

## L 10 R 3585/11

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Rentenversicherung

Abteilung

10

1. Instanz

SG Karlsruhe (BWB)

Aktenzeichen

S 16 R 164/10

Datum

25.07.2011

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 10 R 3585/11

Datum

22.01.2015

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 25.07.2011 abgeändert und die Klage insgesamt abgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind in beiden Rechtszügen nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Streitig ist noch die Bewilligung eines Beitragszuschusses zu den in der Zeit vom Januar 2005 bis Dezember 2010 angefallenen Aufwendungen für die schweizerische Krankenversicherung des verstorbenen Ehemanns der Klägerin nach [§ 106](#) Sozialgesetzbuch Sechstes Buch (SGB VI).

Der am 2010 verstorbene und bis dahin in der Schweiz als schweizerischer Staatsbürger wohnhafte Ehemann der Klägerin (künftig: Versicherter) bezog ab 01.08.1992 eine Regelaltersrente von der Rechtsvorgängerin der Beklagten (Bescheid der damaligen Landesversicherungsanstalt Baden vom 21.04.1993, Bl. 93 VA). Bei Antragstellung im Frühjahr 1992 machte der Versicherte weder Angaben über die Art seiner Krankenversicherung, noch stellte er einen Antrag auf Gewährung eines Beitragszuschusses (Bl. 4 Rs. VA).

Am 30.04.2009 beantragte der Versicherte bei der Beklagten einen "Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag rückwirkend ab Rentenbeginn sowie die Verzinsung der Nachzahlungsbeträge mit 4 v. H." Er begründete dies damit, dass ihm 1992 kein entsprechender Antrag auf Zuschuss zur Krankenversicherung zugänglich gemacht worden sei. Er sei nach dem schweizerischen Krankenversicherungsgesetz (KVG) in der gesetzlichen Krankenversicherung der Schweiz pflichtversichert und entrichte zusätzlich Beiträge zu einer freiwilligen Zusatzversicherung in der Schweiz nach dem schweizerischen Versicherungsvertragsgesetz (VVG). Er legte hierzu die Versicherungspolice seines schweizerischen Krankenversicherers vor (Bl. 97 VA). Danach bestanden für den Versicherten eine obligatorische Krankenpflegeversicherung nach dem KVG bei der V: sowie zwei Zusatzversicherungen nach dem VVG (OKPV) bei der V: Versicherungen AG.

Mit Bescheid vom 25.05.2009 lehnte die Beklagte die Gewährung eines Beitragszuschusses nach [§ 106 Abs. 1 SGB VI](#) ab (Bl. 131 VA). Der Versicherte unterliege der obligatorischen Krankenversicherungspflicht nach schweizerischem Recht, deswegen sei ein Anspruch auf einen Zuschuss zu den Aufwendungen für diese obligatorischer Krankenversicherung ausgeschlossen, was auch für eventuell bestehende freiwillige bzw. private Zusatzversicherungen gelte. In einem weiteren Schreiben erläuterte die Beklagte, dass [§ 106 Abs. 1 SGB VI](#) in der ab 01.05.2007 anzuwendenden Fassung zur Folge habe, dass eine in - bzw. ausländische gesetzliche Krankenversicherung die Gewährung eines Zuschusses für eine freiwillige oder private (Zusatz)versicherung ausschließe. Bis 30.04.2007 sei ein Zuschuss zwar grundsätzlich möglich gewesen, aber vom Versicherten nicht beantragt worden.

Im Rahmen seines Widerspruchs machte der Versicherte geltend, die obligatorische Krankenpflegeversicherung sei in der Schweiz bekanntlich erst zum 01.01.1996 eingeführt worden. Folglich hätte zum Rentenbeginn 1992 ein Beitragszuschuss genehmigt werden müssen. Er habe jedenfalls bis zu der am 01.05.2007 eingetretenen Gesetzesänderung auch unabhängig vom Bestehen einer Pflichtversicherung auf Grund europäischen Rechts Anspruch auf einen Beitragszuschuss gehabt. Auf Grund der in [§ 315 Abs. 4 SGB VI](#) geregelten Besitzstandsregelung sei dieser auch weiterhin zu zahlen. Weiterhin verwies der Versicherte auf eine Reihe von namentlich benannten Personen, bei welchen in vergleichbarer Situation der Beitragszuschuss spätestens im Widerspruchsverfahren bewilligt worden sei. Die Beklagte wies den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 15.10.2009 unter eingehender Darstellung der aus ihrer Sicht maßgeblichen Rechtslage zurück (Bl. 219 VA). Ergänzend führte sie aus, der Versicherte habe bereits keinen Antrag auf Gewährung eines

Beitragszuschusses gestellt; sie habe insoweit auch keine Beratungspflichten verletzt, weshalb ein sozialrechtlicher Herstellungsanspruch ausscheide. Allenfalls ab dem Zeitpunkt der Anwendbarkeit der EWG-Verordnungen über die soziale Sicherheit der Wanderarbeiter Nr. 1408/71 und 574/72 ab 01.06.2002 im Verhältnis zur Schweiz habe ein Anspruch auf Zuschuss zu solchen Krankenversicherung begründet werden können, die über den Umfang des Krankenversicherungspflichtbereichs hinausgingen. Mit Schreiben vom 19.10.2009 (Bl. 231 VA) bestätigte der damalige Bevollmächtigte des Versicherten den Erhalt des Widerspruchsbescheides.

Mit Schreiben vom 12.01.2010, Eingang beim Sozialgericht am 14.01.2010, hat die Beklagte dem Sozialgericht Karlsruhe ein Schreiben des Klägers vom 08.12.2009, mit welchem dieser bei der Beklagten die Verlängerung der Frist zur Erhebung einer Klage gegen den Widerspruchsbescheid vom 15.10.2009 auf zunächst sechs Monate begehrte (Bl. 5 SG-Akte), mit dem Ersuchen, dies als "fristwahrende Klageschrift" zu werten, vorgelegt (Bl. 1 SG-Akte). Beigefügt gewesen ist ferner ein Antwortschreiben der Beklagten an den Kläger vom 12.01.2010, in welchem die Beklagte mitteilte, dass es ihr nicht möglich sei, die Frist zur Erhebung einer Klage vor dem Sozialgericht zu verlängern und sie zur Vermeidung von Rechtsnachteilen für den Kläger sein Schreiben an das Sozialgericht Karlsruhe weitergeleitet habe (Bl. 7 SG-Akte). Dies bedeute, dass die Klage dadurch zunächst fristwährend erhoben worden sei. Auf die entsprechende Anforderung in der Klageeingangsbestätigung des Sozialgerichts Karlsruhe hin hat der Kläger am 04.02.2010 eine Prozessvollmacht seines damaligen Bevollmächtigten vorgelegt (Bl. 10 f. SG-Akte) und Anfang April 2010 seine Anträge gestellt und begründet (Bl. 13 ff SG-Akte). Nach dem Tod des Versicherten am 17.12.2010 (vgl. Bl. 42 SG-Akte) hat die Klägerin die Aufnahme und Fortführung des Rechtsstreits als Rechtsnachfolgerin erklärt. Mit Urteil vom 25.07.2011 hat das Sozialgericht Karlsruhe die Beklagte unter Aufhebung der entgegenstehenden Bescheide verurteilt, einen Zuschuss zu den Aufwendungen des Versicherten für die Krankenversicherung "unter Berücksichtigung der Kosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung" für die Zeit vom 01.01.2006 bis zum 31.12.2010 zu zahlen und diesen ab 01.03.2005 mit 4 v. H. zu verzinsen. Im Übrigen hat es die Klage abgewiesen. Insbesondere stehe der Umstand, dass die Krankenversicherung des Versicherten der schweizerischen Versicherungsaufsicht unterliege und der Versicherte selbst seinen gewöhnlichen Aufenthalt im Ausland gehabt habe, auf Grund der gebotenen europarechtskonformen Auslegung einem Anspruch nicht entgegen. Der Anspruch sei auch nicht gemäß [§ 106 Abs. 1 Satz 2 SGB VI](#) ausgeschlossen. Bis zum 30.04.2007 habe der Ausschluss ohnehin nur bei gleichzeitiger Pflichtversicherung in der inländischen gesetzlichen Krankenversicherung gegolten. Auch für die Folgezeit sei ein Anspruch gegeben: Denn die OKPV stelle keine gleichzeitige Pflichtversicherung in einer ausländischen gesetzlichen Krankenversicherung dar. Trotz Ausgestaltung des Beitragszuschusses als antragsabhängige Leistung habe der Versicherte auch Anspruch auf rückwirkende Zuschussgewährung gehabt. Denn er sei im Wege des sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs so zu stellen, als habe er rechtzeitig zum in Kraft treten des Europäischen Gemeinschaftsrechts im Verhältnis zwischen der Bundesrepublik Deutschland und der Schweiz zum 01.06.2002 einen Beitragszuschuss beantragt. Die Beklagte habe gegenüber dem Versicherten gegen ihre bestehenden Hinweis- und Beratungspflichten verstoßen, indem sie ihn nicht auf die nach der Änderung der Zugangsvoraussetzungen zum 01.06.2002 naheliegende Möglichkeit der Beantragung eines Beitragszuschusses hingewiesen habe. Für die Zeit vor dem 01.01.2005 bestehe auf Grund der entsprechend anzuwendenden Ausschlussfrist des [§ 44 Abs. 4](#) Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X) dagegen kein Anspruch.

Gegen das der Beklagten am 29.07.2011 zugestellte Urteil hat diese am 23.08.2011 beim Landessozialgericht Baden-Württemberg Berufung eingelegt. Sie hat ihre Berufung damit begründet, dass es sich bei der OKPV um eine gesetzliche Pflichtversicherung handle, die mit der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbar sei. Die Versicherungspflicht nach Artikel 3 KVG könne auch nicht mit der Rechtslage in Deutschland verglichen werden, die seit Einführung von [§ 193 Abs. 3](#) Versicherungsvertragsgesetz (VVG) seit dem 01.01.2009 gelte. Denn die Versicherung nach [§ 193 VVG](#) sei keine gesetzliche Krankenversicherung, sondern gehöre in den Bereich der privaten Krankenversicherung, die insgesamt nach privatrechtlichen Grundsätzen organisiert sei. Auch habe das Sozialgericht in seiner Entscheidung verkannt, dass zu einer Pflichtkrankenversicherung dem Grunde nach kein Zuschuss nach [§ 106 SGB VI](#) gewährt werden könne, soweit es ausführe, dass selbst bei einer Qualifikation der OKPV als Pflichtversicherungsverhältnis [§ 106 Abs. 1 Satz 2 SGB VI](#) einen Zuschuss nicht ausschließen würde. Die Gewährung eines Zuschusses an einen Versicherten zu seiner Pflichtversicherung sei aber nach [§ 106 SGB VI](#) gerade ausgeschlossen; bei pflichtkrankenversicherten Rentnern beteiligten sich die Rentenversicherungsträger allenfalls an der Tragung der Krankenversicherungsbeiträge.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 25.07.2011 abzuändern und die Klage in vollem Umfang abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hat sich zur Begründung ihres Antrags im Wesentlichen auf die angefochtene Entscheidung des Sozialgerichts Karlsruhe bezogen.

Die Beteiligten haben auf die Durchführung einer mündlichen Verhandlung verzichtet.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhalts und des Beteiligtenvorbringens wird auf die Prozessakten erster und zweiter Instanz und die vorgelegten Verwaltungsakten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß den [§§ 143, 144, 151](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) zulässige Berufung, über die der Senat auf Grund des Einverständnisses der Beteiligten nach [§ 124 Abs. 2 SGG](#) ohne mündliche Verhandlung entscheidet, ist begründet.

Die Berufung der Beklagten ist allerdings nicht bereits deshalb begründet, weil die Klage unzulässig wäre. Diese ist vielmehr zulässig. Sie ist insbesondere nicht verfristet. Allerdings hat der Versicherte die Klagefrist des [§ 87 Abs. 1 Satz 2 SGG](#) nicht gewahrt. Nach dieser Vorschrift beträgt die Frist zur Erhebung der Klage bei Bekanntgabe im Ausland drei Monate.

Die Art und Weise der Bekanntgabe eines schriftlichen Verwaltungsaktes ist weder durch [§ 37 Abs. 2 SGB X](#) noch durch das SGG vorgegeben, sodass es in das Ermessen der Behörde gestellt ist, ob sie den Verwaltungsakt durch Brief, Boten, eingeschriebenen Brief

gegen Empfangsbekanntnis oder durch Zustellung bekannt geben will. Für die wirksame Bekanntgabe ist demnach erforderlich, aber auch ausreichend, dass der Verwaltungsakt mit Wissen und Willen der Behörde so in die Verfügungsmacht des Adressaten gelangt, dass dieser die Möglichkeit zur Kenntnisnahme hat. Ist - wie vorliegend - ein Bevollmächtigter bestellt, kann die Behörde gemäß [§ 37 Abs. 1 Satz 2 SGB X](#) die Bekanntgabe auch dem Bevollmächtigten gegenüber vornehmen. Es begegnet demnach keinen Bedenken, dass die Beklagte im vorliegenden Fall den Widerspruchsbescheid durch einfachen Brief durch einen Postdienstleister an den damaligen Bevollmächtigten übermittelte (vgl. Bl. 225 VA). Nachdem die in [§ 37 Abs. 2 Satz 1 SGB X](#) normierte Bekanntgabefiktion auf die postalische Übermittlung im Inland beschränkt ist, ist der tatsächliche Zugang beim Bevollmächtigten maßgeblich. Ausweislich des in der Akte der Beklagten befindlichen Schreibens des damaligen Bevollmächtigten vom 19.10.2009 war der mit ordnungsgemäßer Rechtsbehelfsbelehrung versehene Widerspruchsbescheid jedenfalls zu diesem Zeitpunkt bereits zugegangen gewesen.

Nach [§ 64 Abs. 1 SGG](#) beginnt die Frist mit dem Tag nach der Zustellung oder, wenn diese wie vorliegend nicht vorgeschrieben ist, mit dem Tage nach Eröffnung oder Verkündung. Eine nach Monaten bestimmte Frist endet mit Ablauf desjenigen Tages des letzten Monats, welcher nach Benennung oder Zahl dem Tage entspricht, in dem das Ereignis oder der Zeitpunkt fällt. Fällt das Ende der Frist auf einen Sonntag, einen gesetzlichen Feiertag oder einen Sonnabend, so endet die Frist mit Ablauf des nächsten Werktages ([§ 64 Abs. 3 SGG](#)). Die Klagefrist begann somit spätestens am 20.10.2009 und endete spätestens am 19.01.2010, einem Dienstag.

Eine wirksame Klageerhebung lag bis zu diesem Zeitpunkt nicht vor. Insbesondere kann weder im Schreiben vom 08.12.2009, mit welchem der damalige Bevollmächtigte beantragte, die Frist zur Erhebung einer Klage gegen den Widerspruchsbescheid auf sechs Monate zu verlängern noch im Schreiben vom 05.01.2010, mit dem er das Untätigbleiben der Beklagten im Hinblick auf seinen Fristverlängerungsantrag als stillschweigendes Einverständnis wertete, als wirksame Klageerhebung angesehen werden. Ob eine Klage erhoben werden soll, ist durch Auslegung zu ermitteln. Dabei ist unwesentlich wie der Kläger die Klage bezeichnet; maßgeblich ist, dass das Ziel der Überprüfung durch ein Gericht verständlich gemacht wird (Leitherer in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 11. Auflage, § 90 Rdnr. 4a). Die Ankündigung weiterer Schritte oder auch der späteren Klageerhebung ist jedenfalls noch keine Klage (Leitherer a.a.O. mwN). Der Versicherte brachte in seinen Schreiben vom 08.12.2009 und 05.01.2010 unmissverständlich zum Ausdruck, dass er zum augenblicklichen Zeitpunkt gerade noch keine Klageerhebung wünschte, vielmehr zuvor noch das Ergebnis der von ihm eingeleiteten aufsichtsrechtlichen Prüfung durch das Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg abwarten wollte. Eine Wertung als fristwahrende Klageschrift, wie von der Beklagten angeregt, kann darin nicht gesehen werden. Soweit der Versicherte gegenüber dem Sozialgericht Karlsruhe am 04.02.2010 zumindest sinngemäß die Bewertung seiner Fristverlängerungsanträge als Klage "genehmigt" hat, ist dies nicht mehr innerhalb der Klagefrist erfolgt.

Im Hinblick auf die rechtlich völlig irreführenden Ausführungen der Beklagten gegenüber dem Versicherten im Schreiben vom 12.01.2010 - wonach die durch die Beklagte veranlasste Weiterleitung seiner Schreiben an das Sozialgericht Karlsruhe eine fristwahrende Klageerhebung darstelle - ist die Versäumung der Klagefrist als unverschuldet im Sinne des [§ 67 Abs. 1 SGG](#) anzusehen. Nach dieser Norm ist Wiedereinsetzung in den vorigen Stand zu gewähren, wenn jemand ohne sein Verschulden verhindert war, eine gesetzliche Verfahrensfrist einzuhalten. Angesichts der Mitteilung der Beklagten im Schreiben vom 12.01.2010 - also noch innerhalb der Klagefrist - durfte der Versicherte darauf vertrauen, dass alles Nötige zur Fristwahrung veranlasst wurde und seinerseits keine weiteren Schritte erforderlich waren. Hierin wurde der Versicherte durch die Klageeingangsbekanntgabe des Sozialgerichts noch bestätigt. Er hat dann mit Vorlage der Prozessvollmacht für seinen Bevollmächtigten und der Vorlage seiner Klagebegründung hinreichend deutlich werden lassen, dass er gerichtlichen Rechtsschutz in Anspruch nehmen will. Da somit die Jahresfrist nach [§ 67 Abs. 3 SGG](#) gewahrt ist, hat der Senat demgemäß Wiedereinsetzung in den vorigen Stand von Amts wegen zu gewähren, wofür er zuständig ist, weil die Vorinstanz über die Wiedereinsetzung nicht entschieden hat und der Senat selbst die Voraussetzung für die Wiedereinsetzung in die Klagefrist feststellen kann (vgl. Keller in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, a.a.O., § 67 Rdnr. 15).

Die Berufung der Beklagten ist vielmehr deshalb begründet, weil die angefochtene Entscheidung des Sozialgerichts Karlsruhe nicht mit der materiellen Rechtslage vereinbar ist.

Streitgegenständlich ist vorliegend, ob dem Versicherten für die Zeit vom 01.01.2005 bis zum 31.12.2010 ein Zuschuss zu dessen Aufwendungen für die gesamte schweizerische Krankenversicherung zustand. Denn nur die Beklagte hat Berufung gegen das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe eingelegt, sodass die im Urteil ausgesprochene Klageabweisung für den Zeitraum vor dem 01.01.2005 nicht angefochten ist. Der Versicherte beschränkte den begehrten Beitragszuschuss auch nicht auf die in der Versicherungspolice der V: ausgewiesene Zusatzversicherungen nach dem schweizerischen VVG, sondern bezog ausdrücklich die OKPV mit ein. Die Beklagte lehnte demgemäß mit Bescheid vom 25.05.2009 nicht nur einen Zuschuss für eine "eventuell bestehende freiwillige/private Zusatzkrankenversicherung", sondern einen Zuschuss zu den Aufwendungen für die Krankenversicherung insgesamt ab. Im Schriftsatz vom 05.02.2011 (Bl. 45 SG-Akte) hat die Klägerin dann nochmals klargestellt, dass weiterhin ein Zuschuss zu den Aufwendungen des Versicherten (auch) für seine OKPV begehrt wird. Demgemäß ist - wie vom Sozialgericht zutreffend auch angenommen - ein Beitragszuschuss sowohl für die obligatorische wie auch für die freiwillige Krankenversicherung vom Klagebegehren umfasst.

Die Klägerin als Ehegattin des Versicherten, die mit diesem in einem gemeinsamen Haushalt lebte, ist weiterhin gemäß [§ 56 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1](#) Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) im Wege der Sonderrechtsnachfolge berechtigt, den Zuschuss zur Krankenversicherung als laufende Leistung im streitigen Zeitraum geltend zu machen. Insbesondere handelt es sich bei dem geltend gemachten Krankenbeitragszuschuss um eine laufende Geldleistung, da es sich hierbei um eine monatlich auszubezahlende Geldleistung handelt ([§ 106 Abs. 2 Satz 1](#) bzw. Abs. 2 Satz 1 SGB VI). Unschädlich ist daher, dass die Auszahlung hier im Rahmen einer Nachzahlung tatsächlich in einem Betrag vorzunehmen wäre (Krahmer/Trenk/Hinterberger, LPK-SGB I, 3. Auflage 2014, § 56 Rdnr. 7).

Der Bescheid der Beklagten vom 25.05.2009 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 15.10.2009 ist entgegen der Auffassung des Sozialgerichts Karlsruhe auch insoweit rechtmäßig, als er für den streitbefangenen Zeitraum die begehrten Leistungen versagte. Denn dem Versicherten stand kein Anspruch auf Gewährung eines Zuschusses zu den Aufwendungen für seine (obligatorische wie freiwillige) Krankenversicherung gemäß [§ 106 Abs. 1 SGB VI](#) zu.

Gemäß [§ 106 Abs. 1 Satz 1 SGB VI](#) erhalten Rentenbezieher, die freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung oder bei einem Krankenversicherungsunternehmen, das der deutschen Aufsicht unterliegt, versichert sind, zu ihrer Rente einen Zuschuss zu den

Aufwendungen für die Krankenversicherung. Der Versicherte zählte im hier streitgegenständlichen Zeitraum zum berechtigten Personenkreis im Sinne der Vorschrift, weil er ab dem 01.08.1992 eine Altersrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung bezog (Bescheid vom 21.04.1993). Die vom Versicherten bei der V: abgeschlossene obligatorische Krankenversicherung unterfällt bereits nicht dem Anwendungsbereich des [§ 106 Abs. 1 Satz 1 SGB VI](#). Mit dem Abschluss dieses Versicherungsvertrages nach dem KVG genügt der Versicherte - schon nach eigenem Vortrag - lediglich der in der Schweiz bestehenden Versicherungspflicht nach Artikel 3 Abs. 1 KVG, der der Versicherte auf Grund des im streitigen Zeitpunkt inne gehabten Wohnsitzes in der Schweiz gemäß Artikel 3 Abs. 1 KVG im hier streitigen Zeitraum unterlag. Dabei handelt es sich - wie nachfolgend noch unter Bezugnahme auf Rechtsprechung des Bundessozialgericht darzulegen ist - um eine Pflichtversicherung i.S. [§ 106 Abs. 1 Satz 2 SGB VI](#). Dies - die Qualifizierung als Pflichtversicherung - schließt bereits den Anwendungsbereich des [§ 106 Abs. 1 Satz 1 SGB VI](#) aus.

In diesem Zusammenhang hat das Bundessozialgericht im Urteil vom 27.05.2014 ([B 5 RE 6/14 R](#) in juris) zu der bereits vor dem 01.05.2007 geltenden Gesetzeslage dargelegt, dass der insoweit nach dem Gesetzeswortlaut grundsätzlich gegebene Anspruch des Versicherten schon nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zu dieser früheren Gesetzeslage durch den Gleichheitsgrundsatz begrenzt war (BSG, a.a.O. m.w.N.). Danach ist einem Auslandsrentner, der die Voraussetzungen für die Gewährung des Beitragszuschusses erfüllt, dieser gleichwohl zu versagen, wenn er von einer ausländischen gesetzlichen Krankenversicherung als Pflichtmitglied erfasst wird, soweit diese wenigstens annähernd mit der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbar ist, was bejaht wurde, wenn sich das ausländische Versicherungssystem im Kern als Vollversicherung darstellt. Denn [Art. 3 Abs. 1 GG](#) gebietet es, einem Auslandsrentner nur dann einen Beitragszuschuss zu gewähren, wenn bei vergleichbarer Sachlage auch einem Inlandsrentner diese Leistung zu gewähren wäre. Da aber die Pflichtmitgliedschaft eines Inlandsrentners in der gesetzlichen Krankenversicherung die Gewährung des Beitragszuschusses ausschließt, muss die Einbeziehung in ein ausländisches gesetzliches Krankensystem, welches wenigstens annähernd mit der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbar ist (was vom BSG a.a.O. in Bezug auf die schweizerischen obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKPV) bejaht worden ist, s. hierzu später), dieselbe Wirkung haben. Insoweit - so die vom BSG (a.a.O.) dargelegte Konsequenz - zieht der Gleichheitssatz dem an sich nach dem Gesetzeswortlaut gegebenen Anspruch eine Grenze. Da sich insoweit ab dem 01.05.2007 keine Änderung ergeben hat, unterfällt die OKPV im Ergebnis nicht der Regelung des [§ 106 Abs. 1 Satz 1 SGB VI](#). Der Senat gibt insoweit seine frühere Rechtsprechung (Urteil vom 14.04.2011, [L 10 R 5221/07](#)) auf.

Soweit der Versicherte zusätzlich mit der V: Versicherungen AG Zusatzversicherungen nach dem schweizerischen VVG abschloss, bestehen Bedenken, ob darin eine Krankenversicherung von nennenswerter Bedeutung zu sehen ist, wie sie im Interesse zumindest einer gewissen Vergleichbarkeit mit der ebenfalls zuschusspflichtigen freiwilligen gesetzlichen Krankenversicherung, die eine Vollversicherung ist, zu verlangen ist (BSG, Urteil vom 27.05.2014, [B 5 RE 8/14 R](#) sowie [B 5 RE 6/14 R](#), jeweils in juris). Letztlich kann die Entscheidung dieser Frage aber dahinstehen. Denn selbst wenn die Voraussetzungen des [§ 106 Abs. 1 Satz 1 SGB VI](#) insoweit vorliegen sollten, hätte kein Anspruch des Versicherten bestanden, weil nämlich der Ausschlussgrund des [§ 106 Abs. 1 Satz 2 SGB VI](#) verwirklicht ist, und zwar sowohl in der ab dem 01.05.2007 als auch in der davor geltenden Fassung.

Gemäß [§ 106 Abs. 1 Satz 2 SGB VI](#) in der mit Wirkung vom 01.05.2007 geltenden Fassung erhalten Rentenbezieher keinen Zuschuss zu den Aufwendungen für die Krankenversicherung, wenn sie gleichzeitig in einer in- oder ausländischen gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind. Bei der OKPV handelt es sich um eine ausländische gesetzliche Krankenversicherung, die den Versicherten als Pflichtmitglied im streitigen Zeitraum erfasste. Dies ergibt sich unter Berücksichtigung der Vorschriften des schweizerischen KVG im Vergleich mit dem im vorliegenden Zusammenhang wesentlichen Merkmalen der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung. Die OKPV ist zunächst eine gesetzliche Krankenversicherung (vgl. hierzu und zum Nachfolgenden BSG a. a. O.): Gemäß Art. 1a Abs. 1 und Abs. 2 Buchst. a KVG handelt es sich bei der OKPV um eine "Versicherung" gegen das Risiko der "Krankheit" die bei Eintritt eines Versicherungsfalls Kosten für Leistungen (vgl. hierzu insbesondere Art. 24, 25 und 31 KVG) erbringt, an denen sich die Versicherten beteiligen müssen (Art. 64 KVG) und für die Beiträge von den Versicherten erhoben werden (Art. 61 KVG). Die OKPV ist auch eine "gesetzliche" Krankenversicherung: Sie ist - wie die deutsche gesetzliche Krankenversicherung - bis in Einzelheiten gesetzlich geregelt. So enthält das KVG Vorschriften über die Versicherungspflicht (2. Titel, 1. Kapitel), die Organisation (2. Titel, 2. Kapitel), die Leistungen (2. Titel, 3. Kapitel), die Leistungserbringer (2. Titel, 4. Kapitel) und die Finanzierung (2. Titel, 5. Kapitel). Die OKPV ist schließlich auch eine soziale Krankenversicherung (Art. 1a Abs. 1 KVG).

Die schweizerische OKPV ist zudem eine Pflichtversicherung im Sinne des [§ 106 Abs. 1 Satz 2 SGB VI](#). Das Bundessozialgericht hat in der genannten Entscheidung vom 27.05.2014 ([B 5 RE 6/14 R](#), a.a.O.) hierzu u.a. wie folgt ausgeführt:

"Bei der Beurteilung von Ansprüchen der Auslandsrentner hat die Rechtsprechung wiederholt u.a. hinsichtlich der Prüfung einer gesetzlichen Pflichtversicherung den möglicherweise anders gelagerten Verhältnissen im Ausland Rechnung getragen. Insoweit wird lediglich vorausgesetzt, dass die ausländische gesetzliche Krankenversicherung wenigstens annähernd mit der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbar ist (BSG [SozR 2200 § 381 Nr. 22](#) S. 56; BSGE 47, 64, 65 = [SozR 2200 § 381 Nr. 30](#)).

Dies trifft auf die schweizerische OKPV unter dem Gesichtspunkt der Pflichtversicherung zu. Zwar beginnt die Pflichtversicherung in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung kraft Gesetzes mit der Verwirklichung eines bestimmten Tatbestandes, während in der Schweiz Versicherungspflicht besteht, aufgrund derer sich alle Personen mit dortigem Wohnsitz versichern müssen (Art. 3 Abs. 1 KVG), was den Abschluss eines Versicherungsvertrages erfordert.

Dieser Unterschied ist allerdings unwesentlich und steht einer Bewertung der OKPV als einer mit der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung annähernd vergleichbaren Versicherung nicht entgegen.

Sowohl Pflichtversicherung als auch Versicherungspflicht bewirken, dass die von ihnen erfassten Personen verbindlich einer Versicherung zugeführt werden. Dass der Versicherungspflicht nach dem KVG auch tatsächlich nachgekommen wird, wird nicht dem freiwilligen Entschluss der Betroffenen überlassen, sondern durch Rechtszwang sichergestellt (Johannes W. Pichler in ders., Pflichtversicherung oder Versicherungspflicht in der Krankenversicherung, 2001, S. 1, 15). Personen, die ihrer Versicherungspflicht nicht rechtzeitig nachkommen, werden von den zuständigen kantonalen Behörden einem Versicherer zugewiesen (Art. 6 Abs. 2 KVG)

Die OKPV ist schließlich nicht mit der Versicherung nach § 193 Abs. 3 des deutschen VVG vergleichbar. Ebenso wie die deutsche gesetzliche

Krankenversicherung ist die OKPV eine vorrangige Versicherung, die - mit geringfügigen Ausnahmen - die gesamte Wohnbevölkerung erfasst (vgl. Maurer/Scartazzini/Hürzeler, Bundessozialversicherungsrecht, 3. Aufl. 2009, S. 284 Rdnr. 2). Demgegenüber stellt sich die Versicherung nach [§ 193 Abs. 3 VVG](#) als Auffangversicherung dar, die lediglich den Teil der Wohnbevölkerung betrifft, der keine andere Absicherung im Krankheitsfall hat (Langheid in Römer/Langheid, VVG, 4. Aufl. 2014, § 193 Rdnr. 23); dieser Teil beläuft sich auf unter 10 %. Die Versicherungspflicht nach [§ 193 Abs. 3 S. 1 VVG](#) gilt u.a. nicht für Personen, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert oder versicherungspflichtig sind ([§ 193 Abs. 3 S. 2 Nr. 1 VVG](#)). Allein die gesetzliche Krankenversicherung schützt aber über 90 % der Wohnbevölkerung (Peters, a.a.O., [§ 1 SGB V](#) Rdnr. 4, Stand: Juni 2007).

Aus der Verpflichtung zur unionsrechtskonformen Auslegung des nationalen Rechts (vgl. [BVerfGE 75, 223](#), 237; Jarass in Jarass/Pieroth, GG, 12. Aufl. 2012, Art. 23 Rdnr. 27; Streinz in ders., EUV/AEUV, 2. Aufl. 2012, [Art. 4 EUV](#) Rdnr. 33, jeweils mwN) ergibt sich kein anderes Ergebnis.

Die unionsrechtskonforme Auslegung unterliegt den gleichen Grenzen wie die verfassungskonforme Auslegung ([BAGE 105, 32](#), 48 f.; Jarass, a.a.O.). Diese darf einem nach Wortlaut und Sinn eindeutigen Gesetz keinen entgegengesetzten Sinn verleihen oder den normativen Gehalt der auszulegenden Norm nicht grundlegend neu bestimmen ([BVerfGE 71, 81](#), 105; [90, 263](#), 275; [109, 279](#), 316 f.). Mit diesen Grenzen zulässiger Auslegung wäre es nicht vereinbar, die eindeutig getrennten Anwendungsbereiche des [§ 106 Abs. 1 SGB VI](#) einerseits und des [§ 249a SGB V](#) andererseits miteinander zu vermengen.

Eine derartige Auslegung hat auch der EuGH im Urteil vom 06.07.2000 ([C-73/99](#), Movrin - [SozR 3-6050 Art. 10 Nr. 6](#)) nicht vorgenommen. Statthafter Gegenstand einer Auslegungs- oder Gültigkeitsfrage im Vorabentscheidungsverfahren nach [Art. 267](#) des Vertrages über die Arbeitsweise der Europäischen Union (AEUV) sind Rechtssätze des Unionsrechts (vgl. Ehrlicke in Streinz, a.a.O., [Art. 267 AEUV](#) Rdnr. 13, 17). Fragen der Auslegung nationalen Rechts sind daher ausgenommen (vgl. z.B. EuGH, Urteil vom 03.10.2000 - [C-58/98](#), Corsten - [Juris Rdnr. 24](#); EuGH, Urteil vom 02.06.2005 - [C-136/03](#), Dörr und Ünal - [Juris Rdnr. 46](#))."

Dieser Beurteilung schließt sich der Senat an.

Mit dem Bundessozialgericht geht auch der Senat davon aus, dass [§ 106 Abs. 1 SGB VI](#) weiterhin weder verfassungs- noch unionsrechtlich zu beanstanden ist. Inländischer Prüfungsmaßstab ist insoweit BSG a.a.O., auch zum Nachfolgenden [Art. 3 Abs. 1](#) Grundgesetz (GG). Da die Pflichtmitgliedschaft eines Inlandsrentners in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung die Gewährung eines Beitragszuschusses ausschließt, ist es verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden, wenn die Pflichteinbeziehung in ein ausländisches gesetzliches Krankenschutzsystem dieselbe Wirkung hat. Nichts anderes gilt auch unter Berücksichtigung von Unionsrecht. Danach darf dem Auslandsrentner nicht versagt werden, worauf er als Inlandsrentner einen Anspruch hätte. Als Inlandsrentner und Pflichtmitglied in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung stünde dem Versicherten aber ebenfalls kein Anspruch aus [§ 106 Abs. 1 SGB VI](#) zu. Inwieweit [§ 249a SGB V](#) mit verfassungs- und unionsrechtlichen Vorgaben vereinbar ist, falls eine Beteiligung der Rentenversicherungsträger nach dieser Vorschrift an den Kosten einer ausländischen Pflichtkrankenversicherung ausscheiden sollte, die, wie die OKPV, Beiträge als Kopfprämien erhebt, ist vorliegend nicht zu entscheiden. Denn streitgegenständlich ist allein ein Anspruch des Versicherten auf Gewährung eines Zuschusses zu seiner Krankenversicherung nach [§ 106 Abs. 1 SGB VI](#) und nicht die anteilige Tragung seiner Krankenversicherungsbeiträge nach [§ 249a SGB V](#).

Letztlich liegt auch die nach [§ 106 Abs. 1 Satz 2 SGB VI](#) zu fordernde Gleichzeitigkeit vor. Diese ist gegeben, wenn neben der privaten Krankenversicherung zeitgleich Versicherungspflicht in einer in- oder ausländischen gesetzlichen Krankenversicherung besteht (BSG a. a. O.). Der Versicherte unterlag im streitgegenständlichen Zeitraum auf Grund seiner Wohnsitznahme in der Schweiz der Versicherungspflicht in der OKPV.

Ein Anspruch des Versicherten auf einen Beitragszuschuss nach [§ 106 Abs. 1 Satz 1 SGB VI](#) bestand auch nicht vor Inkrafttreten der Neufassung des [§ 106 Abs. 1 Satz 2 SGB VI](#) zum 01.05.2007. Gemäß [§ 106 Abs. 1 Satz 2 SGB VI](#) in der bis 30.04.2007 geltenden Bekanntmachung der Neufassung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch vom 19.02.2002 ([BGBl. I 754](#)) war ein Anspruch auf einen Zuschuss für die Aufwendungen für die Krankenversicherung ausgeschlossen, wenn der Rentenbezieher gleichzeitig in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert war. Der insoweit nach dem Gesetzeswortlaut grundsätzlich gegebene Anspruch des Versicherten wird - wie bereits oben dargestellt - nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts bereits zur früheren Gesetzeslage durch den Gleichheitsgrundsatz begrenzt, wenn er von einer ausländischen gesetzlichen Krankenversicherung als Pflichtmitglied erfasst wird, soweit diese wenigstens annähernd mit der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbar ist. Die schweizerische OKPV stellt nicht nur eine ausländische gesetzliche Krankenversicherung dar, die den Versicherten als Pflichtmitglied erfasste. Sie stellt sich darüber hinaus als Vollversicherung dar und ist im Sinne der genannten Rechtsprechung des Bundessozialgerichts wenigstens annähernd mit der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung inhaltlich vergleichbar (BSG, Urteil vom 27.05.2014, [a.a.O.](#)). Dies ergibt sich aus dem umfassenden, in Art. 25 Abs. 1 KVG statuierten Leistungskatalog der OKPV, der u.a. Diagnose sowie Behandlung von Krankheiten und ihre Folgen ambulant wie stationär umfasst (vgl. zum Leistungskatalog nach Art. 25 Abs. 1 KVG im Einzelnen die ausführliche Darstellung in der genannten Entscheidung des BSG vom 27.05.2014, [a.a.O.](#)). Dem gegenüber ist unerheblich, dass die OKPV eine Beteiligung des Versicherten an den Kosten kennt (Art. 64 KVG); denn auch der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung ist eine Kostenbeteiligung der Versicherten in Form von Zuzahlung ([§ 61 SGB V](#)) nicht fremd. Ohne Relevanz für die Qualifizierung als Vollversicherung ist weiterhin der Umstand, dass die Leistungen der OKPV in Form von Kostenerstattung erbracht und die Kosten der Zahnbehandlung nur begrenzt erstattet werden (BSG a.a.O.).

Steht dem Versicherten danach kein Anspruch auf Gewährung eines Zuschusses nach [§ 106 Abs. 1 SGB VI](#) zu, kann ihm ein solcher auch nicht im Wege des Herstellungsanspruchs - wie vom Sozialgericht angenommen - zuerkannt werden. Denn im Wege des Herstellungsanspruchs kann keine Vergünstigung erwirkt werden, die dem Betroffenen nach geltendem Recht schon nicht zusteht (BSG a. a. O.).

Ein Anspruch des Versicherten kann sich auch nicht aus der von der Klägerin vorgetragene und von der Beklagte gegenüber dem Versicherten im Schreiben vom Juni 2009 sogar bestätigten Verwaltungspraxis der Beklagten, unter Geltung der bis zum 30.04.2007 anzuwendenden Fassung des [§ 106 Abs. 1 SGB VI](#) Beziehen einer Rente aus der deutschen gesetzlichen Rentenversicherung mit Wohnsitz

in der Schweiz bei rechtzeitigem Antrag ein Beitragszuschuss nach dieser Norm gewährt zu haben, ergeben. Wie dargestellt stand einem Auslandsrentner, der seinen Wohnsitz in der Schweiz hat und in der OKPV versichert ist, auch nach der bis zum 30.04.2007 geltenden Fassung kein Anspruch auf Gewährung eines Zuschusses nach [§ 106 SGB VI](#) zu, sodass eine entsprechende Gewährung rechtswidrig gewesen wäre. Ein Anspruch aus [Art. 3 Abs. 1 GG](#) i.V. mit einer entsprechenden gleichmäßigen Verwaltungspraxis der Beklagten scheidet deshalb daran, dass [Art. 3 Abs. 1 GG](#) keinen Anspruch auf Anwendung einer rechtswidrigen Verwaltungspraxis vermittelt. Auf eine Gleichheit im Unrecht kann sich niemand berufen (BVerfG, Kammerbeschluss vom 28.06.1993, [1 BvR 390/89](#), [NVwZ 1994, 475](#), 476).

Bestand somit am 30.04.2007 kein Anspruch auf einen Zuschuss zu den Aufwendungen für die Krankenversicherung, so ist der Anwendungsbereich für die Übergangsvorschrift in [§ 315 Abs. 4 SGB VI](#), der eben dies fordert, von vornherein nicht eröffnet.

Mangels Bestehens eines Anspruchs in der Hauptsache kommt auch ein Zinsanspruch nicht in Betracht.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#).

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2015-01-25