

L 6 RA 117/02

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
6
1. Instanz
SG Berlin (BRB)
Aktenzeichen
S 7 RA 735/02
Datum
28.10.2002
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 6 RA 117/02
Datum
27.07.2005
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 28. Oktober 2002 wird zurückgewiesen. Die Klage wird abgewiesen. Außergerichtliche Kosten sind auch für das Berufungsverfahren nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist die Höhe des dem Kläger gewährten Zuschusses zur privaten Krankenversicherung.

Der am 1932 geborene Kläger bezieht von der Beklagten seit Oktober 1997 Regelaltersrente, die bis zur Aufgabe seiner selbständigen Tätigkeit am 31. Dezember 2000 als Teilrente in Höhe der Hälfte der Vollrente gezahlt wurde. Der gesetzlichen Krankenversicherung gehörte er nicht an, vielmehr ist er privat krankenversichert (Versicherungsschein der Vereinten (jetzt A Private) Krankenversicherungs AG vom 14. November 1996 Versicherungsnr: -). Ab Januar 1997 entrichtete er einen Gesamtmonatsbeitrag von 250,90 DM (= 128,28 Euro) im Tarif 2500 (Übernahme der stationären Kosten).

Im Rentenbescheid vom 19. Januar 2001 stellte die Beklagte neben dem Anspruch auf Regelaltersrente in Höhe von 3.292,11 DM monatlich (errechnet aus 67,7667 persönlichen Entgeltpunkten -EP-) ab dem 01. Januar 2001 den Zuschuss zur privaten Krankenversicherung in Höhe von 125,45 DM fest. Mit seinem Widerspruch rügte der Kläger die Reduzierung des Zuschusses auf den halben Beitrag zur privaten Krankenversicherung. Damit werde seine durch Beiträge erworbene Rentenanwartschaft entwertet. So müsse berücksichtigt werden, dass er nur gegen stationäre Krankheitskosten versichert sei und für die Kosten der ambulanten Krankenversorgung weitere Vorsorge in Form von kapitalbildenden Maßnahmen treffe. Auch letzteres sei in die Berechnung des Zuschusses einzustellen. Für eine freiwillige Versicherung bei der D würde sich unter Berücksichtigung der ambulanten Krankenversorgung (ohne Krankengeldanspruch) ein monatlicher Beitrag von 410,- DM ergeben. Die Beklagte wies den Widerspruch mit der Begründung zurück, die Höhe des Beitragszuschusses bestimme sich nach § 106 Abs. 2 Satz 1 des 6. Buches des Sozialgesetzbuches (SGB VI) in Abhängigkeit vom Zahlbetrag der Rente und dem maßgebenden Vom-Hundert-Satz. Der Zuschuss sei nach [§ 106 Abs. 2 Satz 5 SGB VI](#) auf die Hälfte der tatsächlichen Aufwendungen für die Krankenversicherung zu begrenzen. Der ab Januar 2001 maßgebliche Vom-Hundert-Satz zur Krankenversicherung betrage 6,75 %. Bei einer monatlichen Bruttorente von 3.292,11 DM ergebe sich unter Berücksichtigung des Vom-Hundert-Satzes von 6,75 % zwar ein Betrag von 222,13 DM. Da der zu zahlende Krankenversicherungsbeitrag monatlich 250,90 DM betrage, sei eine Begrenzung auf den halben Krankenversicherungsbeitrag (125,45 DM) erforderlich (Widerspruchsbescheid vom 15. Januar 2002).

Mit seiner Klage vor dem Sozialgericht (SG) Berlin hat der Kläger sein Begehren weiterverfolgt. Die Nichtberücksichtigung der privaten Vorsorge für die ambulante Krankenversorgung bei Berechnung des Zuschusses verstoße gegen den Gleichbehandlungsgrundsatz des [Art. 3 Abs. 1](#) Grundgesetz (GG). Denn damit werde eine Gleichstellung des privaten Krankenversicherungsschutzes mit der gesetzlichen Krankenversicherung der Rentner (KVdR) nicht erreicht. Eine mögliche Überversorgung sei schon durch die Begrenzung auf den durchschnittlichen Vom-Hundert-Satz ausgeschlossen. Zudem könne er den Versicherungsschutz heute nicht mehr auf die Kosten der ambulanten Krankenbehandlung erweitern, da ab dem 65. Lebensjahr keine private Versicherung mehr Aufnahmen ermögliche. Daher erscheine in Anlehnung an die Tarifgruppe ohne Eigenbeteiligung bis zum vollendeten 65. Lebensjahr ein Zuschuss in Höhe von 225,30 DM monatlich als angemessen.

Das SG hat durch Urteil vom 28. Oktober 2002 die Klage abgewiesen. Die angefochtenen Bescheide seien rechtmäßig. Insoweit beziehe sich die Kammer auf die überzeugende Begründung im Widerspruchsbescheid vom 15. Januar 2002 und sehe von einer weiteren Darstellung der Entscheidungsgründe ab. Das Gesetz spreche eindeutig und mit wünschenswerter Klarheit von den "tatsächlichen Aufwendungen", zu denen die vom Kläger begehrten fiktiven Aufwendungen für ambulante Krankenversorgung nicht gehören könnten. Es bestünden keine

durchgreifenden verfassungsrechtlichen Bedenken. Die Beschränkung des Zuschusses auf höchstens die Hälfte der tatsächlichen Aufwendungen bewirke gerade eine Gleichbehandlung mit den Versicherten, die gesetzlich krankenpflichtversichert sind. Auch würden die Bezieher von hohen Renten nicht benachteiligt. Zwar verschiebe sich (bei einem in der Höhe unveränderten Krankenversicherungszuschuss) das prozentuale Verhältnis zur Gesamtleistung, je höher die Rente werde. Dieses Ergebnis sei aber sachgerecht, weil sich auch bei einer hohen Rente nichts daran ändere, dass der monatliche Zuschuss auf maximal die Hälfte der tatsächlichen Aufwendungen begrenzt werde. Im Übrigen habe sich der Gesetzgeber bei der Schaffung des [§ 106 SGB VI](#) an einem Regelfall orientieren dürfen, den der Krankenversicherungsschutz über eine gesetzliche oder private Krankenkasse darstelle. Der Gesetzgeber habe somit den ihm zukommenden Gestaltungsfreiraum in sachgerechter Weise genutzt.

Mit seiner Berufung führt der Kläger aus, die privaten Vorsorgeaufwendungen für die ambulante Krankenversorgung könnten sehr wohl Berücksichtigung finden. Insoweit stehe weder der Gesetzgeber noch der Rentenversicherungsträger, wie vom Sozialgericht angenommen, vor einer kaum löslichen Aufgabe bei der Berechnung des Zuschusses. Denn die privat angesparten Mittel würden sich auf den niedrigst möglichen Beitrag der entsprechenden Krankenversicherung begrenzen lassen. Nichts anderes begehre er. Nur dann wäre eine Gleichstellung mit den in der KVdR Pflichtversicherten erreicht. Auch stelle die private Kapitalvorsorge kein unbilliges Ausscheren aus der Solidargemeinschaft der Krankenversicherten dar. Im Gegenteil seien die Krankenkassen aus Kostengründen froh, Rentner entweder nicht mehr aufnehmen zu müssen oder sie wieder los werden zu können, da die Belastung der Versicherungen durch diese Altersgruppen gerichtsbekannt am höchsten sei. Es treffe auch nicht zu, dass die umfassende Krankenversicherung der Regelfall sei. Nach seiner Kenntnis sollen bis zu 10 % der Bevölkerung ihre Krankheitskosten selbst tragen. Der Gesetzgeber habe also Veranlassung gehabt, diese im Umfang nicht unwesentliche Gruppe hinreichend zu berücksichtigen und ihnen für den Rentenfall eine Mindestanrechnung zu ermöglichen.

Der Kläger beantragt sinngemäß,

das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 28. Oktober 2002 aufzuheben, den Bescheid vom 19. Januar 2001 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 15. Januar 2002 sowie den Bescheid vom 03. Dezember 2003 abzuändern und die Beklagte zu verurteilen, ihm einen höheren Zuschuss zum privaten Krankenversicherungsbeitrag zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen sowie die Klage gegen den Bescheid vom 03. Dezember 2003 abzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil des Sozialgerichts für zutreffend und die Höhe des Zuschusses zur privaten Krankenversicherung auch im Bescheid vom 03. Dezember 2003 für korrekt berechnet.

Nachdem die A Private Krankenversicherungs-AG die Erhöhung des Gesamtmonatsbeitrags auf 147,27 Euro zum 1. Januar 2004 (Schreiben vom 15. November 2003) mitgeteilt hatte, hat die Beklagte antragsgemäß den Zuschuss zur privaten Krankenversicherung auf 73,64 Euro erhöht (Bescheid vom 03. Dezember 2003).

Zur Ergänzung des Tatbestandes wird auf den sonstigen Inhalt der Gerichtsakte und der Verwaltungsakte der Beklagten, die bei der Entscheidungsfindung vorgelegen haben, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Der Senat konnte nach [§§ 153 Abs. 1, 124 Abs. 2](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) ohne mündliche Verhandlung entscheiden, weil die Beteiligten sich mit dieser Verfahrensweise einverstanden erklärt haben.

Die zulässige, weil nicht durch Tatbestände i. S. d. [§ 144 Abs. 1 Satz 1 SGG](#) ausgeschlossene Berufung des Klägers ist nicht begründet.

Der Bescheid der Beklagten vom 19. Januar 2001 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 15. Januar 2002 ist ebenso wie der Bescheid vom 03. Dezember 2003, der nach [§§ 153 Abs. 1, 96 Abs. 1 SGG](#) Gegenstand des Berufungsverfahrens geworden ist, hinsichtlich des hier nur streitigen Zuschusses zur privaten Krankenversicherung nicht zu beanstanden. Der Kläger hat keinen Anspruch auf einen höheren Zuschuss zum Beitrag seiner privaten Krankenversicherung.

Nach [§ 106 Abs. 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. Nach Abs. 2 dieser Vorschrift in der hier maßgebenden Fassung des 3. SGB V - Änderungsgesetz vom 10. Mai 1995 ([BGBl. I S. 678](#)) wird der monatliche Zuschuss in Höhe des halben Beitrages geleistet, der sich aus der Anwendung des durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes der Krankenkassen auf den Zahlbetrag der Rente ergibt. Der insoweit maßgebende Beitragssatz wird vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) jeweils zum 01. Januar eines Jahres einheitlich für das Bundesgebiet festgestellt und gilt vom 01. Juli des jeweiligen Kalenderjahres bis zum 30. Juni des folgenden Kalenderjahres. Der monatliche Zuschuss wird auf die Hälfte der tatsächlichen Aufwendungen für die Krankenversicherung begrenzt.

Danach hat die Beklagte den Beitragszuschuss für den Kläger in dem angefochtenen Rentenbescheid vom 19. Januar 2001 wie auch in dem späteren Rentenbescheid vom 03. Dezember 2003 zutreffend bestimmt. Ausgehend von einem Rentenzahlbetrag von 3.292,11 DM (67,7667 EP multipliziert mit dem aktuellen Rentenwert -aktRW- von 48,58 DM) und dem vom 01. Juli 2000 bis zum 30. Juni 2002 geltenden hälftigen Beitragssatz von 6,75 % (vgl. Bekanntmachung des BMG vom 13. April 2000, BAnz. 81/2000; vom 19. Februar 2001, BAnz. 45/2001) beträgt der Zuschuss monatlich 222,22 DM, jedoch begrenzt auf den hälftigen Betrag der tatsächlichen Aufwendungen für die private Krankenversicherung in Höhe von 125,45 DM. Zum 01. Juli 2001 ergibt sich, ausgehend von einem Rentenzahlbetrag von 3.355,13 DM (67,7667 EP multipliziert mit 49,51 DM aktRW) ein Zuschuss von monatlich 226,47 DM, der ebenfalls auf den hälftigen tatsächlichen Krankenversicherungsbeitrag von 125,45 DM zu begrenzen ist. Auch unter Berücksichtigung der Rentenerhöhungen zum 01. Juli 2002 und 01. Juli 2003 bleibt es bei der Begrenzung des Zuschusses auf die Hälfte der tatsächlichen Aufwendungen für die private Krankenversicherung in Höhe von 64,14 EUR monatlich (= 125,45 DM). Nach Erhöhung des Krankenversicherungsbeitrages mit Wirkung ab

01. Januar 2004 hat die Beklagte zutreffend einen Zuschuss i. H. v. 73,64 EUR ab diesem Zeitpunkt festgestellt. Zwar findet nach der Bekanntmachung des BMG vom 12. April 2002 (BAnz. 82/2002) vom 01. Juli 2002 bis zum 30. Juni 2003 ein hälftiger Beitragssatz von 7,00 % und vom 01. Juli 2003 bis zum 30. Juni 2004 ein hälftiger Beitragssatz von 7,15 % (Bekanntmachung vom 19. März 2003, BAnz. 81/2003) Anwendung, jedoch liegen die sich danach ergebenden Zuschussbeträge jeweils über den tatsächlichen Aufwendungen i. S. v. [§ 106 Abs. 2 Satz 5 SGB VI](#) a. F. (bzw. [§ 106 Abs. 3 Satz 5 SGB VI](#) in der ab 01. Januar 2004 maßgeblichen Fassung des 2. Gesetzes zur Änderung des SGB VI und anderer Gesetze vom 27. Dezember 2003 - [BGBl. I S. 3013](#) -, n.F.).

Wie schon das SG vermag auch der Senat nicht, die vom Kläger geäußerten verfassungsrechtlichen Bedenken zu [§ 106 Abs. 2 Satz 5 SGB VI](#) a. F. (bzw. [§ 106 Abs. 3 Satz 5 SGB VI](#) n.F.) zu teilen, soweit nach dieser Vorschrift bei privat krankenversicherten Rentnern der Zuschuss auf die Hälfte der tatsächlichen Aufwendungen für die Krankenversicherung - d. h. des Krankenversicherungsbeitrages - zu begrenzen ist. Nach dem eindeutigen Wortlaut von [§ 106 Abs. 2 Satz 5 SGB VI](#) a. F. ebenso von [§ 106 Abs. 3 Satz 5 SGB VI](#) n. F. und den Vorgängerregelungen - § 1304 e Abs. 2 Satz 2 Reichsversicherungsordnung (RVO) und § 83 e Abs. 2 Satz 2 Angestelltenversicherungsgesetz (AVG) - handelt es sich bei den "tatsächlichen Aufwendungen für die Krankenversicherung" nur um die tatsächlichen, aufgrund einer rechtlichen Verpflichtung an ein privates Krankenversicherungsunternehmen gezahlten Beiträge bzw. Prämien, nicht jedoch um "fiktive" Beiträge zu einer Krankenversicherung für einen der gesetzlichen Krankenversicherung der Rentner entsprechenden Versicherungsschutz (vgl. BSG in SozR 2200 § 1304 e Nrn. 10,19; im Weiteren: Peters im Kassler Kommentar, Stand: März 2005, Rz. 15 zu [§ 106 SGB VI](#), Terdenge in Hauck/Noftz, SGB VI Gesetzliche Rentenversicherung, Stand: Juni 2005, Rz. 7 zu § 106).

Die Begrenzung auf die Hälfte der tatsächlichen Aufwendungen für Beiträge/ Prämien zur privaten Krankenversicherung verstößt auch dann nicht gegen den allgemeinen Gleichbehandlungsgrundsatz des [Art. 3 Abs. 1 GG](#), wenn der Rentner entsprechend seiner im Privatrecht bestehenden Dispositionsfreiheit den Krankenversicherungsschutz nur auf Teilbereiche der von der KVdR erfassten Leistungen - wie hier auf stationäre Krankenbehandlung - beschränkt hat. Maßstab für die Gleichbehandlung ist, wie der Kläger selbst erkennt, der in der KVdR Pflichtversicherte. Für diesen übernimmt der Rentenversicherungsträger ebenfalls nur die Hälfte der tatsächlich aus der Rente zu erhebenden und damit tatsächlich zu zahlenden Beiträge ([§ 249 a SGB V](#)). Dabei ist unerheblich, ob der pflichtversicherte Rentner zum Beispiel als Mitglied einer Ersatzkasse bessere oder andere Leistungen aus dem Krankenversicherungsschutz erhält als das Mitglied einer Regelkasse (wie die AOK). Weiterhin kann nicht unberücksichtigt bleiben, dass das Mitglied der KVdR nicht wie in einem privaten Krankenversicherungsverhältnis zuvor die Möglichkeit hatte, den Umfang der Leistungen auf ein Minimum zu beschränken und durch Ersparung von Beitragsaufwendungen über viele Jahre Vermögensvorteile zu erzielen. Wie aus der Gesetzeshistorie deutliche wird, verwirklicht gerade die Begrenzung des Zuschusses auf die Hälfte der tatsächlichen Aufwendungen für den privaten Krankenversicherungsschutz das Gleichbehandlungsgebot. So war nach den bis Juli 1977 geltenden Regelungen (§ 381 RVO a. F.) ein Zuschuss zur privaten Krankenversicherung regelmäßig ausgeschlossen, sofern diese keine "Vollversicherung" wie in der gesetzlichen Krankenversicherung gewährte. Mit dieser Vorgängerregelung von [§ 106 SGB VI](#), nach der dem Kläger überhaupt kein Beitragszuschuss zu gewähren wäre, sollte die Gleichbehandlung mit den Versicherten in der KVdR gesichert werden. Durch die Neuregelungen in § 83 e AVG bzw. § 1304 e RVO wurde erstmals ein Zuschuss auch in den Fällen möglich, bei denen die private Krankenversicherung des Rentners nur einen (jedoch nicht unwesentlichen) Teilbereich der gesetzlichen Krankenversicherung abdeckte. Die Erweiterung wurde einzig unter dem Aspekt als gerechtfertigt angesehen, dass gleichzeitig eine Deckelung des Zuschusses durch dessen Beschränkung auf die tatsächlichen Aufwendungen für die private Krankenversicherung (Beitrags-/ Prämienaufwendungen) eingeführt wurde (vgl. hierzu BSG in SozR 2200 § 1304 e RVO Nr. 5). Der vorliegenden höchstrichterlichen Rechtsprechung zum Zuschuss zur privaten Krankenversicherung des Rentners können verfassungsrechtliche Bedenken hinsichtlich der Begrenzung des Zuschusses auf die Hälfte der tatsächlichen Aufwendungen nicht entnommen werden.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#); sie folgt der Entscheidung in der Hauptsache.

Gründe für eine Zulassung der Revision nach [§ 160 Abs. 2 SGG](#) sind nicht ersichtlich, insbesondere weicht der Senat nicht von der höchstrichterlichen Rechtsprechung ab, sondern sieht sich mit der verfassungsrechtlichen Würdigung in Übereinstimmung mit der Rechtsprechung des BSG (und auch des Bundesverfassungsgerichts) zu den den Zuschuss zur freiwilligen oder privaten Krankenversicherung des Rentners betreffenden Regelungen.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2006-09-13