

L 22 R 543/10

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
22
1. Instanz
SG Berlin (BRB)
Aktenzeichen
S 9 R 3237/07
Datum
20.05.2010
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 22 R 543/10
Datum
06.09.2012
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 20. Mai 2010 wird zurückgewiesen. Die Beklagte hat die außergerichtlichen Kosten des Klägers auch des Berufungsverfahrens zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der Kläger wendet sich gegen die Aufhebung des Bescheides über die Bewilligung eines Zuschusses zur privaten Krankenversicherung zum 01. Januar 2006.

Der im Februar 1941 geborene Kläger, der deutscher Staatsangehöriger ist, ist seit 1978 in den N wohnhaft.

Auf seine Anträge bewilligte die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (nachfolgend ebenfalls Beklagte genannt) dem bei dem Landeskrankenhilfe V. V. a. G. krankenversicherten Kläger mit Bescheid vom 15. November 2002 Altersrente wegen Arbeitslosigkeit oder nach Altersteilzeitarbeit bei 31,8715 persönlichen Entgeltpunkten von 824,20 Euro und einen Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag von 57,70 Euro jeweils ab 01. Januar 2003. Aufgrund einer Neufeststellung der Altersrente bei 32,4362 persönlichen Entgeltpunkten erhöhte sich die monatliche Rente auf 838,80 Euro und der Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag auf 58,72 Euro (Bescheid vom 17. März 2003).

Seit 01. Januar 2006 ist der Kläger wegen seines Wohnsitzes in den N bei der ONVZ Zorgverzekeraar krankenversichert. Für seine Basisversicherung zahlt er eine Prämie von 102 Euro monatlich und für seine zusätzlichen Versicherungen insgesamt 91 Euro monatlich (Versicherungsschein vom 12. Dezember 2006).

Mit Bescheid vom 15. November 2005 verfügte die Beklagte, dass der Bescheid über die Bewilligung des Zuschusses zur Krankenversicherung mit Wirkung für die Zukunft ab 01. Januar 2006 nach [§ 48](#) Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X) aufgehoben wird. Gezahlt werde (nur noch) die monatliche Rente von 847,56 Euro. Der Anspruch auf den Zuschuss zur Krankenversicherung entfalle, weil der Kläger ab dem genannten Zeitpunkt nach dem neuen nKrankenversicherungsgesetz in den N pflichtversichert sei. Wegen der seither bestehenden Ansprüche verwies die Beklagte auf die beigelegte Anlage, in der u. a. mitgeteilt wurde, dass neben einer Pflichtversicherung nach dem nKrankenversicherungsgesetz zu einer daneben bestehenden privaten Krankenversicherung kein Beitragszuschuss vom deutschen Rentenversicherungsträger gezahlt werden könne.

Der Kläger bezieht außerdem seit dem 01. Februar 2006 eine nAltersrente. Diese enthält einen Zuschuss. Vom Gesamtbetrag wird ein Beitrag zur nKrankenversicherung einbehalten.

Den gegen den Bescheid vom 15. November 2005 eingelegten Widerspruch, mit dem der Kläger geltend machte, er zahle weiterhin Krankenversicherungsbeiträge, so dass er Anspruch auf einen Zuschuss zu den Aufwendungen gemäß [§ 106 SGB VI](#), [§ 249 a SGB V](#) in Verbindung mit Art. 10 Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 und damit auf den gestrichenen Zuschuss in Höhe von 56,37 Euro monatlich habe, da er ansonsten gegenüber den in Deutschland wohnenden Rentnern ungleich behandelt werde, wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 11. September 2006 zurück: Nach [§ 106 SGB VI](#) bestehe ein Anspruch auf Zuschuss, wenn der Rentner freiwillig in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung oder bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen, das der Aufsicht eines Staates unterliege, für den die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 gelte, versichert sei. Dies gelte jedoch nicht, wenn der Rentner gleichzeitig in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sei. Der Kläger sei nach dem n Krankenversicherungsgesetz in den N pflichtversichert.

Dagegen hat der Kläger am 12. Dezember 2006 beim Sozialgericht Berlin Klage erhoben.

Er hat vorgetragen, dass er aus seiner deutschen Altersrente für seine nKrankenversicherung eine einkommensabhängige Prämie in Höhe von 4,4 v. H. zu zahlen habe. Nach der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes (EuGH) vom 06. Juli 2000 – [C 73/99](#) habe er nach [Art. 33 EG/VO 1408/71](#) einen Rechtsanspruch auf einen Zuschuss. Neben dem Beitrag von 193 Euro monatlich zur n Krankenversicherung ONVZ entstünden ihm weitere Aufwendungen für seine Krankenversicherung in Höhe von 6,5 v. H. aus seiner n Rente und von 4,4 v. H. aus seiner deutschen Rente, seiner deutschen Betriebsrente und seiner n Betriebsrente, insgesamt von 318,91 Euro monatlich.

Der Kläger hat nach seinem schriftsätzlichen Vorbringen beantragt,

den Bescheid vom 15. November 2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 11. September 2006 insoweit aufzuheben, als damit die Bewilligung des Zuschusses zu den Aufwendungen für die Krankenversicherung mit Wirkung ab 01. Januar 2006 aufgehoben worden ist.

Die Beklagte ist der Ansicht gewesen, die Voraussetzungen des [§ 106 SGB VI](#) seien nicht erfüllt, da der Kläger insbesondere nicht bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen, das der Aufsicht eines Staates unterliege, für den die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 gelte, versichert sei. Der deutsche Rentenversicherungsträger beteilige sich allerdings an Pflichtbeiträgen, die aufgrund der deutschen Rente zur n gesetzlichen Krankenversicherung erhoben würden, in Form einer Zulage zur Krankenversicherung. Der einkommensabhängige Beitrag zur niederländischen Pflichtkrankenversicherung aufgrund der deutschen Rente werde jährlich nachträglich über die Steuerverwaltung erhoben. Erst mit Erhebung der Beiträge durch die Steuerverwaltung seien die Aufwendungen zur Krankenversicherung aufgrund der deutschen Rente auch tatsächlich entstanden. Es könne daher auch keine laufende Zahlung der Zulage erfolgen. Bevor eine Zulage gewährt werden könne, bleibe die Meldung durch die nSteuerverwaltung abzuwarten. Dass sich der Kläger in den N zusätzlich auch privat krankenversichert habe, hebe die Wirkung der Pflichtversicherung nicht auf. Zum Personenkreis der Besitztztregelung nach [§ 315 Abs. 4 SGB VI](#) gehöre der Kläger nicht, da davon nur Fälle erfasst würden, in denen am 30. April 2007 ein Anspruch auf Beitragszuschuss nach [§ 106 SGB VI](#) bestanden habe, obwohl eine ausländische Pflichtkrankenversicherung vorgelegen habe.

Das Sozialgericht hat eine Informationsbroschüre der Sociale Verzekeringsbank beigezogen.

Mit Urteil vom 20. Mai 2010 hat das Sozialgericht im Einverständnis der Beteiligten ohne mündliche Verhandlung die Beklagte antragsgemäß verurteilt: Die Voraussetzungen des [§ 48 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#) seien nicht erfüllt, denn eine wesentliche Änderung der tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnisse, die bei der erstmaligen Gewährung des Zuschusses mit Bescheid vom 15. November 2002 vorgelegen hätten, sei nicht eingetreten. Obwohl der Kläger seit 01. Januar 2006 bei der ONVZ pflichtversichert sei, habe er weiterhin einen Anspruch aus [§ 106 SGB VI](#) auf Zuschuss zu den Aufwendungen für die (freiwillige) Krankenversicherung. Er sei bei diesem Krankenversicherungsunternehmen zumindest auch freiwillig versichert, weil er dort mehrere Zusatzversicherungen abgeschlossen habe. Dass dieses Krankenversicherungsunternehmen mit Sitz in einem Mitgliedstaat der Europäischen Gemeinschaft nicht der deutschen Aufsicht unterliege, stehe wegen des Anwendungsvorrangs des Europäischen Gemeinschaftsrechts nicht entgegen. Soweit die Regelung des [§ 106 Abs. 1 Satz 2 SGB VI](#) den Anspruch auf einen Zuschuss zur Krankenversicherung auch für den Fall ausschließe, dass der Rentenbezieher in einer ausländischen Krankenversicherung pflichtversichert sei, finde sie auf den Kläger keine Anwendung. Die ursprüngliche Formulierung des [§ 106 Abs. 1 Satz 2 SGB VI](#) – sie habe gelautet: "der gesetzlichen Krankenversicherung" – sei erst mit Wirkung vom 01. Mai 2007 durch die Wörter "einer in- oder ausländischen gesetzlichen Krankenversicherung" ersetzt worden. Für Bestandsfälle enthalte [§ 315 Abs. 4 SGB VI](#) eine Übergangsregelung, die vorliegend vorliege. Der Kläger sei bereits ab 01. Januar 2006 im Rahmen der Grundversicherung bei der ONVZ pflichtversichert gewesen. Er habe auch Anspruch auf Zuschuss zu den Aufwendungen für die Krankenversicherung gehabt, weil bis einschließlich 30. April 2007 die Pflichtversicherung in einer ausländischen Krankenversicherung den Anspruch aus [§ 106 SGB VI](#) mangels einer entsprechenden Einschränkung in Abs. 1 Satz 2 dieser Vorschrift nicht ausgeschlossen habe.

Gegen das ihr am 01. Juni 2010 zugestellte Urteil richtet sich die am 16. Juni 2010 eingelegte Berufung der Beklagten.

Sie ist der Ansicht, dem Kläger stehe ab dem 01. Januar 2006 eine Zulage entsprechend [§ 249 a SGB V](#) anstelle eines Zuschusses nach [§ 106 SGB VI](#) zu. Nach dem Urteil des EuGH vom 06. Juli 2000 handele es sich bei Zuschüssen zur Krankenversicherung um eine Leistung der Rentenversicherung. Ein solcher Zuschuss sei von den deutschen Rentenversicherungsträgern auch zu zahlen, wenn aus der deutschen Rente Pflichtbeiträge zu einer mitgliedstaatlichen Pflichtkrankenversicherung erhoben würden. In Abgrenzung zu der Beteiligung an den Pflichtbeiträgen zur KVdR nach [§ 249 a SGB V](#) bzw. zum Zuschuss nach [§ 106 SGB VI](#) werde dieser Zuschuss als Zulage zur Krankenversicherung entsprechend [§ 249 a SGB V](#) bezeichnet. Neben der Zahlung einer Zulage entsprechend [§ 249 a SGB V](#) sei die Zahlung eines Zuschusses nach [§ 106 SGB VI](#) nicht zulässig, da das deutsche Rechtssystem hinsichtlich der Kosten des Rentners für seine Krankenversicherung entweder die Beteiligung des deutschen Rentenversicherungsträgers an den Pflichtbeiträgen zur KVdR nach [§ 249 a SGB V](#) oder aber die Zuschussgewährung nach [§ 106 SGB VI](#) für eine freiwillige bzw. private Krankenversicherung vorsehe. Seit dem 01. Mai 2007 ergebe sich der Ausschluss direkt aus [§ 106 Abs. 1 Satz 2 SGB VI](#). Für die Zeit davor habe [§ 106 Abs. 1 Satz 2 SGB VI](#) bei Anwendung des Europarechts entsprechend gegolten. Dies habe das Sozialgericht im Rahmen seiner Argumentation zu [§ 315 Abs. 4 SGB VI](#) übersehen. Auch einem in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversicherten Rentner würde kein Zuschuss zu einer zusätzlichen freiwilligen oder privaten Krankenversicherung gewährt werden. Der Kläger sei über die Möglichkeit, eine Zulage entsprechend [§ 249 a SGB V](#) zu beantragen, mit der Anlage zum Bescheid vom 15. November 2005 informiert worden. Aus dem Urteil des EuGH lasse sich nicht ableiten, dass neben dem Anspruch auf eine Zulage entsprechend [§ 249 a SGB V](#) zur nPflichtkrankenversicherung auch ein Anspruch auf Zuschuss nach [§ 106 SGB VI](#) bestehe. Die Beklagte hat das seinerzeit von der Sociale Verzekeringsbank an alle in den Niederlanden lebenden Empfänger einer deutschen Rente übersandte Informationsschreiben nebst Antragsvordrucken zur Gewährung einer Zulage und die Mitteilung des Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport an das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung vorgelegt.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 20. Mai 2010 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Der Kläger beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Er hält das angefochtene Urteil für zutreffend. Er meint, es gebe keine gesetzliche Grundlage, die die Zahlung sowohl des Zuschusses als auch der Zulage verbiete. Es werde auch darauf hingewiesen, dass im Gesetz eine Höchstgrenze bezüglich der Zahlung des Zuschusses/Zulage geregelt sei. Maximal dürfe ein Zuschuss/Zulage in Höhe von 6,65 v. H. des deutschen Rentenbetrages gezahlt werden. Es bestehe daher nicht die Gefahr, dass der Kläger durch den Erhalt des Zuschusses und der Zulage eine höhere Leistung als andere Rentenbezieher erhalte. Die Beklagte habe daher neben dem Zuschuss gemäß [§ 106 SGB VI](#) auch die Zulage gemäß [§ 249 a SGB V](#), ohne dass ein Antrag auf Zulage erforderlich sei, zu zahlen. Entgegen der Auffassung der Beklagten habe [§ 106 Abs. 1 Satz 2 SGB VI](#) in der ab 01. Mai 2007 geltenden Fassung nicht unter Anwendung des Europarechts vor diesem Zeitpunkt entsprechend gegolten.

Der Senat hat die Auskünfte der Botschaft der Bundesrepublik Deutschland in D vom 04. Juli, 26. Juli und 29. August 2011 nebst beigefügt gewesener Arbeitsübersetzung der E-Mail der ONVZ Zorgverzekerar vom 26. August 2011 sowie der Botschaft des Königreichs der N vom 19. August 2011 nebst beigefügter Information über das neue Krankenversicherungssystem für die N eingeholt.

Nachdem der Kläger der Beklagten die entsprechende Vollmacht vom 16. September 2011 erteilte, hat diese die Mitteilung des Finanzamtes B vom 24. November 2011 über die Höhe der Beiträge, die nach dem Krankenversicherungsgesetz aus seiner deutschen Rente gezahlt wurden, erhalten.

Mit Bescheid vom 08. Februar 2012 hat die Beklagte die Altersrente wegen Arbeitslosigkeit oder nach Altersteilzeitarbeit ab 01. Januar 2006 für die Zeit vom 01. Januar 2006 bis 31. Dezember 2007 neu berechnet. Dabei bewilligte sie eine monatliche Zulage zur Krankenversicherung ab 01. Januar 2006 von 14,50 Euro, ab 01. Januar 2007 von 56,37 Euro und ab 01. Juli 2007 von 59,22 Euro.

Die Beklagte meint, allein durch den Umstand, dass die gesetzliche Pflichtkrankenversicherung in den Niederlanden durch private Krankenversicherungsunternehmen und nicht durch öffentlich-rechtlich organisierte Krankenkassen durchgeführt werde, werde aus der gesetzlichen Pflichtkrankenversicherung keine private Krankenversicherung, zu der ein Zuschuss nach [§ 106 SGB VI](#) zu zahlen wäre. Der EuGH habe den Anspruch auf eine Zulage zu einer Pflichtkrankenversicherung in einem anderen Mitgliedsstaat entsprechend [§ 249 a SGB V](#) bejaht, weswegen sich die deutschen Rentenversicherungsträger an den Pflichtbeiträgen, die in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversicherte Rentner zu zahlen hätten, aufgrund dieser Norm beteiligten. Eine innerstaatliche Norm, die das Urteil des EuGH vom 06. Juli 2000 umsetze, existiere bisher nicht. Im Zeitpunkt des Urteils des EuGH hätten Rentner im Rahmen des [§ 249 a SGB V](#) von den Pflichtkrankenversicherungsbeiträgen, die aufgrund ihrer Rente zu entrichten gewesen seien, nur die Hälfte zu zahlen gehabt. Die andere Hälfte habe der deutsche Rentenversicherungsträger getragen. Nach der aktuellen Fassung des [§ 249 a SGB V](#) trage der Träger der Rentenversicherung die Hälfte der nach der Rente zu bemessenden Beiträge nach dem um 0,9 Beitragssatzpunkte verminderten allgemeinen Beitragssatz; im Übrigen trügen die Rentner die Beiträge. Diese Änderung sei auf den Bereich der Zulage entsprechend [§ 249 a SGB V](#) nach Auffassung der Rentenversicherungsträger nicht zu übertragen. Grundlage für die Zulage entsprechend [§ 249 a SGB V](#) sei somit die Hälfte des von den Rentnern tatsächlich zu zahlenden Pflichtbeitrages, den sie aufgrund der Pflichtversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung in einem anderen Mitgliedsstaat aus der deutschen Rente zu entrichten hätten. Übersteige allerdings die Hälfte des ausländischen Pflichtbeitrages die in [§ 106 SGB VI](#) festgesetzte Höchstgrenze (seit 2009 7,3 v. H. der deutschen Rente), komme eine Leistungsgewährung nur nach dieser Höchstgrenze in Betracht. Die tatsächlichen Berechnungsgrundlagen ergäben sich aus den vom Finanzamt gemeldeten Jahresbeiträgen. Im Bescheid vom 08. Februar 2012 seien allerdings die gemeldeten Jahresbeiträge versehentlich als Monatsbeiträge berücksichtigt worden. Bei zutreffender Vorgabe hätte dem Kläger eine monatliche Zulage in Höhe von 1,21 Euro im Jahr 2006 (29 Euro: 12 = 2,42 Euro, hiervon die Hälfte = 1,21 Euro) und von 20,29 Euro im Jahr 2007 (487 Euro: 12 = 40,58 Euro, hiervon die Hälfte = 20,29 Euro) zugestanden.

Die Beteiligten haben ihr Einverständnis zu einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung erklärt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes sowie des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Gerichtsakten und der beigezogenen Verwaltungsakte der Beklagten (), die bei der Entscheidung vorgelegen haben, verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Der Senat kann ohne mündliche Verhandlung entscheiden, denn die Beteiligten haben hierzu ihr Einverständnis erklärt ([§ 124 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz - SGG](#)).

Gegenstand des Rechtsstreits ist nicht der Bescheid vom 08. Februar 2012, denn dieser ist nicht nach [§§ 153 Abs. 1, 96 Abs.1 SGG](#) zum Gegenstand des Verfahrens geworden.

Nach [§ 96 Abs. 1 SGG](#) gilt: Nach Klageerhebung wird ein neuer Verwaltungsakt nur dann Gegenstand des Klageverfahrens, wenn er nach Erlass des Widerspruchsbescheides ergangen ist und den angefochtenen Verwaltungsakt abändert oder ersetzt.

Mit dem Bescheid vom 08. Februar 2012 wird der Bescheid vom 15. November 2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 11. September 2006 weder abgeändert noch ersetzt.

Bei der Anfechtungsklage gegen einen Aufhebungsbescheid wie den Bescheid vom 15. November 2005, der als solcher keine Dauerwirkung entfaltet, ist maßgeblicher Zeitpunkt der Sach- und Rechtslage die letzte Behördenentscheidung, so dass spätere Änderungen der Sach- und Rechtslage grundsätzlich unbeachtlich sind. Dies gilt vorliegend auch insoweit, als mit dem Bescheid vom 08. Februar 2012 eine Leistung zum 01. Januar 2006 bewilligt wurde, denn bei dieser Leistung handelt es sich - wie ausdrücklich beschieden - um eine Zulage zur Krankenversicherung (nämlich ausschließlich für die Beiträge, die nach dem niederländischen Krankenversicherungsgesetz aus der deutschen Rente des Klägers gezahlt wurden), also um eine andere Leistung als den Zuschuss zur Krankenversicherung. Der Bescheid vom 08. Februar 2012 hat den Bescheid vom 15. November 2005 mithin nicht etwa insoweit abgeändert, als dadurch die Beschwer des Klägers teilweise beseitigt worden wäre. Wirkt sich der Bescheid vom 08. Februar 2012 jedoch nicht auf den Bescheid vom 15. November 2005 aus, scheidet [§ 96 Abs. 1 SGG](#) aus.

Die zulässige Berufung ist unbegründet. Das Sozialgericht hat auf die Anfechtungsklage im Ergebnis zu Recht den Bescheid vom 15. November 2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 11. September 2006 insoweit aufgehoben, als damit die Bewilligung des Zuschusses zu den Aufwendungen für die Krankenversicherung mit Wirkung ab 01. Januar 2006 aufgehoben worden ist, denn er ist rechtswidrig und verletzt den Kläger in seinen Rechten. Eine wesentliche Änderung in den tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnissen ist nicht eingetreten.

Nach [§ 48 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#) gilt: Soweit in den tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnissen, die beim Erlass eines Verwaltungsaktes mit Dauerwirkung vorgelegen haben, eine wesentliche Änderung eintritt, ist der Verwaltungsakt mit Wirkung für die Zukunft aufzuheben.

Diese Voraussetzungen liegen nicht vor.

In den Verhältnissen, die beim Erlass des Bescheides vom 15. November 2002 vorgelegen haben, mit dem erstmalig ein Zuschuss zu den Aufwendungen für die Krankenversicherung bewilligt worden war, ist zum 01. Januar 2006 keine wesentliche Änderung eingetreten, denn dem Kläger steht dieser Zuschuss weiterhin zu.

Der Bescheid, mit dem die erstmalige Zuerkennung eines solchen Zuschusses verfügt wurde, stellt einen Verwaltungsakt mit Dauerwirkung dar, denn dadurch wird ein solcher Zuschuss als regelmäßig wiederkehrende Leistung gewährt (Bundessozialgericht - BSG, Urteil vom 20. Februar 1986 - [4 a RJ 93/84](#), zitiert nach juris, BSG, Urteil vom 09. Juni 1988 - [4 RA 9/88](#), abgedruckt in SozR 1300 § 48 Nr. 47 = [BSGE 63, 224](#)).

Rechtsgrundlage für den Zuschuss ist [§ 106 Abs. 1 und Abs. 3 SGB VI](#).

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

Dies gilt nicht, wenn sie gleichzeitig in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind ([§ 106 Abs. 1 Satz 2 SGB VI](#) in der bis zum 30. April 2007 geltenden Fassung). Seither bestimmt [§ 106 Abs. 1 Satz 2 SGB VI](#) (in der Fassung des Art. 1 Nr. 33 Gesetz vom 20. April 2007 - [BGBl I 2007, 554](#)): Dies gilt nicht, wenn sie gleichzeitig in einer in- oder ausländischen gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind. Ergänzend dazu regelt der zum 01. Mai 2007 (durch Art. 1 Nr. 82 Gesetz vom 20. April 2007 - [BGBl I 2007, 554](#)) neu geschaffene [§ 315 Abs. 4 SGB VI](#): Bestand am 30. April 2007 Anspruch auf einen Zuschuss zu den Aufwendungen für die Krankenversicherung und war der Berechtigte bereits zu diesem Zeitpunkt in einer ausländischen gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert, wird dieser Zuschuss zu der Rente und einer sich unmittelbar daran anschließenden Rente desselben Berechtigten weitergeleistet.

Diese zum 01. Mai 2007 eingetretene Rechtsänderung hat nach der Begründung zum Entwurf des RV-Altersgrenzenanpassungsgesetzes ([Bundestags-Drucksache 16/3794](#) zu Nr. 33 [§ 106] S. 37 und 38) folgenden Hintergrund: "Nach geltendem Recht erhalten Rentnerinnen und Rentner, die ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Ausland haben, keinen Zuschuss zu den Aufwendungen für die Krankenversicherung. Dieser Ausschluss gilt nicht bei Aufenthalt in einem Staat, in dem es zu einer Gebietsgleichstellung aufgrund über- oder zwischenstaatlichen Rechts kommt. Bezieher einer deutschen Rente, die in einem ausländischen Staat mit Gebietsgleichstellung leben und daneben eine Rente des ausländischen Wohnstaates beziehen, sind regelmäßig in der gesetzlichen Krankenversicherung des Wohnstaates pflichtversichert. Häufig besteht daneben eine private Krankenversicherung. Nach der Gesetzeslage schließt die Pflichtversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung die Zahlung eines Zuschusses zur ergänzenden privaten Versicherung aus. Nach der BSG-Rechtsprechung stellt eine ausländische gesetzliche Krankenversicherung jedoch nur dann eine den Beitragszuschuss ausschließende Pflichtkrankenversicherung dar, wenn deren Leistung im Wesentlichen denen der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung gleichen. Die Prüfung "einer wirklich wesentlichen Gleichheit" ist im Hinblick auf den sich laufend ändernden Leistungsumfang der deutschen, aber auch der ausländischen Krankenversicherung nicht verwaltungspraktikabel. Um Rechtsstreitigkeiten zu umgehen, wird daher diesem Personenkreis oftmals ohne weitere Prüfung ein Beitragszuschuss zur ergänzenden privaten Versicherung gewährt. Die geltende Rechtslage führt auch zu einer Benachteiligung der in einem Vertragsstaat lebenden Rentnerinnen und Rentnern, die nur eine Rente aus der deutschen Rentenversicherung beziehen. Sie unterliegen weiterhin der Versicherungspflicht in der deutschen Krankenversicherung, werden aber bei Behandlung im Ausland nach den für die Krankenversicherung geltenden Rechtsvorschriften auf die Leistungen der Krankenversicherung des Wohnortstaates verwiesen. Bei Bestehen einer ergänzenden privaten Krankenversicherung wird diesem Personenkreis ein Beitragszuschuss nicht gezahlt, weil die deutsche Pflichtkrankenversicherung dies immer ausschließt. Im Hinblick darauf, dass das Krankenversicherungsrecht es als unproblematisch ansieht, die Versicherten dem ausländischen Krankenversicherungssystem zu überantworten, ist kein Grund ersichtlich, in der Rentenversicherung eine andere Beurteilung der Gleichwertigkeit der Leistungen ausländischer Pflichtkrankenversicherungen vorzunehmen und einen Beitragszuschuss zur ergänzenden privaten Krankenversicherung zu bezahlen. Es wird deshalb - aber auch aus Gründen der Gleichbehandlung und der Verwaltungsvereinfachung - geregelt, dass auch eine ausländische Pflichtkrankenversicherung die Zahlung eines Zuschusses zu einer privaten Versicherung ausschließt." Mit [§ 315 Abs. 4 SGB VI](#) soll, so die Gesetzesbegründung (zu Nr. 82 [§ 315], S. 44), der Besitzstand für bereits laufende Zuschüsse zur Krankenversicherung sichergestellt werden, die wegen der Änderung in [§ 106 SGB VI](#) nicht mehr zu zahlen wären.

Zur Höhe des Zuschusses zur Krankenversicherung regelt [§ 106 Abs. 3 SGB VI](#): Für Rentenbezieher, die bei einem Krankenversicherungsunternehmen versichert sind, das der deutschen Aufsicht unterliegt, wird der monatliche Zuschuss in Höhe des halben Betrages geleistet, der sich aus der Anwendung des durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes der Krankenkassen auf den Zahlbetrag der Rente ergibt. Maßgebend ist der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz der Krankenkassen, den das Bundesministerium für Gesundheit (und soziale Sicherung) jeweils zum 01. März eines Jahres einheitlich für das Bundesgebiet feststellt. Der Beitragssatz ist auf eine Stelle nach dem Komma zu runden. Er 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. Beziehen Rentner mehrere Renten, wird ein begrenzter Zuschuss von den Rentenversicherungsträgern anteilig nach dem Verhältnis der Höhen der Renten geleistet. Er kann auch in einer Summe zu einer dieser Renten geleistet werden.

Ergänzend dazu bestimmt [§ 269 a Abs. 2 SGB VI](#): [§ 106 Abs. 3 SGB VI](#) ist vom 1. Juli 2005 bis 30. Juni 2006 mit der Maßgabe anzuwenden, dass der zum 1. März 2005 festgestellte durchschnittliche allgemeine Beitragssatz der Krankenkassen um 0,9 Beitragssatzpunkte zu vermindern ist.

Der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz der Krankenkassen betrug zum 01. Juli 2005 14,2 v. H. (Bekanntmachung des durchschnittlichen Gesamtsozialversicherungsbeitragssatzes und des Faktors F für das Jahr 2006 vom 29. November 2005, Bundesanzeiger Nr. 229 vom 03. Dezember 2005 S. 16457).

Der Kläger ist auch ab 01. Januar 2006 weiter bei einem Krankenversicherungsunternehmen und nicht in einer (in- oder ausländischen) gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert.

[§ 106 Abs. 1 Satz 1 SGB VI](#) unterscheidet zum einen zwischen dem Träger der Krankenversicherung. Dabei meint der Begriff Krankenversicherungsunternehmen den Träger, der nach den Vorschriften des privaten Rechts organisiert ist, und der Begriff der gesetzlichen Krankenversicherung den Träger, der nach den Vorschriften des öffentlichen Rechts organisiert ist. Dementsprechend bestimmen sich die Rechtsbeziehungen eines bei einem Krankenversicherungsunternehmen versicherten Rentenbezieher nach dem privaten Recht und die Rechtsbeziehungen eines in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Rentenbezieher nach öffentlichem Recht. In Deutschland ist dies einerseits das Bürgerliche Gesetzbuch (BGB) in Verbindung mit dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG) und andererseits das SGB V. Diese Unterscheidung gilt ungeachtet dessen, dass seit dem 01. Januar 2009 nach [§ 193 Abs. 3 Satz 1 VVG](#) jede Person mit Wohnsitz im Inland verpflichtet ist, bei einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen für sich selbst oder für die von ihr gesetzlich vertretenen Personen, soweit diese nicht selbst Verträge abschließen können, eine Krankheitskostenversicherung, die mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung umfasst, abzuschließen und aufrechtzuerhalten, also eine gesetzliche Verpflichtung zur Krankenversicherung besteht. Diese Pflicht nach [§ 193 Abs. 3 Satz 1 VVG](#) besteht (lediglich) unter anderem nicht für Personen, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert oder versicherungspflichtig sind ([§ 193 Abs. 3 Satz 2 Nr. 1 VVG](#)). Diese Pflicht nach [§ 193 Abs. 3 Satz 1 VVG](#) erfüllen Versicherungsunternehmen mit Sitz im Inland, welche die substitutive Krankenversicherung (also soweit die Krankenversicherung ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann; [§ 12 Abs. 1 Versicherungsaufsichtsgesetz - VAG](#)) betreiben, wenn sie einen branchenweit einheitlichen Basistarif anbieten, dessen Vertragsleistungen in Art, Umfang und Höhe den Leistungen nach dem 3. Kapitel SGB V, auf die ein Anspruch besteht, jeweils vergleichbar sind ([§ 12 Abs. 1 a Satz 1 VAG](#)).

Zum anderen unterscheidet [§ 106 Abs. 1 Satz 1 SGB VI](#), wie der Vergleich mit [§ 106 Abs. 1 Satz 2 SGB VI](#) zeigt, zwischen in der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig und in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversicherten Rentenbezieher. In Deutschland ist Träger der gesetzlichen Krankenversicherung die Krankenkasse ([§ 4 Abs. 1 SGB V](#)), denen Versicherungspflichtige ([§ 5 SGB V](#)), also diejenigen, die kraft Gesetzes versicherungspflichtig sind, und Versicherungsberechtigte ([§ 9 SGB V](#)), also diejenigen, die (freiwillig) beitreten können, als Mitglied angehören ([§ 173 Abs. 1 SGB V](#)). Während Rentenbezieher, die freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, den Zuschuss zur Krankenversicherung nach [§ 106 Abs. 1 Satz 1 SGB VI](#) beanspruchen können, steht ein solcher Anspruch Rentenbezieher, die kraft Gesetzes der gesetzlichen Krankenversicherung angehören, also pflichtversichert sind, nicht zu. Solche Rentenbezieher haben Anspruch darauf, dass nach [§ 249 a SGB V](#) ein Beitragsanteil im dort genannten Umfang (die Hälfte der nach der Rente zu bemessenden Beiträge nach dem um 0,9 Beitragssatzpunkte verminderten allgemeinen Beitragssatz) vom Rentenversicherungsträger getragen wird.

Die aufgezeigte Systematik des [§ 106 Abs. 1 SGB VI](#) (Unterscheidung einerseits nach dem Träger der Krankenversicherung und andererseits nach einer freiwilligen oder Pflichtversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung) ist auch bei Sachverhalten mit Bezug außerhalb Deutschlands zu beachten, denn [§ 106 Abs. 1 SGB VI](#) unterscheidet insoweit nicht (so schon zum entsprechenden früheren Recht des [§ 83e Abs 1 Satz 1 Angestelltenversicherungsgesetz - AVG](#): BSG, Urteil vom 15. September 1978 - [11 RAz 1/78](#), abgedruckt in BSGE 47, 64 = SozR 2200 § 381 Nr. 30; zum Begriff des Krankenversicherungsunternehmens nach [§ 239 Abs. 1 Satz 1 Reichsknappschaftsgesetz - RKG](#) - und nach [§ 534 Abs. 1 Satz 1 Reichsversicherungsordnung - RVO](#): BSG, Urteil vom 10. Juli 1985 - [5a RKn 24/83](#), abgedruckt in [BSGE 58, 224 = SozR 2600 § 239 Nr. 1](#); BSG Urteil vom 18. Dezember 1984 - [12 RK 35/83](#), abgedruckt in [SozR 2200 § 385 Nr. 11](#)).

Vorliegend bedeutet dies ungeachtet dessen, dass der Kläger nach dem Recht der N verpflichtet ist, sich gegen Krankheit zu versichern, dass (zunächst) danach zu unterscheiden ist, ob Träger dieser Krankenversicherung ein Krankenversicherungsunternehmen oder eine gesetzliche Krankenversicherung ist.

Nach der von der Sociale Verzekeringbank, der Sozialversicherungsbehörde der N, beigezogenen Informationsbroschüre unterscheiden die N zwischen den Arbeitnehmer- und den Volksversicherungen. Zur nArbeitnehmersversicherung gehört das Krankenversicherungsgesetz (Zorgverzekeringwet - Zvw). Das Krankenversicherungsgesetz wurde am 01. Januar 2006 eingeführt und bildet die Grundlage eines vollkommen reformierten nKrankenversicherungssystems. Danach wird nicht mehr zwischen Krankenkassenversicherten und privat Versicherten unterschieden. Es gibt nur eine Krankenversicherung für alle. Die Krankenversicherung besteht aus einem gesetzlich festgelegten Grundleistungskatalog, der etwa dem früheren Leistungsangebot der Krankenkassen entspricht. Eine Zusatzversicherung kann zusätzlich abgeschlossen werden, die die Versorgung deckt, die nicht im Grundleistungskatalog der Krankenversicherung aufgenommen worden ist. Für das gesetzliche Grundleistungspaket zahlen alle Personen ab 18 Jahren einen nominalen (festen) Versicherungsbeitrag. Zu diesen Kosten kann ein Krankenversicherungszuschlag beantragt werden. Wer Einkommen bezieht, muss auch einen einkommensabhängigen Beitrag entrichten.

In dieser Informationsbroschüre wird zwar von "Krankenkassen" gesprochen. Tatsächlich handelt es sich jedoch um Krankenversicherungsunternehmen, wie der Mitteilung des Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport an das Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung zu entnehmen ist. Daraus geht hervor, dass mit dem In-Kraft-Treten des Krankenversicherungsgesetzes am 01. Januar 2006 gleichzeitig das Krankenkassengesetz aufgehoben wird. Außerdem erlöschen private Krankenkassenversicherungen und öffentlich-rechtliche Krankenkostenversicherungen für Beamte, soweit ihr Versicherungsschutz sich mit denjenigen des Krankenversicherungsgesetzes überschneidet. Wesentlich in der neuen Versicherung ist, dass jeder, der in den N wohnt, zum Abschluss einer Krankenversicherung verpflichtet ist. Jeder in den N tätige Krankenversicherungsträger, der sich zur Durchführung des Krankenversicherungsgesetzes bereit erklärt hat, ist verpflichtet, Personen, die sich zu diesem Zweck bei ihm melden, zu akzeptieren. Der

Krankenversicherungsträger kann selbst bestimmen, welche Person oder welche Einrichtung den Versicherten versorgt. Auf jeden Fall müssen die Krankenversicherungsträger jedoch eine Versicherungsschutzvariante anbieten, bei der die Versicherten kein eigenes Risiko tragen.

Nichts anderes geht aus der mit der Auskunft der Botschaft des Königreichs der N vom 19. August 2011 übersandten Information über das neue Krankenversicherungssystem für die N hervor. Danach besitzt das neue Krankenversicherungssystem privaten Charakter, ergänzt um öffentliche Rahmenbedingungen. So legt der Staat (lediglich) fest, dass für jeden Einwohner der Niederlande eine Krankenversicherungspflicht gilt. Der Staat bleibt für die Zugänglichkeit, Finanzierbarkeit und Qualität des Gesundheitswesens verantwortlich. Das Gesetz umschreibt, für welche Arten der medizinischen Leistungen die Krankenversicherung gilt.

Aufgrund dessen steht fest, dass zum 01. Januar 2006 die Krankenkassen nach dem Krankenkassengesetz beseitigt wurden und seither die Krankenversicherung ausschließlich von Krankenversicherungsträgern durchgeführt wird, die auf privatrechtlicher Grundlage organisiert sind. Daran ändert auch die Art der Finanzierung dieser Krankenversicherung nichts.

Nach dem o. g. Schreiben des Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (vgl. auch die mit der Auskunft der Botschaft des Königreichs der N vom 19. August 2011 übersandten Information über das neue Krankenversicherungssystem für die N) zahlt der Versicherte zweierlei Beiträge (Prämien). Bei dem einen Beitrag (Prämie) handelt es sich um die Nominalprämie, deren Höhe der Krankenversicherungsträger festsetzt und die direkt bei ihm eingezahlt wird. Der andere Beitrag (Prämie) richtet sich nach dem Einkommen. Er wird von der Steuerverwaltung erhoben und in den Krankenversicherungsfonds einbezahlt, aus dem an die Krankenversicherungsträger ein Ausgleichsbeitrag gezahlt wird, dessen Höhe sich nach dem Risikograd der bei ihnen versicherten Menschen richtet (Risikoausgleich).

Der Kläger ist nach dem Versicherungsschein der ONVZ Zorgverzekeraar vom 12. Dezember 2006 bei diesem Krankenversicherungsunternehmen seit dem 01. Januar 2006 mit der Basisversicherung bei einer monatlichen Prämie von 102 Euro und mit fünf Zusatzversicherungen bei einer monatlichen Prämie von insgesamt 91 Euro krankenversichert.

Nach der Arbeitsübersetzung der Botschaft der Bundesrepublik Deutschland Den Haag der E-Mail der ONVZ Zorgverzekeraar vom 26. August 2011 bietet ab 01. Januar 2006 die Aktiengesellschaft "ONVZ Ziektkostenverzekeraar N. V." als privates Versicherungsunternehmen die gesetzlich verpflichtete Krankenkostenversicherung und die zu Ende 2005 zu diesem Zweck errichtete Aktiengesellschaft "ONVZ Aanvullende Verzekering N.V." die die Basiskrankenkostenversicherung ergänzenden Versicherungen an.

Der Kläger ist damit zwar seit 01. Januar 2006 bei zwei rechtlich selbständigen Versicherungsunternehmen versichert. Es handelt sich jedoch bei beiden Unternehmen um private Versicherungsunternehmen in der Rechtsform einer Aktiengesellschaft.

Somit ist der Kläger nicht in einer gesetzlichen Krankenversicherung und insbesondere dort nicht pflichtversichert, sondern bei einem Krankenversicherungsunternehmen versichert.

Daraus folgt zugleich, dass entgegen der Ansicht des Sozialgerichts [§ 315 Abs. 4 SGB VI](#) keine Anwendung findet, denn der Kläger war am 30. April 2007 nicht, wie von dieser Vorschrift vorausgesetzt, in einer ausländischen gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert.

Unschädlich ist, dass die beiden nKrankenversicherungsunternehmen nicht, wie dies [§ 106 Abs. 1 Satz 1 SGB VI](#) verlangt, der deutschen Aufsicht unterliegen.

Dieses Erfordernis ist wegen des Vorrangs der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71, zum 01. Mai 2010 aufgehoben und ersetzt durch Verordnung (EG) 883/2004 i. V. m. Verordnung (EG) 987/2009 (Art 90 Abs. 1, Art 91 Verordnung (EG) 883/2004 – ABl vom 30. April 2004 - L 166 – i. V. m. Art 97 Verordnung (EG) 987/2009 – ABl vom 30. Oktober 2009 - L 284), entbehrlich. Dies folgt aus Art. 10 Abs. 1 dieser Verordnung.

Danach gilt: Die Geldleistungen bei Invalidität, Alter oder für die Hinterbliebenen, die Renten bei Arbeitsunfällen oder Berufskrankheiten und die Sterbegelder, auf die nach den Rechtsvorschriften eines oder mehrerer Mitgliedsstaaten Anspruch erworben worden ist, dürfen, sofern in dieser Verordnung nichts anderes bestimmt ist, nicht deshalb gekürzt, geändert, zum Ruhen gebracht, entzogen oder beschlagnahmt werden, weil der Berechtigte im Gebiet eines anderen Mitgliedsstaats als des Staates wohnt, in dessen Gebiet der zur Zahlung verpflichtete Träger seinen Sitz hat.

Ergänzend dazu ist in Art. 1 Buchstabe t Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 zur Begriffsbestimmung definiert: "Leistungen" und "Renten": Sämtliche Leistungen und Renten einschließlich aller ihrer Teile aus öffentlichen Mitteln, aller Zuschläge, Anpassungsbeträge und Zulagen, soweit Titel III nichts anderes vorsieht; ferner die Kapitalabfindungen, die an die Stelle der Renten treten können sowie Beitragserstattungen.

Der Zuschuss nach [§ 106 Abs. 1 Satz 1 SGB VI](#) wird von diesen Vorschriften erfasst. Dies ergibt sich aus dem Urteil des Gerichtshofs der Europäischen Gemeinschaften (EuGH) vom 06. Juli 2000 – C – 73/99, zitiert nach juris. Danach ist ein im Recht eines Mitgliedsstaats vorgesehener Zuschuss zu den Aufwendungen für die Krankenversicherung eine Geldleistung bei Alter im Sinne des Art. 1 Buchstabe t und Art. 10 Abs. 1 Verordnung (EWG) Nr. 1408/71, auf die der Bezieher einer nach dem Recht dieses Staates zu zahlenden Rente auch dann Anspruch hat, wenn er in einem anderen Mitgliedsstaat wohnt und dort der Krankenversicherungspflicht unterliegt.

Der Kläger jenes Verfahrens war in den N in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert. Der n Rentenversicherungsträger behielt Krankenversicherungsbeiträge ein, die nach dem Gesamtbetrag seiner n und seiner deutschen Altersrente berechnet wurden, wobei ihm ein Ausgleich für diese Krankenversicherungsbeiträge allein unter Berücksichtigung seiner n Altersrente gewährt wurde. Wegen der deutschen Altersrente war der Kläger nicht in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert.

Es kann dahinstehen, ob das Urteil des EuGH, soweit dieses von Krankenversicherungspflicht spricht, auf den seit 01. Januar 2006 in den N bestehenden Rechtszustand ohne Weiteres übertragen werden kann. Nach dem Inhalt dieses Urteils besteht ein Anspruch auf Zuschuss zu den Aufwendungen für die Krankenversicherung jedenfalls auch dann, wenn keine Krankenversicherungspflicht in einer gesetzlichen

Krankenversicherung besteht. Wesentlich ist nach diesem Urteil, dass der Zuschuss das Bestehen eines Rentenanspruchs zur Voraussetzung hat, von den Rentenversicherungsträgern gewährt wird, sich nach der Höhe der an die Krankenversicherung gezahlten Beiträge, bei deren Festsetzung von der bezogenen Rente ausgegangen wird, bemisst und die Leistungen bei Alter dergestalt ergänzen soll, dass zu den Aufwendungen für die Krankenversicherung ein Zuschuss gezahlt wird, um die Belastung, die diese für den Rentenempfänger darstellen, zu verringern. Unter diesen Voraussetzungen gewährleistet Art. 10 Abs. 1 Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 die Exportierbarkeit dieses Zuschusses, da es keine besondere Bestimmung im Sinne des Anhangs VI oder Teil III der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 gibt.

Diese Voraussetzungen treffen auf den Zuschuss nach [§ 106 Abs. 1 Satz 1 SGB VI](#) zu. Insbesondere bemisst sich dieser Zuschuss nach [§ 106 Abs. 3 SGB VI](#) nach der Höhe der an die Krankenversicherung gezahlten Beiträge, bei deren Festsetzung von der bezogenen Rente ausgegangen wird, und soll die Belastungen, die durch die Aufwendungen für die Krankenversicherung entstehen, verringern.

Da der Zuschuss zu den Aufwendungen für die Krankenversicherung mithin exportierbar ist, ist er auch dann zu leisten, wenn das Krankenversicherungsunternehmen, bei dem der Rentenbezieher versichert ist, nicht der deutschen Aufsicht unterliegt. Ansonsten würde gegen Art. 10 Abs. 1 Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 verstoßen, denn ausländische Krankenversicherungsunternehmen unterliegen grundsätzlich nicht der deutschen Aufsicht, so dass daran regelmäßig eine Exportierbarkeit scheitern müsste (vgl. auch Hirsch in Lehr- und Praxiskommentar -LPK-SGB VI- 2. Auflage 2010, §106 Rdnr. 7; Lilje, SGB VI Gesetzliche Rentenversicherung. Handkommentar, Stand 5/2009, § 106 Anm. 5.3.; Brähler in Gemeinschaftskommentar zum Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Rentenversicherung - GK-SGB VI - Stand April 2009, § 106 Rdnr. 28).

Lagen somit am 01. Januar 2006 weiterhin die Voraussetzungen des [§ 106 Abs. 1 Satz 1 SGB VI](#) zur Gewährung eines Zuschusses zu den Aufwendungen für die Krankenversicherung vor, durfte die Beklagte den Bescheid vom 15. November 2002 über die Bewilligung eines solchen Zuschusses nicht aufheben.

Dies gilt auch hinsichtlich der Höhe dieses Zuschusses.

Bei einer monatlichen Rente zu diesem Zeitpunkt von (weiterhin) 847,56 Euro und der Hälfte des um 0,9 Beitragssatzpunkte verminderten durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes der Krankenkassen von daher 6,65 v. H. resultiert daraus ein Zuschuss von (weiterhin) 56,37 Euro. Dieser Zuschuss ist nicht auf die Hälfte der tatsächlichen Aufwendungen für die Krankenversicherung zu begrenzen, denn dieser Betrag bleibt nicht hinter diesem monatlichen Zuschuss zurück. Der Kläger wendete ab 01. Januar 2006 für seine Basisversicherung 102 Euro monatlich und für seine fünf Zusatzversicherungen zusammen 91 Euro monatlich, mithin insgesamt 193 Euro monatlich für seine Krankenversicherung auf, so dass die Hälfte dieser tatsächlichen Aufwendungen einen Betrag von 96,50 Euro ergibt.

Die Berufung muss somit erfolglos bleiben.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 193 Abs. 1 SGG](#) und entspricht dem Ergebnis des Rechtsstreits.

Die Revision ist nicht zuzulassen, da die Voraussetzungen hierfür ([§ 160 Abs. 2 Nrn. 1 und 2 SGG](#)) nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2012-10-17