

## L 10 R 5221/07

Land  
Baden-Württemberg  
Sozialgericht  
LSG Baden-Württemberg  
Sachgebiet  
Rentenversicherung  
Abteilung  
10  
1. Instanz  
SG Konstanz (BWB)  
Aktenzeichen  
S 4 R 3423/06  
Datum  
30.08.2007  
2. Instanz  
LSG Baden-Württemberg  
Aktenzeichen  
L 10 R 5221/07  
Datum  
14.04.2011  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen

-  
Datum

-  
Kategorie  
Urteil  
Leitsätze

1. [§ 106 Abs. 1 Satz 1 SGB VI](#) begründet bei europarechtskonformer Auslegung auch einen Anspruch auf Zuschuss zur Krankenversicherung für ein Versicherungsverhältnis in der Schweiz, wenn das schweizer Versicherungsunternehmen der dortigen staatlichen Aufsicht unterliegt (Anschluss an LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 09.06.2010, [L 4 R 583/06](#)). , [§106 SGB VI](#); Pflicht zum Abschluss eines Versicherungsvertrages ist keine Pflichtversicherung.

2. [§ 106 Abs. 1 Satz 2 SGB VI](#) (hier in der bis 30.04.2007 geltenden Fassung, aber auch in der ab 01.05.2007 geltenden Fassung) schließt einen Anspruch auf Zuschuss zu einer ausländischen Pflichtversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht aus.

3. Die in der Schweiz bestehende Pflicht, sich für Krankenpflege zu versichern (so genannte obligatorische Krankenpflegeversicherung), stellt keine Pflichtversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung i.S. des [§ 106 SGB VI](#) dar (Anschluss an LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 09.06.2010, [L 4 R 583/06](#)).

Auf die Berufung des Klägers werden das Urteil des Sozialgerichts Konstanz vom 30.08.2007 sowie der Bescheid der Beklagten vom 06.09.2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 21.11.2006 aufgehoben.

Die Klage wird abgewiesen.

Die Beklagte hat dem Kläger die außergerichtlichen Kosten in beiden Rechtszügen zu erstatten.

Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob die Beklagte die Bewilligung eines Zuschusses zur Krankenversicherung des Klägers zu Recht zurückgenommen hat.

Der am 1941 geborene Kläger hat seinen ständigen Wohnsitz in Deutschland. Er war nach einer langjährigen Tätigkeit als Gerichtsvollzieher zuletzt als Waldorflehrer und Heilpädagoge beschäftigt und als solcher bis 31.08.2005 in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert. Seit 01.09.2005 bezieht der Kläger Altersrente für langjährig Versicherte in Höhe von rund 1.500 EUR, seit 01.12.2006 auch eine schweizerische Altersrente. Die Voraussetzungen für eine Pflichtversicherung in der Krankenversicherung der Rentner erfüllt der Kläger nicht.

Die Ehefrau des Klägers, die als Grenzgängerin in der Schweiz beschäftigt ist, unterliegt aufgrund dieser Tätigkeit der schweizerischen Versicherungspflicht in der Krankenversicherung, wodurch sie verpflichtet ist, sich in der Schweiz "für Krankenpflege" zu versichern. Sie musste hierzu unter freier Auswahl unter den öffentlichen und privaten Versicherern der Schweiz einen Versicherungsvertrag abschließen (Art. 3 Abs. 1 und Art. 4 Abs. 1 Schweizerisches Bundesgesetz über die Krankenversicherung - KVG -), sonst wäre sie einem Versicherer zugewiesen worden (Art. 6 KVG). Entsprechend hat sie bei dem schweizerischen Versicherer H. Versicherungen AG (im Folgenden: H. AG), der staatlicher Aufsicht unterliegt, in der sog. "obligatorischen Krankenpflegeversicherung" ein vertragliches Versicherungsverhältnis begründet. Ab 01.11.2005 war der Kläger aufgrund eines von ihm abgeschlossenen Versicherungsvertrages ebenfalls bei der H. AG auf der Basis der "obligatorischen Krankenpflegeversicherung" für ambulante Arztbehandlung, stationäre Krankenhausbehandlung, Arznei- und Heilmittelkosten sowie zahnärztliche Behandlung und Zahnersatz bei einer Selbstbeteiligung (300,00 CHF jährlich sowie 10%) krankenversichert (Gesamtmonatsprämie Stand 01.11.2005: 330,00 CHF). Die H. AG war - in Unkenntnis des Rentenbezuges des Klägers - davon ausgegangen, dass der Kläger als Familienangehöriger einer Grenzgängerin aufgrund des Abkommens zwischen der Schweizerischen

Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihrer Mitgliedsstaaten andererseits über die Freizügigkeit vom 21.06.1999 (Freizügigkeitsabkommen, in Kraft seit 01.06.2002) und darauf beruhender Regelungen im Anhang VI - Schweiz - der VO (EWG) Nr. 1408/71 - bei danach möglicher, vom Kläger aber damals nicht in Anspruch genommener Befreiungsmöglichkeit - ebenfalls bei ihr (Art. 4a Buchstabe a KVG) versicherungspflichtig war. Das Versicherungsverhältnis wurde zum 31.08.2007 aufgehoben, nachdem der Kläger zum 01.09.2007 freiwilliges Mitglied der Technikerkrankenkasse (TKK) geworden war.

Im Zusammenhang mit seinem Altersrentenantrag hatte der Kläger auch die Gewährung eines Zuschusses zur Krankenversicherung gemäß [§ 106](#) des Sechsten Buches des Sozialgesetzbuchs (SGB VI) beantragt. Hierzu hatte die H. AG bestätigt, dass die Mitgliedschaft "freiwillig" sei und der Kläger als "alleiniger Versicherungsnehmer im Rahmen einer Einzelversicherung" versichert sei, ferner u.a., dass "ein eigenständiger Versicherungsschutz besteht, der nicht von der Disposition eines Dritten abhängig ist." Auf dieser Grundlage hatte die Beklagte dem Kläger mit Bescheid vom 09.02.2006 einen Zuschuss zu seiner Krankenversicherung in Höhe von 99,10 EUR bewilligt.

Nachdem bei der Beklagten noch im Februar 2006 Zweifel aufgekommen waren, ob es sich bei der schweizerischen Krankenversicherung des Klägers um eine freiwillige Krankenversicherung handelte, wandte sie sich zur weiteren Abklärung an die H. AG. Diese bestätigte daraufhin erneut, dass die Mitgliedschaft freiwillig sei, zur Art der Versicherung gab sie im Unterschied zu ihrer früheren Bestätigung nunmehr an, dass der Kläger als "mitversichertes Familienmitglied bzw. mitversicherter Angehöriger des Versicherungsnehmers" versichert sei. Auf weitere Nachfrage legte sie dar, dass die Ehefrau des Klägers über die bilateralen Verträge als Grenzgängerin versichert sei und der Kläger sich dadurch für die obligatorische Krankenpflegeversicherung in der Schweiz bei ihr versichert habe. Seine Versicherung könne nicht in einen anderen Vertrag umgewandelt werden, da der Kläger nur während der Versicherungszeit seiner Ehefrau die Möglichkeit habe, sich in der Schweiz zu versichern. In diesem Vertrag sei der Kläger jedoch selbstständig versichert und bezahle dadurch auch Prämien (Kopfprämien). Durch diese Versicherung habe er eine eigene Police und einen eigenen Versicherungsschutz. Sofern seine Ehefrau wieder eine Beschäftigung in Deutschland aufnehmen sollte, müsse der Kläger aus dieser Versicherung austreten. Die Versicherung basiere nur auf der Versicherungszeit der Ehefrau.

Mit Bescheid vom 09.06.2006 nahm die Beklagte die mit Bescheid vom 09.02.2006 erfolgte Bewilligung des Zuschusses gemäß [§ 45](#) des Zehnten Buches des Sozialgesetzbuchs (SGB X) mit Wirkung für die Zukunft ab 01.07.2006 zurück. Zur Begründung führte sie aus, aufgrund der Mitversicherung bei der Ehefrau besitze der Kläger keine nominelle eigene Versicherung, der Versicherungsschutz sei von der Disposition eines Dritten abhängig und eine Umwandlung des Vertrages in einen eigenen Vertrag sei nicht möglich. Im Widerspruchsverfahren machte der Kläger geltend, zwischen ihm und der H. AG bestehe ein gegenseitiges, entgeltliches und eigenständiges Versicherungsverhältnis, im Rahmen dessen er selbst Beitragsschuldner sei. Er sei somit nicht bei seiner Ehefrau mitversichert, vielmehr habe er sich freiwillig der sog. "Pflichtversicherung" unterstellt. Mit Widerspruchsbescheid vom 21.11.2006 wurde der Widerspruch mit der Begründung zurückgewiesen, bei der Krankenversicherung des Klägers handele es sich um eine obligatorische Versicherung, also Pflichtversicherung, die nach dem eindeutigen Wortlaut des [§ 106 SGB VI](#) nicht bezuschusst werden könne. Dass er dieser Versicherung freiwillig beigetreten sei, ändere nichts an der allein maßgeblichen Tatsache, dass es sich vom Rechtscharakter her um eine Pflichtversicherung handele. Im Übrigen wurde auf die zuvor erfolgten Darlegungen verwiesen, mit denen u.a. ausgeführt worden war, dass allein die Tatsache, dass der Bestand der Versicherung abhängig davon sei, ob seine Ehefrau in der Schweiz arbeite oder nicht, die Gewährung des Beitragszuschusses hindere. Denn es handele sich eben nicht um eine Versicherung, die ausschließlich seiner eigenen Disposition unterworfen sei. Hinsichtlich der weiteren Begründung - auch zur Ermessensausübung - wird auf den Widerspruchsbescheid Bezug genommen.

Am 07.12.2006 hat der Kläger dagegen unter Wiederholung und Vertiefung seines bisherigen Vorbringens beim Sozialgericht Konstanz (SG) Klage erhoben.

Mit Urteil vom 30.08.2007 hat das SG die auf Aufhebung des Bescheids vom 06.09.2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 21.11.2006 gerichtete Klage im Wesentlichen mit der Begründung abgewiesen, bei der schweizerischen obligatorischen Krankenpflegeversicherung handele es sich um eine Pflichtversicherung. Voraussetzung für die Gewährung eines Zuschusses sei jedoch, dass eine freiwillige Versicherung vorliege. Allein die Tatsache, dass dieser Versicherung auch freiwillig beigetreten werden könne, mache sie nicht zu einer freiwilligen Versicherung.

Gegen das ihm am 28.09.2007 zugestellte Urteil, hat der Kläger am 29.10.2007, einem Montag, beim SG Berufung eingelegt.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Konstanz vom 30.08.2007 sowie den Bescheid der Beklagten vom 09.06.2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 21.11.2006 aufzuheben, die jeweiligen Zuschüsse ab Fälligkeit mit 11,2% zu verzinsen und ihm eine Auslagenpauschale, auch für anwaltschaftliche Rechtsberatung, von 400,00 EUR zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die angefochtene Entscheidung für richtig und vertritt weiterhin der Auffassung, dass es sich bei der in Rede stehenden Versicherung um eine Pflichtversicherung handele, zu der ein Zuschuss gemäß [§ 106 SGB VI](#) nicht gewährt werden könne. Sie hat das Ergebnis ihrer weiteren Ermittlungen vorgelegt, wonach die H. AG irrtümlich davon ausgegangen war, dass der Kläger nicht erwerbstätiger Familienangehöriger im Sinne der anzuwendenden Rechtsvorschriften gewesen sei, was jedoch wegen des Bezugs der deutschen Rente nicht der Fall gewesen sei. Die Versicherung hätte deshalb nicht abgeschlossen werden dürfen; der schweizerische Rentenbezug habe keine Auswirkungen.

Mit Bescheid vom 06.02.2008 hat die Beklagte im Hinblick auf das Versicherungsverhältnis bei der TKK ab 01.04.2008 erneut einen Beitragszuschuss bewilligt.

Die Beteiligten haben sich übereinstimmend mit einer Entscheidung des Senats durch Urteil ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhalts sowie des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Verwaltungsakten der Beklagten sowie der Akten beider Rechtszüge Bezug genommen. Dies gilt auch im Hinblick auf die von der Beklagten im Berufungsverfahren vorgelegten sowie vom Senat ermittelten Vorschriften des schweizerischen Rechts.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§ 151 Abs. 1](#) und 2 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) form- und fristgerecht eingelegte und gemäß [§§ 143, 144 SGG](#) statthafte Berufung des Klägers, über die der Senat mit dem Einverständnis der Beteiligten gemäß [§ 124 Abs. 2 SGG](#) ohne mündliche Verhandlung entscheidet, ist zulässig; die Berufung ist auch begründet.

Gegenstand des Rechtsstreits ist allein der Bescheid vom 29.06.2006 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 21.11.2006 und damit die darin ausgesprochene Rücknahme der mit Bescheid vom 09.02.2006 erfolgten Bewilligung eines Zuschusses zur (schweizerischen) Krankenversicherung. Allein statthafte Klageart ist insoweit die reine Anfechtungsklage, weil mit Aufhebung des streitbefangenen Bescheides die ursprüngliche Bewilligung (Bescheid vom 09.02.2006) wieder Geltung erlangen würde. Bei dieser reinen Anfechtungsklage gegen einen, keine Dauerwirkung entfaltenden, Aufhebungsbescheid ist maßgeblicher Zeitpunkt der Sach- und Rechtslage jener der letzten Behördenentscheidung, hier also der Zeitpunkt des Erlasses des Widerspruchsbescheides (BSG, Urteil vom 19.12.2000, [B 2 U 49/99 R](#) zur vergleichbaren Situation einer Rentenentziehung). Dem entsprechend spielen spätere Änderungen der Sach- und Rechtslage keine Rolle, so dass die spätere Aufhebung des schweizerischen Versicherungsverhältnisses (zum 31.08.2007) ebenso wenig Berücksichtigung finden kann, wie die spätere erneute Bewilligung eines Zuschusses zur Krankenversicherung (ab 01.04.2008 durch Bescheid vom 06.02.2008). Damit ist der Bescheid vom 06.02.2008 auch nicht gemäß [§ 96 SGG](#) Gegenstand des Rechtsstreits geworden; denn er wirkt sich auf den streitigen Aufhebungsbescheid nicht aus.

Soweit der Kläger im Berufungsverfahren über sein ursprüngliches, in der mündlichen Verhandlung vor dem SG zuletzt allein auf die Aufhebung des streitigen Bescheides bezogenes Begehren hinaus die Verzinsung der nachzuzahlenden Zuschüsse begehrt, hat der Senat - weil das SG mangels Streitgegenstand hierüber nicht entschieden hat - auf Klage zu entscheiden. Diese ist bereits mangels Rechtsschutzbedürfnis unzulässig und deshalb abzuweisen, weil die Beklagte über den insoweit geltend gemachten Zinsanspruch bisher nicht entschieden hat. Die Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit können jedoch nur dann in Anspruch genommen werden, wenn zuvor die jeweilige Behörde über den geltend gemachten Anspruch eine Entscheidung getroffen hat.

Soweit der Kläger die Zahlung einer Auslagenpauschale geltend macht, handelt es sich - wie sich der Konkretisierung des Anspruchs im Hinblick auf eine anwaltliche Rechtsberatung entnehmen lässt - der Sache nach um außergerichtliche Kosten. Hierüber entscheidet der Senat von Amts wegen und dem Grunde nach (s. die Ausführungen am Ende des Urteils). Hinsichtlich der Höhe der zu erstattenden außergerichtlichen Kosten ist der Kläger auf das Kostenfestsetzungsverfahren zu verweisen.

Das SG hätte die Klage nicht abweisen dürfen. Vielmehr hätte es den Bescheid der Beklagten vom 09.06.2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 21.11.2006 aufheben müssen. Denn dieser Bescheid ist rechtswidrig und verletzt den Kläger in seinen Rechten. Da die Gewährung des dem Kläger mit Bescheid vom 09.02.2006 bewilligten Zuschusses zu seiner Krankenversicherung rechtmäßig und damit nicht zu beanstanden war, bestand kein Rechtsgrund für die Rücknahme dieser Entscheidung mit Wirkung ab 01.07.2006.

Gemäß [§ 45 Abs. 1 SGB X](#) darf ein Verwaltungsakt, der ein Recht oder einen rechtlich erheblichen Vorteil begründet oder bestätigt hat (begünstigender Verwaltungsakt), soweit er rechtswidrig ist, auch nachdem er unanfechtbar geworden ist, nur unter den Einschränkungen der Abs. 2 bis 4 ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft oder für die Vergangenheit zurückgenommen werden.

Danach würde die Rücknahme des Bescheids vom 09.02.2006 über die Gewährung eines Zuschusses zur Krankenversicherung voraussetzen, dass sich die entsprechende Bewilligung als rechtswidrig erweist. Dies ist jedoch nicht der Fall. Denn der Kläger hatte für seine bei der H. AG in der Schweiz begründete Krankenversicherung Anspruch auf Gewährung eines Beitragszuschusses.

Gemäß [§ 106 Abs. 1 Satz 1 SGB VI](#) in der im Zeitpunkt der Zuschussbewilligung und auch heute unverändert geltenden Fassung 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. Dies galt nach Satz 2 in der im Zeitpunkt der Leistungsbewilligung geltenden und deshalb vorliegend anzuwendenden, bis 30.04.2007 gültig gewesenen Fassung der Regelung nicht, wenn sie gleichzeitig in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert waren.

Diese Voraussetzungen für einen Zuschuss erfüllte der Kläger ab 01.11.2005, so dass der Bewilligungsbescheid vom 09.02.2006 nicht rechtswidrig war, was [§ 45 SGB X](#) ausschließt. Darüber hinaus stand ihm der entsprechende Beitragszuschuss für die Dauer seines Versicherungsverhältnisses mit der H. AG, mithin auch über den 30.06.2006 hinaus zu, so dass eine andere Rechtsgrundlage für den streitigen Bescheid, etwa [§ 48 SGB X](#) wegen einer Änderung der Verhältnisse, nicht in Betracht kommt.

Als Bezieher einer Altersrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung gehört der Kläger zu dem insoweit berechtigten Personenkreis der Rentenbezieher. Da der Kläger damals keine Versicherung bei einer (inländischen) gesetzlichen Krankenversicherung begründet hatte - nur derartige Versicherungen werden von der ersten Alternative der Regelung erfasst -, ist vorliegend allein zu prüfen, ob der Kläger im Sinne der zweiten Alternative bei einem Krankenversicherungsunternehmen, das der deutschen Aufsicht unterliegt, versichert war. Dabei hat das Bundessozialgericht schon zum früheren Rechtszustand des [§ 1304e RVO Reichsversicherungsordnung \(RVO\)](#) in der Fassung vor Inkrafttreten des Haushaltsbegleitgesetzes vom 22.12.1983 ([BGBl. I, S. 1532](#)) entschieden, dass auch Versicherungen bei ausländischen Unternehmen unter den Begriff des Krankenversicherungsunternehmens fallen (Urteil vom 20.03.1980, [11 Rjz 7/79](#) in SozR 2200 [§ 1304e Nr. 5](#)). Soweit [§ 106 Abs. 1 Satz 1 SGB VI](#) über die damals geltende Regelung der RVO hinaus - aber identisch mit [§ 1304e RVO](#) in der Fassung des Haushaltsbegleitgesetzes vom 22.12.1983 (vgl. BSG, Urteil vom 25.05.1993, [4 RA 30/92](#)) - nach seinem Wortlaut nur Versicherungsverhältnisse mit einem privaten Versicherungsunternehmen, das der deutschen Aufsicht unterliegt, erfasst, ist bei

europarechtskonformer Auslegung - also im vorliegenden Fall der Anwendbarkeit zwischenstaatlichen Rechts, das auf Europarecht verweist - ausreichend, dass das Krankenversicherungsunternehmen der Aufsicht des ausländischen Staates unterliegt (Peters in KassKomm Sozialversicherung, [§ 106 SGB VI](#) Rdnr. 12; Böttiger in juris-PK SGB VI, Stand 31.03.2011, § 106 Rdnr. 63 m.w.N.) Dies entspricht der Rechtsauffassung der Beklagten (rvLiteratur online, Stand 07.04.2011 zu [§ 106 SGB VI](#) Anm. 4.3.1). Dem entsprechend genügt es, wenn ein deutscher Rentenbezieher sich bei einem der dortigen staatlichen Aufsicht unterliegenden schweizer Versicherungsunternehmen krankenversichert (vgl. LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 09.06.2010, [L 4 R 583/06](#) unter Hinweis auf Art. 8 und Anhang II Art. 1 Abschnitt A des Freizügigkeitsabkommens, wonach die Systeme der sozialen Sicherheit koordiniert werden und wo auf die VO (EWG) Nr. 1408/71 verwiesen wird und damit auf Art. 10 der VO (EWG) Nr. 1408/71, wonach Geldleistungen bei Alter nicht gekürzt, geändert oder entzogen werden dürfen, weil der Berechtigte im Gebiet eines anderen Mitgliedsstaates als des Staates wohnt, in dessen Gebiet der zur Zahlung verpflichtete Träger seinen Sitz hat). Nach der Rechtsprechung des Gerichtshofs der Europäischen Gemeinschaft (Urteil vom 06.07.2000, [C-73/99](#) in [SozR 3-6050 Art. 10 Nr. 6](#) zur häufigen Beitragstragung nach [§ 249a SGB V](#)) ist auch ein im Recht des Mitgliedsstaates vorgesehener Zuschuss zu den Kosten der Krankenversicherung, der von den Rentenversicherungsträgern gewährt wird und auf eine Erhöhung des Rentenbetrages hinausläuft, eine Leistung im Sinne von Art. 10 VO (EWG) Nr. 1408/71. Art. 10 VO (EWG) Nr. 1408/71 gewährte die Exportierbarkeit einer Geldleistung im Alter, so dass die Leistung einem Berechtigten nicht allein deshalb entzogen werden könne, weil er seinen Wohnsitz in einem anderen Mitgliedstaat habe und dort der Versicherungspflicht unterliege. All diese Erwägungen gelten für den hier in Rede stehenden Zuschuss, der anders als jener, über den der EuGH befunden hat, sogar direkt an den Versicherten ausgezahlt wird, erst recht (ebenso LSG Berlin-Brandenburg, a.a.O.). Damit ist es vorliegend ausreichend, dass das Krankenversicherungsunternehmen, bei dem der Kläger krankenversichert war, der Aufsicht des schweizerischen Staates unterliegt.

Ob vor diesem europarechtlichen Hintergrund eine Vergleichbarkeit des Versicherungsschutzes im Verhältnis zur deutschen gesetzlichen Krankenversicherung zu fordern ist (so das BSG für ausländische Krankenversicherungen, vgl. BSG, Urteil vom 30.06.1983, [11 RAz 1/82](#) in [SozR 2200 § 1304e Nr. 15](#); anders für inländische private Krankenversicherungen und die Zeit ab 01.07.1977: nennenswerte Bedeutung des Krankenversicherungsschutzes genügt, vgl. BSG, Urteil vom 02.08.1989, [1 RA 33/88](#) in [SozR 2200 § 1304e Nr. 21](#); so wohl auch für eine ausländische Krankenversicherung BSG, Urteil vom 20.03.1980, [11 Rjz 7/79](#) in [SozR 2200 § 1304e Nr. 5](#)), kann offen bleiben. Denn der Versicherungsschutz des Klägers bei der H. AG entspricht im Wesentlichen dem Versicherungsschutz in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung, da er ambulante Arztbehandlung, stationäre Krankenhausbehandlung, Arznei- und Heilmittelkosten sowie zahnärztliche Behandlung und Zahnersatz, wenn auch gegen Selbstbeteiligung, umfasst.

Entgegen der ursprünglich von der Beklagten vertretenen Auffassung (s. die Begründung im Bescheid vom 09.06.2006) war der Kläger auch nicht etwa nur über seine Ehefrau mitversichert, weshalb nach der Rechtsprechung (BSG, Urteil vom 25.05.1993, [4 RA 30/92](#) m.w.N.) eine, die Gewährung eines Zuschusses rechtfertigende Versicherteneigenschaft zu verneinen gewesen wäre. Diese, noch zu § 1304e RVO in der bis 31.12.1991 geltenden Fassung ergangene Rechtsprechung ist auf den ab dem 01.01.1992 geltenden [§ 106 Abs. 1 Satz 1 SGB VI](#) zu übertragen, weil sich insoweit am Rechtszustand nichts geändert hat (BSG, a.a.O.). Somit ist eine bloße Mitversicherung des Rentners für einen Zuschuss nach [§ 106 Abs. 1 Satz 1 SGB VI](#) nicht ausreichend. Erforderlich ist vielmehr, dass der Rentner mit dem privaten Versicherungsunternehmen in einem gegenseitigen, entgeltlichen Versicherungsverhältnis steht, in dem er selbst Versicherungsnehmer oder beitragspflichtiger Versicherter mit einem eigenen, nicht von den Dispositionen eines Dritten abhängigen Anspruch auf Versicherungsleistungen ist (BSG, a.a.O.). Dies ist vorliegend der Fall.

Hintergrund der Versicherung des Klägers bei der H. AG ist die in der Schweiz geltende Pflicht zur Krankenversicherung: Gemäß Art. 2 Abs. 1 KVG muss sich jede Person mit Wohnsitz in der Schweiz innerhalb von drei Monaten nach der Wohnsitznahme oder der Geburt in der Schweiz für Krankenpflege versichern oder von ihrem gesetzlichen Vertreter bzw. ihrer gesetzlichen Vertreterin versichern lassen. Nach Art. 13 Abs. 2 Buchstabe a und Anhang VI - Schweiz - Nr. 3 Buchstabe a Nr. i sowie Titel II Abs. 2 Buchstabe a der VO (EWG) Nr. 1408/71 i.V.m. dem Freizügigkeitsabkommen unterliegen auch Grenzgänger aufgrund ihrer Beschäftigung in der Schweiz der dortigen Versicherungspflicht. Dem entsprechend wurde von der nach Art. 2 Abs. 3 Buchstabe a KVG vorgesehenen Ermächtigung des Bundesrates, die Versicherungspflicht auf Personen ohne Wohnsitz in der Schweiz auszudehnen, insbesondere auf solche, die in der Schweiz tätig sind, Gebrauch gemacht (Art. 1 Absatz 2 Buchstabe d der Verordnung über die Krankenversicherung - KVV -), weshalb für die Ehefrau des Klägers aufgrund ihrer Tätigkeit in der Schweiz die Pflicht besteht, sich entsprechend zu versichern.

Den Vorschriften über die Versicherungspflicht in der schweizerischen Krankenversicherung nach Anhang VI - Schweiz - Nr. 3 Buchstabe a Nr. iv der VO (EWG) 1408/71 unterliegen dabei grundsätzlich auch die nicht in der Schweiz wohnenden Familienangehörigen eines dort Beschäftigten, wobei sie sich - ebenso wie die Grenzgänger selbst - nach Anhang VI - Schweiz - Nr. 3 Buchstabe b der VO (EWG) 1408/71 von dieser Versicherungspflicht bei Nachweis einer Versicherung gegen Krankheit im Wohnortstaat befreien lassen können. Auf dieser (vermeintlichen) Grundlage - Versicherungspflicht als Familienangehöriger - begründete der Kläger ein eigenes Versicherungsvertragsverhältnis mit der H. AG über die bereits beschriebenen Leistungen bei Krankheit gegen einen von ihm geschuldeten monatlichen Beitrag. Er war somit selbst leistungsberechtigter und beitragspflichtiger Versicherungsnehmer. Sein Leistungsanspruch hing in keiner Weise von Dispositionen seiner Ehefrau ab; diese hatte keinerlei inhaltlichen Einfluss auf das Vertragsverhältnis zwischen dem Kläger und der H. AG. Dass sein Zugang zur H. AG erst durch die und für die Dauer (Art. 5 Abs. 3 KVG) der Versicherungspflicht seiner Ehefrau und auch nur bei dieser Gesellschaft (vgl. Art. 4a KVG) möglich war, ändert - was die beiderseitigen Ansprüche während der Laufzeit des Vertrages anbelangt - an der Eigenständigkeit des abgeschlossenen Vertrages ebenso wenig etwas, wie der Umstand, dass der Kläger - bei richtiger Betrachtung - gar nicht der schweizer Versicherungspflicht unterlag (hierzu später). Zwischenzeitlich hat die Beklagte ihre diesbezüglichen Einwände auch nicht mehr wiederholt.

Die Beklagte verneint den vom Kläger geltend gemachten Anspruch nämlich ausschließlich deshalb, weil sie der Auffassung ist, dass es sich bei der vom Kläger in der Schweiz begründeten sog. "obligatorischen Krankenpflegeversicherung" um eine Pflichtversicherung handelt, die "nach dem eindeutigen Wortlaut des [§ 106 SGB VI](#)" nicht bezuschusst werden könne.

Soweit die Beklagte insoweit aus Satz 2 der Regelung ableitet, dass das Bestehen einer Pflichtversicherung in der Schweiz die Gewährung des Zuschusses nach [§ 106 SGB VI](#) ausschliesse, folgt ihr der Senat nicht. Schon der Wortlaut der Ausschlussregelung (in der damals geltenden Fassung) "wenn sie gleichzeitig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind" rechtfertigt die Auffassung der Beklagten nicht. Denn aus dem Wort "gleichzeitig" folgt, dass zeitgleich mit dem Versicherungsverhältnis, für das ein Zuschuss begehrt wird, ein Versicherungsverhältnis in der gesetzlichen Krankenversicherung bestehen muss. Dies setzt somit zwei Versicherungsverhältnisse,

eines davon in der gesetzlichen Krankenversicherung, voraus. Der Kläger aber hatte nur ein Versicherungsverhältnis, nämlich das hier in Rede stehende bei der H. AG. Selbst wenn somit das Versicherungsverhältnis zwischen dem Kläger und der H. AG als gesetzliche Pflichtversicherung qualifiziert würde, würde [§ 106 Abs. 1 Satz 2 SGB VI](#) einen Zuschuss nicht ausschließen (so im Ergebnis auch die in rvLiteratur online, Stand 07.04.2011, Anm. 5.2 zu [§ 106 SGB VI](#) dokumentierte Rechtsansicht der Beklagten zum Rechtszustand bis 30.04.2007, wonach [§ 106 Abs. 1 Satz 2 SGB VI](#) in der alten Fassung eine ausländische gesetzliche Krankenversicherung nicht erfasse). An diesem Rechtszustand hat sich im Übrigen durch die Änderung der Vorschrift zum 01.05.2007 ("wenn sie gleichzeitig in einer in- oder ausländischen gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind") nichts verändert (a.A. rvLiteratur a.a.O.).

Sinn und Zweck der Vorschrift bestätigen dieses Ergebnis.

Seinem Regelungsinhalt nach bestimmt [§ 106 Abs.1 Satz 2 SGB VI](#), dass von dem im Streit stehenden Zuschuss Rentner ausgeschlossen sind, die bereits in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind. Grund dieses Ausschlusses ist der Umstand, dass der Rentenversicherungsträger bei den in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversicherten Rentnern schon nach dem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung ([§ 249a](#) des Fünften Buches des Sozialgesetzbuchs - SGB V -) einen auf die Rente entfallenden Beitragsanteil zu tragen hat. Der in Satz 2 des [§ 106 Abs. 1 SGB VI](#) normierte Ausschluss stellt damit sicher, dass die durch ihn begünstigten Rentner nicht besser stehen als die pflichtversicherten Rentner. Zwar schließt im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung das Vorliegen einer Pflichtversicherung die Begründung einer freiwilligen Versicherung ohnehin aus, so dass insoweit für diese Regelung kein Anwendungsbereich verbleibt. Jedoch verhindert diese Regelung, dass Rentenbezieher, die Pflichtmitglied einer gesetzlichen Krankenversicherung sind und sich zusätzlich privat versichert haben, zu ihren Prämien in der privaten Krankenversicherung einen Beitragszuschuss erhalten. Vor dem Hintergrund, dass die rentenrechtliche Position auf Beteiligung des Rentenversicherungsträgers an den Aufwendungen für die Krankenversicherung Gegenstand der Eigentumsgarantie des Art.14 Abs. 1 Satz 1 des Grundgesetzes (GG) ist (BVerfG, Urteil vom 16.07.1985, u.a. [1 BvL 5/80](#) in SozR 2200 § 165 Nr. 81), verwirklicht der Beitragszuschuss gemäß [§ 106 SGB VI](#) damit die Eigentumsgarantie und stellt die Gleichstellung der Rentner sicher. Da es bei Bestehen einer Pflichtversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung einer Gleichstellung des Rentenbeziehers nicht mehr bedarf, bedarf dieser auch keines Zuschusses mehr, weshalb [§ 106 Abs. 1 Satz 2 SGB VI](#) die entsprechende Zuschussgewährung folglich ausschließt. Die Regelung erfüllt damit den Zweck, pflichtversicherte Rentner von der Gewährung eines Zuschusses zu den Prämien ihrer gleichzeitigen privaten Krankenversicherung auszuschließen.

Mit Sinn und Zweck dieser Regelung lässt sich die von der Beklagten vertretene Auffassung, wonach die vom Kläger in der Schweiz begründete sog. "obligatorische Krankenpflegeversicherung" die Gewährung eines Zuschusses ausschließt, somit nicht vereinbaren. Zweifellos begründet diese Versicherung - selbst wenn man diese im Sinn der Auffassung der Beklagten als Pflichtversicherung ansehen wollte - für den Kläger nämlich keinen Anspruch auf Übernahme eines Beitragsanteils nach [§ 249a SGB V](#), wie dies unter der Voraussetzung des Bestehens einer im Inland bestehenden Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung der Fall wäre. Damit wäre der Kläger trotz seiner eigentumsrechtlich geschützten Position auf Beteiligung der Beklagten an den Aufwendungen für seine Krankenversicherung von einer entsprechenden Leistung gänzlich ausgeschlossen. Anders als [§ 106 Abs. 1 Satz 2 SGB VI](#) dies verlangt wäre der Kläger von dem Zuschuss aber nicht deshalb ausgenommen, weil er "gleichzeitig" in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert ist, sondern vielmehr gerade wegen der von ihm begründeten Pflichtversicherung.

Schließlich würde auch der bloße Umstand, dass die Ehefrau des Klägers in der Schweiz eine Beschäftigung aufgenommen hat und dort der schweizerischen Pflichtversicherung unterliegt, dazu führen, dass der Kläger - wenn auch vorliegend zu Unrecht - durch die Einbeziehung in die Pflichtversicherung, seinen Anspruch auf Leistungen zu seiner Krankenversicherung, sei es als Pflicht der Beklagten, die Beiträge hälftig nach [§ 249a SGB V](#) zu tragen, sei es als Zuschuss nach [§ 106 SGB VI](#) ersatzlos verlieren würde. Dies ist weder mit der Eigentumsgarantie des Art. 14 GG zu vereinbaren noch mit Sinn und Zweck des Freizügigkeitsabkommens, das einen Export von Leistungen gerade ermöglichen, nicht aber verhindern soll.

Die frühere Rechtsprechung des BSG (Urteil vom 20.03.1980, [11 Rjz 7/79](#) in SozR 2200 § 1304e Nr. 5; Urteil vom 15.09.1978, [11 RAZ 1/78](#) in SozR 2200 § 381 Nr. 30), wonach eine ausländische gesetzliche Krankenversicherung im Sinne einer Pflichtversicherung nicht bezuschusst werden kann, findet keine Anwendung. Die damalige Argumentation einer erforderlichen Gleichbehandlung von Auslandsrentnern mit pflichtversicherten Inlandsrentnern, die keinen Beitragszuschuss erhalten könnten, so dass auch pflichtversicherten Auslandsrentnern kein Zuschuss gewährt werden dürfe, ist zum einen auf im Ausland lebende Rentner bezogen, während der Kläger in Deutschland lebt, und betrifft zum anderen einen Vergleich mit der damals beitragsfreien gesetzlichen Krankenversicherung der Rentner. Diese Beitragsfreiheit ist zwischenzeitlich entfallen, so dass die damaligen Erwägungen nicht mehr greifen.

Was die Qualifizierung der vom Kläger in der Schweiz begründeten sog. "obligatorischen Krankenpflegeversicherung" anbelangt, weist der Senat lediglich ergänzend darauf hin, dass das schweizerische Recht mit der Rechtslage in der Bundesrepublik Deutschland seit 01.01.2009 vergleichbar ist. Seither müssen gemäß [§ 193 Abs. 3](#) des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) alle Personen mit Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland zumindest eine Krankenversicherung mit einem privaten Versicherungsunternehmen nach dem sog. Basistarif abschließen. Entsprechend muss sich - wie schon dargelegt - gemäß Art. 2 Abs. 1 KVG jede Person mit Wohnsitz in der Schweiz sowie u.a. Grenzgänger und ihre versicherten Familienangehörigen für Krankenpflege versichern. Eine derartige Pflicht des Klägers, sich in der Schweiz zu versichern, bestand für diesen - wie von der Beklagten zutreffend dargelegt - indessen nicht. Zwar unterliegen den Vorschriften über die Versicherungspflicht in der schweizerischen Krankenversicherung - wie ausgeführt - grundsätzlich auch die nicht in der Schweiz wohnenden Familienangehörigen eines dort Beschäftigten. Jedoch gelten als Familienangehörige im o.g. Sinn nur die Personen, die nach den Rechtsvorschriften des Wohnsitzlandes als Familienangehörige anzusehen sind (Anhang VI - Schweiz - Nr. 3 Buchstabe a letzter Satz VO (EWG) Nr. 1408/71). Wer nach den deutschen Rechtsvorschriften über die Krankenversicherung als Familienangehöriger anzusehen ist, legt [§ 10 SGB V](#) fest. Da nach sind Ehegatten mit einem Gesamteinkommen, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach [§ 18 SGB IV](#) überschreitet, nicht versicherter Familienangehöriger. Dem entsprechend war der Kläger mit seinen Rentenbezügen von rund 1.500 EUR monatlich nicht als versicherter Familienangehöriger anzusehen und er unterlag damit auch nicht der Pflicht zur Krankenversicherung in der Schweiz.

Dass die H. AG den Kläger in Unkenntnis von dessen Einkünften zu Unrecht in die Versicherung aufnahm und ihn in der Annahme, er unterliege einer Pflicht, in der Schweiz eine Krankenversicherung zu begründen, der sog. "obligatorischen Krankenpflegeversicherung"

unterstellte, ändert an dieser Gesetzeslage nichts. Dies zugrundegelegt wäre der gleichwohl abgeschlossene Versicherungsvertrag mit der H. AG eine reine freiwillige Versicherung. Indessen ist der Senat der Auffassung, dass auf die tatsächliche Durchführung des Krankenversicherungsverhältnisses abzustellen ist. Aber wenn somit das Versicherungsverhältnis des Klägers zur H. AG als Erfüllung der grundsätzlichen Pflicht eines Familienmitgliedes zum Abschluss eines Krankenversicherungsvertrages anzusehen ist, ist dies keine gesetzliche Pflichtversicherung im Sinne des [§ 106 SGB VI](#). Insoweit muss differenziert werden, ob jemand lediglich verpflichtet ist, einen Krankenversicherungsschutz zu begründen oder ob jemand aufgrund gesetzlicher Vorschriften automatisch in einer gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert ist (LSG Berlin-Brandenburg, a.a.O.). Ebenso wenig wie die erwähnte Verpflichtung nach [§ 193 VVG](#) eine gesetzliche Krankenpflichtversicherung bei privaten Krankenversicherungsunternehmen darstellt, handelt es sich bei den Pflichten zum Abschluss von Versicherungsverträgen nach den erwähnten schweizer Rechtsvorschriften um eine gesetzliche Krankenpflichtversicherung. Daran ändert auch der Umstand nichts, dass nach Art. 6 Abs. 2 KVG die Versicherungspflichtigen bei Verletzung ihrer Verpflichtung zum Abschluss eines Versicherungsvertrages vom Kanton einem Versicherer zugewiesen werden. Denn diese Zuweisung ersetzt lediglich die Willenserklärung des zur Versicherung Verpflichteten (für den Versicherer besteht ohnehin Kontrahierungszwang, Art. 4 Abs. 2 KVG), sie führt gerade nicht zur automatischen Pflichtversicherung.

Die Beklagte gewährte dem Kläger mit Bescheid vom 09.02.2006 damit zu Recht einen Zuschuss zu seiner Krankenversicherung, so dass die diese Bewilligung zurücknehmenden Bescheide rechtswidrig und damit ebenso wie das angefochtene Urteil aufzuheben sind.

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

Der Senat hat die Revision zugelassen, weil er der Rechtssache grundsätzliche Bedeutung beimisst.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2011-08-12