

Bundessozialgericht
- 12 RK 28/77 -

Verkündet am
14. September 1978

.....
Amtsinspektor
als UrkBeamter
der GeschStelle

I m N a m e n d e s V o l k e s

U r t e i l

in dem Rechtsstreit

.....
Klägerin und Revisionsbeklagte,

g e g e n

.....
Beklagte und Revisionsklägerin,
Prozeßbevollmächtigte:

Der 12. Senat des Bundessozialgerichts hat auf die
mündliche Verhandlung vom 14. September 1978
für Recht erkannt:

Die Revision der Beklagten gegen das Urteil
des Sozialgerichts Köln vom 28. Februar 1977
wird zurückgewiesen.

Die Beteiligten haben einander keine Kosten zu
erstatten.

- 2 -



- 2 -

G r ü n d e :

I

Die Beteiligten streiten darüber, ob die Klägerin verpflichtet ist, für einen Unfallverletzten, dem sie anlässlich medizinischer Rehabilitation Übergangsgeld gewährte, Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung nach § 381 Abs 3a Nr. 2 der Reichsversicherungsordnung (RVO) zu tragen, obwohl der Rehabilitand während dieser Zeit als Rentner versicherungspflichtiges Mitglied in der Krankenversicherung der Rentner (KVdR) war.

Der bei der Klägerin gegen Unfall und bei der Beklagten wegen Rentenbezugs nach § 165 Abs 1 Nr 3 RVO für den Fall der Krankheit versicherte selbständige Unternehmer

I. I. (L.) erlitt am 9. Februar 1975 einen Arbeitsunfall und war deswegen bis zum 10. Juni 1975 arbeitsunfähig. Während dieser Zeit gewährte ihm die Klägerin medizinische Rehabilitationsleistungen und Übergangsgeld, das auf ihre Veranlassung ab 11. April 1975 von der Beklagten ausgezahlt wurde. Mit Beitragsrechnung vom 7. August 1975 forderte die Beklagte von der Klägerin gleichzeitig mit zwei anderen Rehabilitanden für L. Beiträge zur Krankenversicherung für die Zeit vom 24. März 1975 (Beginn der 7. Woche des Bezuges von Übergangsgeld) bis zum 10. Juni 1975 in Höhe von 377,83 DM. Diesen Betrag zahlte die Klägerin zunächst, forderte ihn jedoch mit Schreiben vom 3. September 1975 von der Beklagten mit der Begründung zurück, daß L. zur Zeit des Unfalles nicht in einem krankenversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis gestanden habe. Dies lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 17. November 1975 ab. Zur Begründung führte sie aus, der Wortlaut des § 381 Abs 3a Nr 2 RVO sei insoweit eindeutig als für "alle übrigen Versicherten" dh mit Ausnahme der nach § 165 Abs 1 Nr 4 RVO Versicherungs-



JLaw – Gesetze und Urteile
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
[\(mobile App\)](#)



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

- 3 -

pflichtigen, ab 7. Woche des Übergangsgeldbezuges Krankenversicherungsbeiträge zu zahlen seien. Aus dieser Wortfassung müsse geschlossen werden, daß der Gesetzgeber bei dem pflichtversicherten Rentner bewußt eine Beitragszahlung sowohl durch den Träger der Rentenversicherung als auch den Rehabilitations-träger gewollt habe. Die Klägerin hat die Beitragsrechnung vom 7. August 1975 und den mit einer Klagebelehrung versehenen Bescheid vom 17. November 1975 mit der Klage angefochten. Das Sozialgericht (SG) Köln hat den Bescheid vom 17. November 1975 aufgehoben und die Beklagte verurteilt, 377,83 DM an die Klägerin zu zahlen (Urteil vom 28. Februar 1977). Das SG hat die Auffassung vertreten, die Rechtsbeziehungen der Beteiligten als gleichgeordnete Körperschaften des öffentlichen Rechts hätten nicht durch Verwaltungsakt seitens der Beklagten gegenüber der Klägerin geregelt werden können, so daß eine reine Leistungsklage nach § 54 Abs 5 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) in Frage gekommen wäre. Gleichwohl hat es das Anfechtungsbegehren der Klägerin für zulässig gehalten, da die Beklagte am 17. November 1975 einen Verwaltungsakt mit Rechtsbehelfsbelehrung gesetzt habe. Die Beitragsrechnung vom 7. August 1975 hat das SG nicht als Verwaltungsakt angesehen und deshalb insoweit die Klage abgewiesen. In der Sache hat das SG ausgeführt: Durch die Neufassung des § 311 Satz 1 Nr. 3 RVO habe der Gesetzgeber insbesondere die Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger für den Fall aufrecht erhalten wollen, daß kein Anspruch auf Krankengeld (mehr) bestehe, jedoch von einem Rehabilitationsträger im Rahmen medizinischer Rehabilitation Übergangsgeld bezogen werde. Dies stelle eine Vervollständigung des Versicherungsschutzes dar, deren es für die Versicherten nicht bedurft habe, die gemäß § 165 Abs 1 Nr 3 RVO bereits den Versicherungsschutz in der KVdR hatten. Der Wortlaut des § 311 RVO lasse die "Aufrechterhaltung" einer Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger nicht zu, die auch ohne diese Vorschrift gar nicht "beendet" wäre, weil sie, wie beim Rentner, bis zum Entzug der Rente ohnehin fortbestehe.

Hinweis: Auch Teile der Urteilsammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

- 4 -



JLaw – Gesetze und Urteile
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
[\(mobile App\)](#)



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

Die Beklagte hat die vom SG im Urteil zugelassene Sprungrevision unter Vorlage einer schriftlichen Zustimmungserklärung der Klägerin eingelegt. Sie rügt eine Verletzung der §§ 381 Abs 3a Nr 2 und 165 Abs 6 RVO. Der Wortlaut des § 381 Abs 3a Nr 2 RVO zeige eindeutig, daß Versicherte nach § 165 Abs 1 Nr 3 RVO zu den "übrigen Versicherten" gehörten. Auch Sinn und Zweck der Vorschrift, die im Zusammenhang mit § 311 Satz 1 Nr 3 RVO zu sehen sei, verböten es nicht, versicherungspflichtige Rentner für die Dauer einer medizinischen Rehabilitation und des Bezuges von Übergangsgeld einem zusätzlichen Krankenversicherungsschutz zu unterwerfen. Der Schutzzweck dieser Vorschriften, den Krankenversicherungsschutz während einer Rehabilitationsmaßnahme umfassend sicherzustellen, gehe hierdurch nicht ins Leere, denn der Schutz nach § 165 Abs 1 Nr 3 RVO könne während der Dauer der medizinischen Rehabilitation, etwa durch Wegfall oder Entzug der Rente, erlöschen. Dem wirke § 311 Satz 1 Nr 3 RVO entgegen. Wenn aber zur Sicherstellung eines umfassenden Krankenversicherungsschutzes für die Dauer einer medizinischen Rehabilitation die Einbeziehung der versicherungspflichtigen Rentner erforderlich sei, so sei damit auch eine Entscheidung über die Beitragspflicht des Rehabilitationsträgers getroffen. Diese Beitragspflicht habe der Gesetzgeber nicht davon abhängig gemacht, daß die Mitgliedschaft aufgrund der Versicherung in der KVdR auch tatsächlich erlösche. Er habe sich in der Frage der Beitragsentrichtung für Übergangsgeldbezieher aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung zu einer alle Versichertengruppen (mit Ausnahme der Versicherten nach § 165 Abs 1 Nr 4 RVO) betreffenden generalisierenden Lösung entschlossen. Das SG habe verkannt, daß die vorliegende Fallgestaltung nicht zu den Regelfällen gehöre, auf die § 381 Abs 3a Nr 2 RVO abziele. Ein Rentner erwerbe einen Anspruch auf Übergangsgeld regelmäßig aufgrund einer Tätigkeit in einem Arbeitsverhältnis. Diese Tätigkeit löse in der Regel - die gegenüber § 165 Abs 1 Nr 3 RVO vorrangige - Versicherungspflicht nach § 165 Abs 1 Nr. 1 oder 2 RVO aus. - Der Gesetzgeber habe daher bei der Schaffung des § 381 Abs 3a Nr 2 RVO davon ausgehen können,



daß eine Beitragspflicht mehrerer Sozialleistungsträger nebeneinander regelmäßig nicht in Betracht komme. Hierauf deute auch hin, daß die Vorschrift auf den tatsächlichen Bezug des Übergangsgeldes abstelle und also auch insoweit einen klaren Anknüpfungspunkt enthalte. Daß den Krankenkassen "doppelte" Beiträge zufließen, habe der Gesetzgeber hingenommen. Dies sei nichts Ungewöhnliches. So schließe auch eine Krankenversicherung aufgrund einer versicherungspflichtigen Beschäftigung das Bestehen einer Krankenversicherung als Arbeitsloser nicht aus. Selbst wenn aber die Anwendung des § 381 Abs 3a Nr 2 RVO nicht zu einer "doppelten" Krankenversicherung führen dürfe, müsse jedenfalls die durch die Beitragsentrichtung nach dieser Vorschrift ausgelöste Versicherung Vorrang vor der KVdR haben, weil sie als anderweitige Versicherung iS von § 165 Abs 6 Satz 1 RVO anzusehen sei.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des SG im Umfang ihrer Verurteilung aufzuheben und die Klage in vollem Umfang abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Revision zurückzuweisen.

II

Die Revision der Beklagten ist unbegründet. Sie ist zurückzuweisen.

Das SG hat zutreffend entschieden, daß die Klägerin nicht verpflichtet war, Beiträge nach § 381 Abs 3a Nr 2 RVO für den Rehabilitanden L. an die Beklagte zu entrichten. Die Beklagte ist deshalb zu Recht unter Aufhebung ihres Bescheides vom 17. November 1975 verurteilt worden, den ohne Rechtsgrund geleisteten Betrag von 377,83 DM an die Klägerin zurückzuzahlen



(vgl. Urteil des erkennenden Senats vom 2. Februar 1978 - 12 RK 29/77 - USK 7807).

Allerdings ist das SG zu Unrecht davon ausgegangen, daß die Beklagte nicht berechtigt gewesen sei, über die Beitragspflicht der Klägerin durch Verwaltungsakt zu befinden, weil sich die Beteiligten als gleichgeordnete Körperschaften des öffentlichen Rechts gegenübergestanden hätten. Wie der erkennende Senat bereits entschieden hat, ist der Krankenversicherungsträger befugt, gegenüber dem Unfallversicherungsträger als Rehabilitationsträger Beiträge zur Krankenversicherung des Rehabilitanden nach § 381 Abs 3a Nr 2 RVO durch Verwaltungsakt festzusetzen und von diesem anzufordern. Insoweit ist der Krankenversicherungsträger dem Träger der Unfallversicherung als Rehabilitationsträger "übergeordnet" (Urteile vom 2. Februar 1978 - 12 RK 17/76 und 12 RK 59/76 - USK 7806 und 7811).

Im Ergebnis hat das SG aber die Anfechtungsklage für zulässig gehalten und den Bescheid vom 17. November 1975 zu Recht aufgehoben, weil die Klägerin nicht verpflichtet ist, Beiträge gem. § 381 Abs 3a Nr 2 RVO zu leisten. Es fehlt bei dem Rehabilitanden eine durch die medizinische Rehabilitationsmaßnahme begründete oder aufrechterhaltene Mitgliedschaft in der Krankenversicherung, als deren Konsequenz die Beitragspflicht des Rehabilitationsträgers aufzufassen ist. Die durch das Gesetz über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation (RehaAnglG) vom 7. August 1974 (BGBl I, 1881) eingeführte Pflicht der Rehabilitationsträger zur Tragung der Sozialversicherungsbeiträge und Beiträge zur Arbeitslosenversicherung für die Rehabilitanden als ergänzende Leistung zur Rehabilitation (§ 12 Nr 2 RehaAnglG) hat den Zweck, die Rehabilitanden während der Rehabilitationsmaßnahmen so zu stellen, wie sie ohne die Behinderung durch Krankheit stehen würden, dh als wenn sie fähig wären, die Versicherungsbeiträge aus eigener Arbeitsleistung sicherzustellen. Die Versicherung auf Kosten der Rehabilitationsträger ist im Rahmen der Reha-



bilitation ein Äquivalent für den durch die Behinderung bedingten Verlust der Fähigkeit, sich aus den Erträgnissen einer Erwerbstätigkeit selbst ausreichend gegen die von den gesetzlichen Versicherungen abgedeckten Risiken zu versichern (Urteil des erkennenden Senats vom 30. November 1977 - 12 RK 28/76 - SozR 2200 § 1227 Nr 7 = USK 77186). Dies entspricht dem Anliegen des RehaAnglG, eine weitestgehende Sicherung des Behinderten zu gewährleisten (vgl. BT-Drucksache 7/1237 S. 58). Bei der Neuregelung des Sozialversicherungsrechts der Rehabilitanden hat der Gesetzgeber den in der Sozialversicherung bestehenden Grundsatz, wonach die Beitragspflicht der Versicherungspflicht (Mitgliedschaft) folgt, ersichtlich beibehalten. Das wird bei der Regelung in der Rentenversicherung besonders deutlich. Hier begründet nämlich jede Rehabilitationsmaßnahme bei Vorliegen der übrigen - zeitlichen - Voraussetzungen zunächst die Versicherungspflicht der Rehabilitanden (§ 1277 Abs 1 Satz 1 Nr 8a RVO, = § 2 Abs 1 Nr 10a des Angestelltenversicherungsgesetzes -AVG-) und hieraus folgend die Beitragspflicht des Rehabilitationsträgers nach § 1385 Abs 4 Buchst g RVO (= § 112 Abs 4 Buchst h AVG). Während in der Rentenversicherung mit der Beendigung oder Unterbrechung des Beschäftigungsverhältnisses ausnahmslos auch die hierauf beruhende Versicherungspflicht endet oder unterbrochen wird, ist diese Akzessorietät in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht grundsätzlich gegeben. Hier blieb vielmehr schon nach der vor dem RehaAnglG bestehenden gesetzlichen Regelung die Mitgliedschaft arbeitsunfähiger Versicherter erhalten, solange die Kasse ihnen Leistungen zu gewähren hatte (§ 311 Satz 1 RVO in der bis 30. September 1974 geltenden Fassung). An dieses Institut der fortgesetzten Mitgliedschaft in der Krankenversicherung konnte der Gesetzgeber anknüpfen und so ist es erklärlich, daß die durch das RehaAnglG eingeführten Vorschriften über die Krankenversicherung der Rehabilitanden die Begründung einer originären Versicherungspflicht nur bei Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation (§ 165 Abs 1 Nr 4 RVO), nicht dagegen bei Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation vorsehen. Für letztere bedurfte es lediglich einer Erweiterung des Instituts der fortgesetzten Mitgliedschaft

Hinweis: Auch Teile der Urteilsammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.



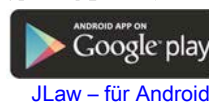
durch die Neufassung des § 311 RVO. Nach Satz 1 Nr 3 dieser Vorschrift bleibt die Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger erhalten, solange sie von einem Rehabilitationsträger Übergangsgeld beziehen und keine berufsfördernden Maßnahmen zur Rehabilitation gewährt werden.

Die Vorschrift des § 381 Abs 3a RVO, durch die die Beitragspflicht der Rehabilitationsträger begründet wurde, kann nur unter Beachtung des Grundsatzes, daß Beitragspflicht die Versicherungspflicht (Mitgliedschaft) voraussetzt, betrachtet werden. Dies versteht sich für § 381 Abs 3a Nr 1 RVO als Folge der in § 165 Abs 1 Nr 4 RVO normierten Versicherungspflicht der beruflichen Rehabilitanden von selbst. Aber auch für die Beitragspflicht nach § 381 Abs 3a Nr 2 RVO ergibt sich aus der Sache selbst die Akzessorietät mit der als Folge der medizinischen Rehabilitation aufrecht erhaltenen Mitgliedschaft nach § 311 Satz 1 Nr 3 RVO. Die Beitragszahlung durch den Rehabilitationsträger soll den Krankenversicherungsschutz weiter gewährleisten, der vorher durch die eigene Beitragsleistung des Versicherten gewährleistet war, durch den die medizinische Rehabilitation auslösenden, in der Regel mit dem Verlust des Erwerbseinkommens verbundenen Zustand aber in Frage gestellt wäre. Für eine solche Akzessorietät bleibt bei diesem Gesetzeszweck aber kein Raum, wenn dem Rehabilitanden ein Krankenversicherungsschutz zur Verfügung steht, der durch die medizinische Rehabilitationsmaßnahme überhaupt nicht in seiner Grundlage und in seinem Bestand beeinträchtigt wird und deshalb auch gar nicht der Erhaltung während der Maßnahme bedarf. Eine solche vorgegebene und von der medizinischen Rehabilitation unberührte Krankenversicherung ist aber die nach § 165 Abs 1 Nr 3 RVO begründete Pflichtversicherung der Rentner, deren Beiträge nach § 381 Abs 2 RVO die Träger der Rentenversicherung zu leisten haben und die ebenfalls von der Gewährung medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen unabhängig sind.

Der Wortlaut des § 381 Abs 3a Nr 2 RVO steht dem nicht entgegen. Soweit in dieser Vorschrift von den "übrigen Ver-



JLaw – Gesetze und Urteile
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
[\(mobile App\)](#)



sicherten, die Übergangsgeld beziehen", die Rede ist, kann aus dieser Wortfassung nicht geschlossen werden, daß hiermit alle in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten mit Ausnahme der in Nr 1 genannten, also auch die krankenversicherten Rentner, gemeint seien. Eine am bloßen Wortlaut haftende Auslegung wird dem Sinn und Zweck der Vorschrift nicht gerecht und kann daher nicht maßgeblich sein. Der Zweck der Vorschrift besteht aber darin, den Krankenversicherungsschutz der Rehabilitanden umfassend sicherzustellen, soweit dieser bisher nicht oder nur unzureichend sichergestellt war. Dies trifft aber für den Personenkreis der Rentner nicht zu, die schon bisher den vollen und von ihrer wirtschaftlichen Situation unbeeinflussten Krankenversicherungsschutz nach § 165 Abs 1 Nr 3 RVO hatten. Für diesen Personenkreis hat der Gesetzgeber lediglich für den Fall der beruflichen Rehabilitation einen eigenständigen und der KVdR vorgehenden Krankenversicherungsschutz geschaffen (§ 165 Abs 1 Nr 4 iVm Abs 6 Satz 1 RVO).

Es läßt sich nicht entgegenhalten, eine Doppelversicherung sei dem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung nicht grundsätzlich fremd. Ob dies zutrifft, mag dahinstehen. Aus der von der Beklagten ausgeführten Rechtsprechung des BSG zur Krankenversicherung der Arbeitslosen läßt sich ein solcher allgemeiner Grundsatz nicht entnehmen. Jedenfalls ergibt sich für die Vorschrift des § 381 Abs 3a Nr 2 RVO weder aus dem Zweckgedanken des Gesetzes noch aus gesetzessystematischen Gründen ein hinreichender Anhalt dafür, daß der Gesetzgeber hier eine Doppelversicherung gewollt oder in Kauf genommen hat, zumal er für die Krankenversicherung der beruflichen Rehabilitanden eine ausdrückliche, die Doppelversicherung ausschließende Regelung getroffen hat. Der von der Beklagten angeführte Gesichtspunkt der Verwaltungsvereinfachung kann nicht durchgreifen. Abgesehen davon, daß nicht klar ersichtlich ist, was mit diesem in der Begründung der Gesetzesvorlage der Bundesregierung (BT-Drucksache 7/1237 S 66) im Zusammenhang mit dem in § 381 Abs. 3a Nr 2 RVO genannten Beginn des Übergangsgeldbezuges verwendeten Begriff gemeint war, läßt er sich nicht über



diesen engen Zusammenhang hinaus zum tragenden Prinzip des RehaAnglG erheben, um auf diese Weise den Krankenversicherungsträger von der Pflicht zu entheben, anderweitige, die Beitragspflicht nach § 381 Abs 3 a Nr 2 RVO ausschließende Krankenversicherungsverhältnisse festzustellen.

Schließlich ist auch das Argument der Beklagten, die Rente könne während der medizinischen Rehabilitationsmaßnahme wegfallen und zur Beendigung der Mitgliedschaft des nach § 165 Abs 1 Nr 3 RVO Versicherten führen (§ 312 Abs 2 RVO), nicht stichhaltig. In einem solchen Falle würden dann nämlich die Voraussetzungen gegeben sein, unter denen die Mitgliedschaft nach § 311 Satz 1 Nr 3 RVO erhalten bleibt und der Rehabilitationsträger gem. § 381 Abs 3a Nr 2 RVO verpflichtet wäre, die Krankenversicherungsbeiträge zu zahlen.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 Abs 4 SGG.

