

BUNDESSOZIALGERICHT



Im Namen des Volkes

Urteil

in dem Rechtsstreit

Az: 4 RA 19/91

.....

Kläger und Revisionskläger,

Prozeßbevollmächtigte:,

g e g e n

Bundesversicherungsanstalt für Angestellte,
Berlin 31, Ruhrstraße 2,

Beklagte und Revisionsbeklagte.

Der 4. Senat des Bundessozialgerichts hat am 13. Oktober 1992 ohne mündliche Verhandlung durch den Vorsitzenden Richter R a u s c h e r, den Richter Dr. M e y e r und die Richterin T ü t t e n b e r g sowie die ehrenamtlichen Richter B i s w a n g e r und G ü n t h e r für Recht erkannt:

Die Revision des Klägers gegen das Urteil des Landessozialgerichts Baden-Württemberg vom 19. März 1991 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten auch des Revisionsverfahrens sind nicht zu erstatten.



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



Gründe:

I

Die Beteiligten streiten darüber, ob die Beklagte dem Kläger für die Dauer des Bezugs von Übergangsgeld (Übg) - bereits verauslagte - Prämien zur privaten Lebensversicherung zu erstatten hat.

Nach Abschluß eines privaten Lebensversicherungsvertrages ist der Kläger seit 1. Juli 1965 gemäß Art 2 § 1 Abs 1 Angestelltenversicherungs-Neuregelungsgesetz (AnVNG) von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung befreit. In der Zeit nach 1965 entrichtete er mit Unterbrechung freiwillige Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung. Zum 1. Juli 1986 wurde er arbeitslos. Er erhielt daraufhin von der Bundesanstalt für Arbeit (BA) - im wesentlichen durchgehend - Arbeitslosengeld (Alg). Die BA übernahm auch gemäß § 166b Arbeitsförderungsgesetz (AFG) die Prämien für seine private Lebensversicherung.

Die Beklagte bewilligte dem Kläger eine vom 29. März bis 10. Mai 1988 durchgeführte stationäre Heilbehandlung als medizinische Leistung zur Rehabilitation und gewährte ihm für diese Zeit und die anschließende Schonungszeit bis 15. Mai 1988 Übg in Höhe des zuletzt bezogenen Alg (§ 18 Abs 3 Angestelltenversicherungsgesetz <AVG>; Bescheid vom 26. April 1988). Ferner bewilligte ihm die Beklagte wegen eines nach der Heilbehandlung nicht mehr bestehenden Versicherungsfalls der Erwerbsunfähigkeit Übg für die Zeit vom 5. Mai 1987 bis 28. März 1988 (Bescheid vom 2. August 1988).

Mit dem angefochtenen Bescheid lehnte die Beklagte die vom Kläger begehrte Übernahme von Prämien während der Dauer des Bezugs von Übg ab (Bescheid vom 27. Juli 1988 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 1. Dezember 1988).

Das Sozialgericht (SG) Stuttgart hat die Klage, mit der der Kläger die Zahlung der Prämien für die gesamte Dauer des Bezugs von Übg beantragt hatte, abgewiesen (Urteil vom 6. Juli 1989). Das Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg hat - nachdem die Beteiligten in der mündlichen Verhandlung vom 19. März 1991 die in der Zeit vom 5. Mai 1987 bis 28. März 1988 angefallenen Prämien außer Streit gestellt hatten - die Berufung durch Urteil vom gleichen Tag zurückgewiesen und ua ausgeführt: Der Kläger habe keinen Anspruch auf Erstattung der verauslagten Prämien. Die Übernahme solcher Prämien während des Bezugs von Übg ergebe sich weder aus dem Gesetz über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation (RehaAnglG) noch aus den Vorschriften des AVG. Die Prämien seien auch keine sonstigen Leistungen iS von § 14b Abs 1 Nr 6 iVm § 19 AVG; diese Leistungen dienten allein der Wiederherstellung der Wettbewerbsfähigkeit des Versicherten im Arbeits- und Berufsleben. Aus dem gleichen



Grunde bestehe auch kein Anspruch nach § 84 AVG. Eine analoge Anwendung von § 166b AFG komme ebenfalls nicht in Betracht; es habe im Plan des Gesetzgebers gelegen, die von der Versicherungspflicht befreiten Bezieher von Übg anders zu behandeln als die Bezieher von Alg. Der Gleichheitsgrundsatz des Art 3 Grundgesetz (GG) werde hierdurch auch nicht verletzt. Die unterschiedliche Behandlung der Bezieher von Übg einerseits und von Alg, Arbeitslosenhilfe (Alhi) und Unterhaltsgeld (Ug) andererseits sei nicht offensichtlich fehlsam und willkürlich.

Mit der vom LSG zugelassenen Revision rügt der Kläger die Verletzung der §§ 17 ff, 85 AVG, § 166b AFG und des Art 3 GG. Er ist der Auffassung, die Beklagte sei verpflichtet, im Rahmen des § 85 AVG Mittel zum wirtschaftlichen Nutzen für die private Alterssicherung bereitzustellen und die Lebensversicherungsprämien zu übernehmen. Darüber hinaus sei § 166b AFG analog anzuwenden. Er sei während einer Rehabilitationsmaßnahme und des Bezugs von Übg ebenso schutzbedürftig wie der Empfänger von Alg. Eine Schlechterstellung verstoße zudem gegen den Gleichheitsgrundsatz. Es gehe nicht an, eine erhöhte Schutzbedürftigkeit lediglich bei Arbeitslosigkeit und nicht auch bei einer die Arbeitslosigkeit unterbrechenden Heilmaßnahme anzunehmen.

Der Kläger beantragt sinngemäß,

das Urteil des Landessozialgerichts Baden-Württemberg vom 19. März 1991 aufzuheben und das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 6. Juli 1989 abzuändern und die Beklagte unter Abänderung des Bescheides vom 27. Juli 1988 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 1. Dezember 1988 zu verurteilen, ihm die von ihm für die Zeit des Bezuges von Übergangsgeld vom 29. März bis 15. Mai 1988 für seine Lebensversicherung verauslagten Prämien in Höhe von DM 778,20 zuzüglich 6,57 Prozent Zinsen zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Revision zurückzuweisen.

Sie ist der Auffassung, das angefochtene Urteil sei zutreffend. Ergänzend weist sie darauf hin, daß § 85 AVG als Anspruchsgrundlage nicht in Betracht komme. Es stehe in ihrem Ermessen, ob, für welchen Zweck und in welchem Umfang sie finanzielle Mittel im Rahmen des § 85 AVG aufwenden wolle. Für eine private Alterssicherung der Versicherten stünden keine Mittel zur Verfügung.

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt (§ 124 Abs 2 Sozialgerichtsgesetz <SGG>).



II

Die zulässige Revision des Klägers ist unbegründet.

Verfahrensfehlerfrei sind SG und LSG davon ausgegangen, daß die - private - Lebensversicherungsgesellschaft dem Rechtsstreit nicht notwendig beizuladen ist. Eine Beiladung wäre nach § 75 Abs 2 SGG nur dann erforderlich gewesen, wenn der in Rechtskraft erwachsende Inhalt der angestrebten Entscheidung zugleich in die Rechtssphäre der Versicherungsgesellschaft eingreifen könnte (vgl BSGE 46, 232, 233 = SozR 2200 § 658 Nr 3; 61, 271, 272 = SozR 2200 § 1304c Nr 1; 66, 144, 145 = SozR 3-5795 § 6 Nr 1). Dies ist jedoch nicht der Fall. Zwar stützt der Kläger seinen Anspruch ua auf § 166b AFG (analog). Nach dieser Vorschrift hat die BA ua Beiträge zur privaten Alterssicherung für Empfänger von Alg zu tragen, die von der gesetzlichen Rentenversicherungspflicht befreit sind, bis zu einer bestimmten, gesetzlich vorgeschriebenen Höhe. In Rechtsstreitigkeiten aus diesem Problemkreis hat der 12. Senat des Bundessozialgerichts (BSG) grundsätzlich die Beiladung der entsprechenden Versorgungseinrichtung für erforderlich gehalten, weil - bei Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen - durch einen kraft Gesetzes eintretenden Wechsel des Schuldners in die Rechtssphäre des Versorgungswerks eingegriffen werde (BSG SozR 3-4100 § 166b Nr 1).

Derartige Auswirkungen auf die Versicherungsgesellschaft kann jedoch die vom Kläger angestrebte Entscheidung nicht haben. Denn der Kläger begehrt die Erstattung von Prämien für einen in der Vergangenheit liegenden Zeitraum. Da insoweit die Prämien von ihm bereits entrichtet worden sind, ist die sich aus dem Versicherungsvertrag ergebende Forderung erloschen (§ 362 Bürgerliches Gesetzbuch <BGB>). Entweder hat nämlich der Kläger durch die Zahlung eine eigene Schuld getilgt oder er hat - sollte die Beklagte gesetzlich zur Übernahme der Prämien verpflichtet sein - als Dritter iS des § 267 BGB geleistet; auch in diesem Fall wäre die Forderung aus dem Versicherungsvertrag für den fraglichen Zeitraum erloschen.

Zutreffend haben SG und LSG auch einen Anspruch des Klägers gegen die Beklagte auf Erstattung der während des Bezugs von Übg (in der Zeit vom 29. März bis 15. Mai 1988) verauslagten Prämien für die Lebensversicherung verneint.

Ein derartiger Anspruch ist bereits deshalb nicht gegeben, weil die Beklagte aus keinem rechtlichen Gesichtspunkt verpflichtet oder berechtigt war, Beiträge zur privaten Alterssicherung des Klägers zu übernehmen.

Aus den Vorschriften des AVG über die Gewährung von Leistungen, die gemäß § 301 Abs 1 des Sechsten Buches des Sozialgesetzbuches (SGB VI) auch nach Inkrafttreten



des SGB VI auf den vorliegenden Sachverhalt Anwendung finden, kann ein Anspruch auf Zahlung der Prämien während der medizinischen Rehabilitation nicht gestützt werden.

Das AVG enthält in § 14b eine abschließende Aufzählung der vom Rentenversicherungsträger während der Dauer einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme zu gewährenden Leistungen. Ein Anspruch des freiwillig versicherten Klägers auf Erstattung von Kosten für seine private Alterssicherung ergibt sich hieraus nicht.

Entgegen der Auffassung des Klägers kann ein derartiger Anspruch auch nicht aus § 14b Abs 1 Nr 6 AVG iVm § 19 AVG hergeleitet werden. Unter "sonstige Leistungen", die die Beklagte unter Berücksichtigung von Art und Schwere der Behinderung nach diesen Bestimmungen - zusätzlich - erbringen kann, fallen nach dem Wortlaut des Gesetzes nur solche, die dem Ziel der Rehabilitation, also der Erhaltung, Verbesserung oder Wiederherstellung der Wettbewerbsfähigkeit des Versicherten dienen (vgl hierzu BSG SozR 2200 § 1242 Nr 3 RVO). Ein Anspruch auf Leistungen zur Alterssicherung des Rehabilitanden ist dort ebenso wie in § 84 AVG nicht normiert.

Ein Anspruch auf Leistungen nach § 85 AVG ist ebenfalls nicht gegeben. Diese Bestimmung allein ist keine Anspruchsgrundlage (vgl § 31 des Ersten Buches des Sozialgesetzbuchs <SGB I>). Sie ermächtigt lediglich den Rentenversicherungsträger, mit Genehmigung der Aufsichtsbehörde über die Regelleistungen hinaus weitere Mittel aufzuwenden; ein Anspruch des einzelnen Versicherten auf Leistung wird damit nicht begründet. Eine auf der Ermächtigung beruhende materiell-rechtliche Grundlage für einen Anspruch des Klägers auf Zahlung der Prämien für die befreiende Lebensversicherung hat der Versicherungsträger nicht geschaffen. Hierzu war er auch nicht verpflichtet.

Letztlich ergibt sich auch nicht aus § 17 iVm § 18 Abs 3, § 18d Abs 1 AVG ein Anspruch des Klägers gegen die Beklagte auf Übernahme der Lebensversicherungsprämien für die Dauer des Bezugs von Übg. Die Bestimmungen des AVG enthalten - worauf bereits hingewiesen worden ist - auch eine abschließende Regelung über die Berechnung des Übg. § 18 Abs 3 AVG verweist lediglich hinsichtlich der Höhe des Übg eines vor Beginn der Maßnahme arbeitslosen Versicherten auf § 158 AFG. Die Vorschrift ist keine eigenständige Anspruchsgrundlage und eröffnet dem Kläger als Empfänger von Leistungen des Rentenversicherungsträgers keine Möglichkeit auf Zuerkennung von Leistungen nach dem AFG. Eine direkte Anwendung von § 166b AFG scheidet mithin aus.

Entgegen der Ansicht des Klägers enthält das AVG insoweit auch keine ausfüllungsbedürftige Lücke. Eine solche läge nur dann vor, wenn eine "planwidrige" Unvollständigkeit des Gesetzes - sei sie verdeckt, anfänglich oder nachträglich - im



Hinblick auf die Tatsache gegeben wäre, daß der freiwillig in der Rentenversicherung Versicherte während einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme die Beiträge für seine private Alterssicherung selbst tragen muß (vgl hierzu BSG SozR 2200 § 1251 Nr 65). Von einer derartigen Lücke kann nicht ausgegangen werden. Eine Planwidrigkeit des Gesetzgebers läßt sich weder unter Heranziehung der Bestimmungen des Rehabilitations-Angleichungsgesetzes vom 7. August 1974 (BGBl I S 1881), dem eine "Wegweiserfunktion" zukommt (so BT-Drucks 7/1237 S 58; vgl § 9 RehaAnglG), feststellen, noch ergibt sie sich aus § 166b AFG (idF des 5. AFG-ÄndG vom 23. Juli 1979).

Das RehaAnglG sollte sicherstellen, daß die Rehabilitationsträger künftig bei gleichen Tatbeständen im wesentlichen gleiche Leistungen zu erbringen haben (so BT-Drucks 7/1237 S 50, 52). Die abschließende Aufzählung der ergänzenden Leistungen in § 12 RehaAnglG (BR-Drucks 517/73 S 58) enthält insoweit lediglich die Verpflichtung des Rehabilitationsträgers, die Beiträge des Pflichtversicherten zur gesetzlichen Rentenversicherung während der Dauer der Rehabilitationsmaßnahme zu übernehmen. Nicht hingegen hatte der Gesetzgeber den Rehabilitationsträger verpflichtet, die Kosten für eine private Alterssicherung des freiwillig Versicherten für die Dauer des Bezugs von Übg zu tragen. Für eine bewußte Unterscheidung zwischen Pflichtversicherten und freiwillig Versicherten in der Rentenversicherung sprechen auch Erörterungen im Bundesrat zu diesem Gesetz (vgl BR-Drucks 307/1/72 S 9). Dabei wurde ausdrücklich auf die unterschiedliche Regelung für beide Versichertengruppen hingewiesen. Auch die Tatsache, daß der Gesetzgeber die nachfolgenden Gesetzesänderungen nicht dazu genutzt hat, eine Verpflichtung des Rehabilitationsträgers zur Entrichtung von Beiträgen zur privaten Alterssicherung einzuführen, ist ein Indiz für eine planmäßige Differenzierung. Das Haushaltsbegleitgesetz 1984 vom 20. Dezember 1983 (BGBl I S 1857), das die Versicherungspflicht der Rehabilitanden gemäß § 2 Abs 1 Nr 10a AVG aF aufhob, die Pflicht der Rehabilitationsträger, Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung zu tragen, jedoch gemäß § 112b Abs 1 AVG nF modifiziert beibehielt, enthielt keine Verpflichtung des Rehabilitationsträgers zur Übernahme von Beiträgen für die private Alterssicherung (vgl BSG, Urteil vom 13. Juni 1989 - 2 RU 50/88).

Eine Gesetzeslücke in den Vorschriften des AVG hinsichtlich der Leistungen bei einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme ergibt sich auch nicht im Hinblick auf den durch das Fünfte Gesetz zur Änderung des Arbeitsförderungsgesetzes (5. AFG-ÄndG vom 23. Juli 1979 <BGBl I S 1189>) rückwirkend zum 1. Juli 1978 eingefügten § 166b AFG. Nach dieser Vorschrift ist zwar die BA verpflichtet, Beiträge zu einer Versicherungs- oder Versorgungseinrichtung oder zu einem Versicherungsunternehmen für Empfänger von Alg, Alhi und Ug ua dann zu tragen, wenn der Empfänger dieser Leistungen - wie der Kläger - gemäß Art 2 § 1 Abs 1 AnVNG von der Versicherungspflicht befreit ist. Diese Regelung begünstigt jedoch ausschließlich die Empfänger von Leistungen nach dem AFG



und nicht die Empfänger von Leistungen nach dem AVG. Darüber hinaus ist der Kreis der nach § 166b AFG Begünstigten beschränkt auf Empfänger von Alg, Alhi und Ug; nicht miteinbezogen sind die Empfänger von Übg. Auch insoweit hat der Gesetzgeber den Kreis der Begünstigten gezielt auf diesen Personenkreis begrenzt. Dies ergibt sich auch aus dem Entschließungsantrag des Bundestages in BT-Drucks 8/1875; darin wurde die Bundesregierung ersucht, einen Weg zu finden, wie Leistungsempfänger der BA, die von der Versicherungspflicht befreit sind, in die Beitragsverpflichtung der BA zur Alterssicherung einbezogen werden können und welche Regelungen für befreite Angestellte, die auch Rentenanwartschaften in der gesetzlichen Rentenversicherung erworben haben, getroffen werden sollen.

Art 3 GG wird nicht verletzt, wenn der von der Versicherungspflicht befreite freiwillig versicherte medizinische Rehabilitand für die Dauer des Bezugs von Übg Beiträge für seine private Alterssicherung selbst aufbringen muß, während diese Beiträge für die Dauer des Bezugs von Alg von der BA nach § 166b AFG getragen werden (vgl hierzu entsprechend BSG, Urteile vom 6. Juli 1991 - 3 RK 2/90 -, vom 13. Juni 1989 - 2 RU 50/88 - und vom 11. April 1984 - 12 RK 74/82).

Ein Verstoß gegen Art 3 Abs 1 GG setzt voraus, daß eine Gruppe von Normadressaten im Vergleich zur anderen Gruppe von Normadressaten anders behandelt wird, obwohl zwischen beiden Gruppen keine Unterschiede von solcher Art und von solchem Gewicht bestehen, daß eine ungleiche Behandlung gerechtfertigt wäre (vgl BVerfGE 71, 146, 154 f; 83, 395, 401). In diesem Zusammenhang ist zu berücksichtigen, daß es grundsätzlich Sache des Gesetzgebers ist, diejenigen Sachverhalte auszuwählen, an die er dieselbe Rechtsfolge knüpft (BVerfGE 53, 313, 329). Willkürlich handelt der Gesetzgeber somit nicht bereits dann, wenn er unter mehreren Lösungen nicht die zweckmäßigste, vernünftigste oder gerechteste Lösung wählt, es sei denn, es würde ein sachlicher Grund für die gesetzliche Differenzierung fehlen (BVerfGE 55, 72, 90).

Was die Frage des Bedürfnisses eines medizinischen Rehabilitanden nach Schutz vor den Risiken des Alters betrifft, so ist im Hinblick auf den Vortrag des Klägers, es verstoße gegen den Gleichheitsgrundsatz, wenn im AVG eine dem § 166b AFG entsprechende Regelung nicht enthalten sei, festzuhalten:

Ein sachlicher Grund für eine Differenzierung besteht. Arbeitsförderungsrecht und Rentenversicherungsrecht sind verschiedene soziale Sicherungssysteme (vgl § 1 Abs 1 Viertes Buch Sozialgesetzbuchs <SGB IV>) mit unterschiedlicher Zielsetzung. § 166b AFG trägt dem Bedürfnis nach Schutz vor den Risiken des Alters - innerhalb eines Systems der Sicherung ua gegen Arbeitslosigkeit -punktuell Rechnung. Die gesetzliche Rentenversicherung ist dagegen - ua -ein gefügtes System der Alterssicherung. Leistungen, die im Rahmen des einen Systems erbracht werden, können mithin nicht mit denjenigen des anderen Systems direkt verglichen werden (vgl hierzu entsprechend



BVerfG, Beschluß des Dreierausschusses nach § 93a Bundesverfassungsgerichtsgesetz <BVerfGG>, in SozR 2200 § 1304e Nr 1). Dem Schutzzweck entsprechend wird der Versicherte durch die Rentenversicherung auf vielfältige Weise vor den Risiken des Alters geschützt, zB wird dem medizinischen Rehabilitanden eine Ausfallzeit nach § 36 Abs 1 Nr 1 AVG zuerkannt. Soweit der Kläger diese dem Alterssicherungssystem eigentümlichen Vorteile nicht genießen kann, liegt dies daran, daß er sich im Wege der Befreiung von der Versicherungspflicht, also durch eigenen Willensentschluß von der gesetzlichen Rentenversicherung distanziert hat.

Aber auch der Umstand, daß er als freiwillig Versicherter im gesetzlichen Alterssicherungssystem nicht wie ein Pflichtversicherter begünstigt ist, verstößt nicht gegen den Gleichheitsgrundsatz. Die unterschiedliche Ausprägung des Alterssicherungsschutzes für Pflichtversicherte und freiwillig Versicherte ist gerechtfertigt, weil der Pflichtversicherte in der Regel nach Beitragszeit, Beitragspflicht und Beitragshöhe in wesentlich stärkerem Maße zur Versichertengemeinschaft beigetragen hat und dabei seinen Verpflichtungen im Gegensatz zu den freiwillig Versicherten nicht ausweichen konnte (BVerfGE 75, 78, 103). Mit der von ihm selbst beantragten Befreiung schied der Kläger 1965 aus der gesetzlichen Rentenversicherung aus, und zwar für das gesamte Berufsleben, also auch für künftige, mit dem Status eines Angestellten zusammenhängende Tatbestände (vgl BSG, Urteil vom 11. April 1984 - 12 RK 74/82).

Die Revision ist nach alledem zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.



JLaw – Gesetze und Urteile
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
(mobile App)



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)