetzlichen Krankenversicherung andererseits unterscheiden sich nĤmlich â□□ wie bereits dargelegt â□□ sachlich dadurch, daÄ□ eine Inanspruchnahme wegen des Eingreifens zweier

VersicherungspflichttatbestĤnde deshalb als unbillig erscheint, weil der Leistungsbezieher die gesetzlichen Rechtsfolgen nicht abzuwenden vermag. Hingegen beruht die Begründung eines privaten KrankenversicherungsverhĤltnisses unmittelbar auf einer WillensentschlieÃ□ung des Leistungsempfängers. Es sind bei einer derartigen Situation keine durchgreifenden GrÃ⅓nde dafür vorhanden, den Leistungsempfänger von seiner Ersatzpflicht gerade bezogen auf die gesetzliche Versicherung zu entlasten, so daÃ□ die gesetzliche Differenzierung den Unterschieden der zugrundeliegenden Sachverhalte Rechnung trägt.

Soweit der Kläger eine sachlich nicht gerechtfertigte Ungleichbehandlung der bei einem privaten Unternehmen Versicherten gegenýber den freiwilligen Mitgliedern einer gesetzlichen Krankenkasse beanstandet, ýbersieht er, daÃ \Box die durch Beitritt begrýndete freiwillige Mitgliedschaft (§ 9 SGB V) kraft Gesetzes ua mit dem Beginn einer Pflichtmitgliedschaft endet (§ 191 Nr 2 SGB V). Das bewirkt, daÃ \Box es von vornherein nicht zu einer "Doppelversicherung" kommen kann, wenn ein freiwilliges Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse durch Leistungsbezug von der Beklagten versicherungspflichtig wird (§ 5 Abs 1 Nr 2, 1. Halbsatz SGB V) und bis zum Ende des Leistungsbezugs â \Box selbst wenn er unrechtmäÃ \Box is tâ \Box bleibt (§Â§ 5 Abs 1 Nr 2, 2. Halbsatz, 190 Abs 12 SGB V). Somit kommt eine freiwillige Mitgliedschaft nicht als "weiteres Krankenversicherungsverhältnis" während des Leistungsbezugs iS des § 335 Abs 1 Satz 2 SGB III in Betracht, und die Annahme des Klägers, freiwillige Mitglieder einer gesetzlichen Krankenkasse kämen â \Box im Unterschied zu privat Versicherten â \Box in den GenuÃ \Box des Befreiungstatbestands, erweist sich als falsch.

Nach alledem hat das LSG den KlĤger zu Recht als verpflichtet angesehen, der Beklagten die von ihr im streitigen Zeitraum gezahlten BeitrĤge zu ersetzen. Ob die Ersatzpflicht allerdings auch in der von der Beklagten geltend gemachten HĶhe von 2.061,71 DM besteht, lĤÄ□t sich noch nicht abschlieÄ□end beurteilen, weil das LSG dazu keine Feststellungen getroffen hat. Zu ersetzen sind die BeitrĤge in der von der Beklagten rechtmĤÄ□ig gezahlten HĶhe (Urteil vom 5. Februar 1998, SozR 3-4100 ŧ 157 Nr 2). Fļr die zutreffende BeitragshĶhe kommt es insbesondere auf die zugrunde zu legenden beitragspflichtigen Einnahmen (vgl ŧŧ 232a Abs 1 SGB V, 57 Abs 1 SGB XI) sowie auf den jeweiligen Beitragssatz an, so daÄ□ es für die Prüfung der RechtmäÃ□igkeit des Erstattungsbetrags entsprechender Feststellungen bedarf (BSG, aaO). Da solche hier bisher noch nicht getroffen wurden, wird sie das LSG nachzuholen haben.

Deshalb fÃ $\frac{1}{4}$ hrt die Revision zur Aufhebung des angefochtenen Urteils und zur ZurÃ $\frac{1}{4}$ ckverweisung an das LSG, das im Rahmen der erneuten Entscheidung auch Ã $\frac{1}{4}$ ber die Frage der Erstattung von Kosten des Revisionsverfahrens zu befinden haben wird.

Erstellt am: 20.08.2003

uletzt verändert am: 20.12.2024