

L 9 R 4190/18

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
9
1. Instanz
SG Heilbronn (BWB)
Aktenzeichen
S 4 R 1485/17
Datum
24.10.2018
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 9 R 4190/18
Datum
17.11.2020
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

Der Bezieher einer deutschen Altersrente, der in Ungarn lebt und dort (gesetzlich) krankenversichert ist, hat keinen Anspruch auf einen Beitragszuschuss nach [§ 106 Abs. 1 Satz 1 SGB VI](#) und auch keinen Anspruch auf eine Zulage entsprechend [§ 249a SGB V](#). Auf die Berufung der Beklagten wird der Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Heilbronn vom 24. Oktober 2018 aufgehoben und die Klage abgewiesen.

Außergerichtliche Kosten des Klägers sind in beiden Instanzen nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Streitig ist, ob dem Kläger ein Zuschuss zu den Aufwendungen für die Krankenversicherung zusteht.

Der am 23.10.1950 geborene Kläger lebt nach seinen Angaben mindestens seit dem Jahr 2012 in A ... Er bezieht auf seinen Rentenanspruch vom 07.12.2015 seit dem 01.03.2016 vom Beklagten Regelaltersrente. Die Voraussetzungen der Versicherungspflicht in der Krankenversicherung der Rentner (KVdR) erfüllt der Kläger nicht. Seit dem 04.12.2012 ist der Kläger in der a. Krankenversicherung krankenversichert. Zuvor bestand nach seinen Angaben eine private Krankenversicherung in Deutschland.

Mit Schreiben vom 01.07.2016 rügte der Kläger, dass im Rentenbescheid vom 02.02.2016 kein Zuschuss zur Krankenversicherung berücksichtigt sei. Er sei freiwilliges Mitglied in der a. Krankenversicherung. Auf Nachfragen der Beklagten teilte der Kläger ergänzend mit, dass die a. Kasse das übersandte deutsche Formular nicht habe ausfüllen können oder wollen und ersatzweise das Formular 104 ausgefüllt habe. In dem genannten Formular bestätigte die Fachdirektion der Gesundheitsversicherungskasse des B. B. am 22.08.2016 das Bestehen einer Krankenversicherung ab dem 04.12.2012 (As. II 22/23 VA). Laut vom Kläger weiter vorgelegtem Schreiben der a. Krankenversicherung betragen die in die gesetzliche Krankenkasse zu zahlenden monatlichen Beiträge im Jahr 2016 monatlich 7.050 C. (täglich 235 C., As. 49/50 VA Teil 3).

Mit Bescheid vom 18.10.2016 lehnte die Beklagte den Antrag auf Zahlung eines Zuschusses zu den Aufwendungen für die Krankenversicherung ab. Ein Anspruch auf den Zuschuss zur Krankenversicherung bestehe nicht, solange Krankenversicherungspflicht gegeben sei ([§ 106 Abs. 1 Satz 2 Sozialgesetzbuch Sechstes Buch \(SGB VI\)](#)). Der Kläger sei aufgrund einer ausländischen gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert bzw. werde von einem Einwohnerpflichtkrankenversicherungssystem erfasst. Dieses schließe vom 01.05.2007 an den Zuschuss zur Krankenversicherung aus. Es bestehe auch kein Anspruch auf eine Zulage entsprechend [§ 249a SGB V](#) nach dem Urteil des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) vom 06.07.2000, Rechtssache [C-73/99](#) – D. -, weil der Kläger aufgrund seiner deutschen Rente keinen Beitrag zur Pflichtversicherung in der a. gesetzlichen Krankenversicherung zahle. Er zahle lediglich einen gesetzlich festgelegten Pauschalbeitrag, der unabhängig von der deutschen Rente erhoben werde.

Hiergegen erhob der Kläger mit Schreiben vom 18.11.2016 Widerspruch. Er müsse erst in A. klären, auf welcher Grundlage ihm die ausdrückliche Bescheinigung der freiwilligen Mitgliedschaft verweigert werde. Wie schon ausgeführt, sei er von keinem Einwohnerpflichtkrankenversicherungssystem erfasst, sondern habe aktiv die freiwillige Versicherung beantragt und erhalten. Zur weiteren Begründung teilte der Kläger mit Schreiben vom 01.02.2017 mit, dass die a. Krankenversicherung nicht zwischen freiwilliger Krankenversicherung und Versicherungspflicht, sondern zwischen zahlungspflichtig (freiwillig versicherte Rentner zahlen Beiträge) und nicht zahlungspflichtig (pflichtversicherte Rentner zahlen keine Beiträge) unterscheide. Genau wie in Deutschland bestehe eine generelle Krankenversicherungspflicht über den Arbeitgeber, der auch die Beiträge abführe. Aber genau wie in Deutschland zum Beispiel als

Selbstständiger könne er freiwillig in dieser gesetzlichen Kasse Mitglied werden. Als deutschem, nicht in A. berufstätigem Besitzer einer Wohnberechtigung stehe es ihm auch in A. völlig frei, sich z.B. privat in A. zu versichern oder in Deutschland oder in der E ... Er habe bei Beantragung der Wohnberechtigungskarte am 24.02.2010 eine gültige Krankenversicherung nachweisen müssen (privat bei LKH F.) und habe dann am 04.12.2012 freiwillig per Antrag bei der Krankenkasse in die gesetzliche a. Krankenkasse gewechselt, nicht nach Aufforderung durch eine a. Verwaltung oder von einem Einwohnerpflichtkrankenversicherungssystem.

Mit Widerspruchsbescheid vom 21.04.2017 wies die Beklagte den Widerspruch zurück. Nach [§ 106 Abs. 1 SGB VI](#) bestehe Anspruch auf Beitragszuschuss, wenn der Rentner freiwillig in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (KV) oder bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen, das der deutschen Aufsicht unterliege, versichert sei. Der Kläger habe keine freiwillige Mitgliedschaft zu einer deutschen gesetzlichen Krankenkasse nachgewiesen. Er sei in A. gesetzlich krankenversichert. Die Fachdirektion der Gesundheitsversicherungskasse des B. B. habe ihr auf Nachfrage am 22.08.2016 mitgeteilt, dass beim Kläger eine gesetzliche Krankenpflichtversicherung auf der Grundlage des § 39 Abs. 2 des Gesetzes Nr. LXXX in A. vorliege. Damit liege eine ausländische gesetzliche Pflichtversicherung vor. Der Kläger erfülle damit nicht die Voraussetzungen für die Zahlung eines Zuschusses zur Krankenversicherung nach § 106 SGBVI.

Deswegen hat der Kläger am 16.05.2017 Klage zum Sozialgericht Heilbronn (SG) erhoben. Zur Begründung hat er sich weiter darauf berufen, dass seine Mitgliedschaft in der a. Krankenversicherung nicht aufgrund einer gesetzlichen Grundlage begründet worden sei, sondern aufgrund eines freiwilligen Beitritts. Es sei zwar grundsätzlich richtig, dass in A., genau wie in Deutschland eine generelle Krankenversicherungspflicht bestehe. Diese generelle Krankenversicherungspflicht habe jedoch nicht dazu geführt, dass er aufgrund einer gesetzlichen Regelung Pflichtmitglied in der a. Krankenversicherung geworden sei. Er habe vielmehr, nachdem er seinen Wohnsitz dauerhaft nach A. verlegt habe, die in A. bestehende Krankenversicherungspflicht dadurch erfüllt, dass er bei der Beantragung der Wohnberechtigungskarte am 24.02.2010 eine gültige private Krankenversicherung nachgewiesen habe. Diese private Krankenversicherung sei ausreichend, um die gesetzliche Krankenversicherungspflicht in A. zu erfüllen. Erst am 04.12.2012, d.h. nachdem er fast zwei Jahre in A. dauerhaft seinen Wohnsitz gehabt und seine Krankenversicherungspflicht durch den Unterhalt einer privaten Krankenversicherung erfüllt habe, habe er sich freiwillig entschieden, als freiwilliges Mitglied der a. Krankenkasse beizutreten. Eine gesetzliche Grundlage, die eine "Zwangsmitgliedschaft" des Klägers in der a. Krankenversicherung begründen würde, existiere nicht.

Die Beklagte ist der Klage entgegengetreten. Nach nochmaliger Prüfung des Vorgangs gehe sie nunmehr davon aus, dass der Kläger unter Berücksichtigung der Regelung des Art. 24 VO (EG) Nr. 883/04 i. V. m. § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V der Pflichtversicherung in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung unterliege. In Anlehnung an die Ausführungen des Bundessozialgerichts (BSG) im Urteil vom 20.03.2013 - [B 12 KR 8/10 R](#) -, juris Rn. 20 f.) bewirke die zwingende kollisionsrechtliche Zuweisung der Art. 24, 25 VO (EG) Nr. 883/04 auch, dass in einem Fall wie dem des Klägers die Versicherungspflicht nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) nicht durch eine Versicherung in der a. gesetzlichen Krankenversicherung "verdrängt" werden könne, die allein deshalb bestehe, weil der Kläger seinen Wohnsitz in A. habe. Letztlich könne die Beklagte als Träger der Rentenversicherung aber nicht über die Mitgliedschaft des Klägers in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung entscheiden und sehe sich somit an die Feststellung der Technikerkrankenkasse gebunden. Danach sei der Kläger nicht in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung versichert. Die Frage, ob der Kläger Mitglied der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung sein müsste, sei zudem nicht Gegenstand des anhängigen Klageverfahrens, in dem lediglich der Bescheid vom 18.10.2016 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 21.04.2017 und damit streitbefangen sei, ob der Kläger aufgrund seiner tatsächlich bestehenden Pflichtkrankenversicherung in der a. gesetzlichen Krankenversicherung einen Anspruch auf einen Zuschuss nach § 106 SGB VI oder eine Zulage entsprechend [§ 249a SGB V](#) habe. Es bestehe kein Anspruch auf einen Zuschuss nach [§ 106 Abs. 1 Satz 2 SGB VI](#), weil es sich bei der Versicherung des Klägers in der a. gesetzlichen Krankenversicherung um eine Pflichtversicherung handle. Personen mit Wohnsitz in A., die nicht bereits nach § 5 oder 16 des Gesetzes LXXX der Pflichtversicherung unterlägen, seien nach § 39 Abs. 2 des Gesetzes LXXX verpflichtet, Beiträge zur Krankenversicherung zu zahlen. Diese Pflichtversicherung setze eine Anmeldung bei der zuständigen a. Krankenkasse voraus. Allein die Tatsache, dass die aufgrund ihres Wohnsitzes in A. pflichtversicherte Person sich aktiv an die Krankenkasse wenden müsse, um sich zur Pflichtversicherung anzumelden, mache aus dieser Versicherung jedoch keine freiwillige Versicherung in der a. gesetzlichen Krankenversicherung. Darüber hinaus bestehe auch kein Anspruch auf eine Zulage entsprechend [§ 249a SGB V](#). Der Kläger habe zwar seinen gewöhnlichen Aufenthalt in A., sei in der a. gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert und zahle deshalb auch Krankenversicherungsbeiträge. Jedoch zahle er lediglich einen Pauschalbeitrag, der unabhängig von der Höhe der deutschen Rente festgelegt werde. Aus der deutschen Rente selbst würden also keine Beiträge erhoben. Somit seien die Voraussetzungen für die Zahlung einer Zulage nicht erfüllt.

Mit Beschluss vom 02.01.2018 hat das SG die Technikerkrankenkasse zum Verfahren beigelegt (im Folgenden: Beigeladene).

Die Beigeladene hat mit Schriftsatz vom 30.01.2018 mitgeteilt, dass der Kläger vom 01.04.1979 bis zum 31.03.1982 Mitglied bei ihr gewesen sei. Die Voraussetzungen für die Pflichtversicherung in der KVdR habe er nicht erfüllt.

Nach Anhörung der Beteiligten hat das SG die Beklagte mit Gerichtsbescheid vom 24.10.2018, der Beklagten laut Empfangsbekanntnis am 29.10.2018 zugestellt, unter Aufhebung des Bescheides vom 18.10.2016 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 21.10.2017 verurteilt, dem Kläger einen Zuschuss zu dessen Aufwendungen für die Krankenversicherung zu zahlen.

Der Kläger sei zwar nicht freiwillig in der (deutschen) Krankenversicherung und auch nicht "bei einem Krankenversicherungsunternehmen, das der deutschen Aufsicht unterliegt" versichert. Seine a. Krankenversicherung sei letzterer Alternative des [§ 106 Abs. 1 Satz 1 SGB VI](#) jedoch gleichzustellen (mit Hinweis auf LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 04.12.2012 - [L 11 R 3594/11](#) - Juris Rn. 16 f.; BSG, Urteil vom 27. 05.2014 - [B 5 RE 6/14 R](#) - Juris). Der Kläger sei bei einem Krankenversicherungsunternehmen im Sinne des [§ 106 Abs. 1 SGB VI](#) versichert. Das Tatbestandsmerkmal der Freiwilligkeit beziehe sich ausschließlich auf eine freiwillige Mitgliedschaft in einer (inländischen) gesetzlichen Krankenversicherung, nicht hingegen auf den Fall einer Versicherung bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen im Sinne der zweiten Alternative des [§ 106 Abs. 1 Satz 1 SGB VI](#) (Hinweis auf LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 14.04.2011 - [L 10 R 5221/07](#) - Juris Rn. 27; SG Karlsruhe, Urteil vom 25.07.2011 - [S 16 R 1794/10](#) - Juris; LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 09. 06.2010 - [L 4 R 583/06](#) - Juris Rn. 26).

Der Anspruch auf Beitragszuschuss sei auch nicht gemäß [§ 106 Abs. 1 Satz 2 SGB VI](#) ausgeschlossen. Es fehle bereits am Kriterium der

Gleichzeitigkeit. Der Beitragszuschuss sei nach [§ 106 Abs. 1 Satz 2 SGB VI](#) nur dann ausgeschlossen, wenn zeitgleich mit einem Versicherungsverhältnis, für das ein Zuschuss begehrt werde, eine weitere Pflichtversicherung in einer in- oder ausländischen gesetzlichen Krankenversicherung bestehe. Der Ausschlussbestand des [§ 106 Abs. 1 Satz 2 SGB VI](#) sei unter dem Gesichtspunkt der Gleichzeitigkeit verwirklicht, wenn neben einer privaten Krankenversicherung zeitgleich Versicherungspflicht in einer in- oder ausländischen gesetzlichen Krankenversicherung bestehe. Voraussetzung für den Ausschluss nach [§ 106 Abs. 1 Satz 2 SGB VI](#) sei, dass diese Pflichtversicherung "gleichzeitig" zu der nach Satz 1 bestehenden Freiwilligenversicherung in der GKV bzw. der Versicherung bei einem Krankenversicherungsunternehmen im Sinne des [§ 106 Abs. 1 Satz 1 SGB VI](#) bestehe. Bestehe nur ein Versicherungsverhältnis, greife der Ausschluss nach [§ 106 Abs. 1 Satz 2 SGB VI](#) nicht ein. Der Kläger sei indes nur ein Versicherungsverhältnis mit seiner Krankenversicherung in A. eingegangen. Selbst bei der Qualifikation einer obligatorischen Krankenpflegeversicherung als Pflichtversicherungsverhältnis würde [§ 106 Abs. 1 Satz 2 SGB VI](#) einen Zuschuss damit nicht ausschließen.

Hiergegen hat die Beklagte am 23.11.2018 Berufung zum Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg eingelegt. Über ihr erstinstanzliches Vorbringen hinaus sei darauf hinzuweisen, dass entgegen der Auffassung des SG nicht auf die Feststellung verzichtet werden könne, ob es sich bei der Krankenversicherung des Klägers in der a. gesetzlichen Krankenversicherung um eine Pflichtversicherung bzw. um eine freiwillige oder private Krankenversicherung handle. Dem stehe die Rechtsprechung des BSG in Urteilen vom 30.04.2013 - [B 12 R 13/11 R](#) - und vom 27.05.2014 - [B 5 R 6/14 RE](#) - entgegen. Nach Auffassung der Beklagten handle es sich bei der a. gesetzlichen Krankenversicherung des Klägers um eine Pflichtkrankenversicherung. Entsprechendes sei auch vom LSG Berlin-Brandenburg in einem Urteil vom 16.08.2018 - [L 8 R 972/14](#) - festgestellt worden: Danach handle es sich bei der Versicherung nach [§ 39 Abs. 2](#) des Gesetzes LXXX um eine Pflichtkrankenversicherung. Der Kläger habe somit keinen Anspruch auf einen Zuschuss zur Krankenversicherung nach [§ 106 SGB VI](#), weil er in der a. gesetzlichen Krankenversicherung nicht freiwillig gesetzlich oder privat krankenversichert sei. Es bestehe auch kein Anspruch auf Zulage entsprechend [§ 249a SGB V](#), weil der Kläger aus seiner deutschen Rente keine Beiträge zur a. Pflichtkrankenversicherung zahle.

Die Beklagte beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Heilbronn vom 24. Oktober 2018 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Der Kläger beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Zur Begründung verweist er auf die seiner Auffassung nach richtigen Ausführungen des SG im Gerichtsbescheid vom 24.10.2018. Es sei nochmals festzuhalten, dass der Kläger freiwilliges Mitglied in der Krankenversicherung in A. sei.

Die Beteiligten haben einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung zugestimmt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts sowie des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der beigezogenen Verwaltungsakten der Beklagten und der Gerichtsakten beider Instanzen Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die nach [§ 151 Abs. 1](#) und 2 Sozialgerichtsgesetz (SGG) form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Beklagten, über die der Senat mit Einverständnis der Beteiligten ohne mündliche Verhandlung entschieden hat, ist zulässig, Berufungsausschlussgründe gemäß [§ 144 SGG](#) liegen nicht vor.

Die Berufung ist auch begründet. Das SG hat der Klage zu Unrecht stattgegeben und die Beklagte verurteilt, dem Kläger einen Zuschuss zu dessen Aufwendungen für die Krankenversicherung auf der Grundlage des [§ 106 Abs. 1 SGB VI](#) zu zahlen.

Streitgegenstand ist der Bescheid vom 18.10.2016 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 21.04.2017. Mit diesem Bescheid hat die Beklagte gegenüber dem Kläger die Gewährung eines Zuschusses zur a. Krankenversicherung gem. [§ 106 Abs. 1 S. 1 SGB VI](#) abgelehnt. Sie hat darüber hinaus auch einen Anspruch auf Gewährung einer Zulage zur a. Krankenversicherung "entsprechend [§ 249a SGB V](#) nach dem Urteil des EuGH vom 06.07.2000, Rechtssache [C-73/99 D.](#)" abgelehnt. Dieser Bescheid ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten. Er hat keinen Anspruch auf den begehrten Zuschuss (hierzu unter 1.) bzw. eine Zulage (hierzu unter 2.) zu seinen Aufwendungen für die a. Krankenversicherung.

1. Gemäß [§ 106 Abs. 1 Satz 1](#) Sozialgesetzbuch Sechstes Buch (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. Dies gilt nach Satz 2 der Norm nicht, wenn die Rentenbezieher gleichzeitig in einer in- oder ausländischen gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind.

Krankenversicherungsunternehmen im Sinne der Vorschrift sind alle (deutschen oder ausländischen) Versicherungsunternehmen, die eine Krankenversicherung durchführen und nicht Träger der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung sind, mögen sie im Übrigen privat oder öffentlich-rechtlich organisiert sein (BSG, Urteil vom 27.05.2014 - [B 5 RE 6/14 RE](#) - Juris Rn. 25 m.w.N.). Es ist ausreichend, dass das ausländische Krankenversicherungsunternehmen, bei dem der Rentenbezieher versichert ist, der Aufsicht des Mitgliedstaates unterliegt, in dem das Krankenversicherungsunternehmen seinen Sitz hat (BSG, a.a.O., Juris Rn. 31 f.). Ansonsten liefe die von Art. 10 Abs. 1 VO (EWG) Nr. 1408/71 (zwischenzeitlich ersetzt durch VO (EG) Nr. 883/2004) gewährleistete Exportierbarkeit einer Geldleistung im Alter bei Rentenbeziehern, die in einem anderen Mitgliedstaat wohnen und bei einem dort ansässigen Krankenversicherungsunternehmen versichert sind, letztlich wegen ihrer Wohnsitznahme leer (siehe hierzu auch EuGH, Urteil vom 06.07.2000 - [C-73/99](#) - D.).

Zwar gehört der Kläger grundsätzlich zum berechtigten Personenkreis im Sinne des [§ 106 Abs. 1 Satz 1 SGB VI](#), denn er bezieht seit dem 1.3.2016 eine Altersrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung. Er ist auch bei einem Krankenversicherungsunternehmen im oben

dargelegten Sinne versichert, was sich aus den bei den Verwaltungsakten befindlichen Nachweisen der a. Krankenversicherung ergibt: Danach bescheinigt die Fachdirektion der Gesundheitsversicherungskasse des B. B. dem Kläger das Bestehen einer Krankenversicherung seit dem 04.12.2012 (vgl. die auszugsweise Übersetzung des Formulars E 104 As. II 22, 23 VA).

Entgegen der Auffassung des Klägers handelt es sich bei seiner Versicherung jedoch nicht um eine freiwillige Krankenversicherung i.S.d. [§ 106 Abs. 1 Satz 1 SGB VI](#).

Anders als das SG angenommen hat, bezieht sich das Tatbestandsmerkmal der Freiwilligkeit nicht ausschließlich auf eine freiwillige Mitgliedschaft in einer (inländischen) gesetzlichen Krankenversicherung, sondern muss auch bezogen auf die Versicherung im Ausland vorliegen. Eine Differenzierung ist nämlich bereits deshalb erforderlich, weil nur so die Entscheidung getroffen werden kann, ob für Rentenbezieher ein Zuschuss nach [§ 106 Abs. 1 SGB VI](#) (im Fall einer freiwilligen gesetzlichen Versicherung oder privaten Krankenversicherung) oder eine anteilige hälftige Beitragstragung nach [§ 249a SGB V](#) (im Fall einer in- oder ausländischen gesetzlichen Pflichtkrankenversicherung) zu prüfen ist (so ausdrücklich BSG, Urteil vom 27.05.2014 [a.a.O.](#), Juris Rn. 51).

Bei der Krankenversicherung des Klägers handelt es sich nach der Überzeugung des Senats um eine gesetzliche, nicht um eine freiwillige Mitgliedschaft in der a. Krankenversicherung. Dass diese Versicherung anders als die deutsche gesetzliche Krankenversicherung nicht kraft Gesetzes mit der Verwirklichung eines bestimmten Tatbestandes beginnt, sondern eine Anmeldung durch den Kläger selbst erfordert, ist insoweit unschädlich. Denn die Rechtsprechung hat wiederholt u.a. hinsichtlich der Prüfung einer gesetzlichen Pflichtversicherung den möglicherweise anders gelagerten Verhältnissen im Ausland Rechnung getragen. Insoweit wird lediglich vorausgesetzt, dass die ausländische gesetzliche Krankenversicherung wenigstens annähernd mit der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbar ist (BSG, Urteil vom 27.05.2014 [a.a.O.](#), Juris Rn. 40 m.w.N.).

So verhält es sich vorliegend. Nach den von der Beklagten vorgelegten Dokumenten (As. 50 SG-Akte), an deren inhaltlicher Richtigkeit der Senat nicht zweifelt und die auch vom Kläger nicht in Frage gestellt werden, besteht in A. für Personen, die - wie vorliegend der Kläger - über eine ständige Wohnanschrift in A. verfügen, gemäß Art. 39 § (2) des Gesetzes LXXX aus dem Jahr 1997 eine Verpflichtung zur Zahlung von Beiträgen für Dienstleistungen des Gesundheitswesens. Für Bezieher (allein) einer Rente eines anderen Mitgliedstaats besteht die Möglichkeit, eine Befreiung von der Verpflichtung zur Zahlung von Beiträgen zu erlangen, wenn sie mittels Formblatt E 121 oder portabilem Dokument S 1 nachweisen können, dass sie einen Sachleistungsanspruch gegenüber einem Kostenträger im die Rente zahlenden Mitgliedstaat haben.

Der Auffassung des Klägers, dass es sich deshalb nicht um eine gesetzliche, sondern um eine freiwillige Versicherung handele, weil er die in A. bestehende (und von ihm auch nicht grundsätzlich in Frage gestellte) Krankenversicherungspflicht auch dadurch erfüllen könne, dass er eine (private oder gesetzliche) Krankenversicherung in Deutschland fortführe, vermag sich der Senat nicht anzuschließen. Allein diese Möglichkeit macht eine gesetzlich angeordnete Mitgliedschaft in einer Krankenversicherung nicht zu einer freiwilligen Mitgliedschaft. Denn diejenigen, die - wie der Kläger im vorliegenden Fall auch - von dieser Möglichkeit keinen Gebrauch machen, unterliegen zwingend der Krankenversicherungspflicht und Pflicht zur Beitragszahlung in der a. gesetzlichen Krankenversicherung. Darüber hinaus würde nach der in A. bestehenden Gesetzeslage auch der Nachweis eines Sachleistungsanspruchs gegenüber einem Kostenträger im die Rente zahlenden Mitgliedstaat Deutschland nach den zitierten Normen nicht zu einem Entfallen der Pflichtmitgliedschaft als solcher, sondern lediglich zu einer Befreiung von der Beitragspflicht führen.

Lediglich ergänzend und ohne dass es noch entscheidungserheblich darauf ankäme, weist der Senat in der gebotenen Kürze darauf hin, dass eine Zuschussgewährung auch deshalb nicht in Betracht kommt, weil der Kläger tatsächlich der Versicherungspflicht in der deutschen Krankenversicherung unterliegt. Damit greift auch der Ausschlussstatbestand des [§ 106 Abs. 1 Satz 2 SGB VI](#).

Zwar sind die Voraussetzungen für eine Versicherungspflicht gem. [§ 5 Abs. 1 Nr. 11 SGB V](#) nicht erfüllt. Danach sind versicherungspflichtig Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Stellung des Rentenanspruchs mindestens neun Zehntel der zweiten Hälfte des Zeitraums Mitglied oder nach § 10 versichert waren. Dies ist beim Kläger, der vor der Rentenanstellung zuletzt im März 1982 Mitglied der Beigeladenen war, eindeutig nicht der Fall. Er unterliegt damit nicht der gesetzlichen KVdR.

Hingegen sind die Voraussetzungen des [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) erfüllt. Nach dieser Vorschrift sind versicherungspflichtig Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und a) zuletzt gesetzlich krankenversichert waren oder b) bisher nicht gesetzlich oder privat krankenversichert waren, es sei denn, dass sie zu den in Absatz 5 oder den in § 6 Abs. 1 oder 2 genannten Personen gehören oder bei Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit im Inland gehört hätten. Nach Nr. 13 ist nicht versicherungspflichtig, wer nach Absatz 1 Nr. 1 bis 12 versicherungspflichtig, freiwilliges Mitglied oder nach § 10 versichert ist (Abs. 8a). Nachdem der Kläger weder eine freiwillige Mitgliedschaft bei der Beigeladenen beantragt hat noch Anhaltspunkte für eine Familienversicherung nach § 10 bestehen, ist der zuletzt genannte Ausschlussstatbestand nicht einschlägig.

Die in A. bestehende Krankenversicherung des Klägers ist nicht als anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall i.S.d. [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) anzusehen. Zwar kann das Erfordernis einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall grundsätzlich auch durch Ansprüche gegen eine ausländische Krankenversicherung erfüllt werden (BSG, Urteil vom 20.03.2013 - [B 12 KR 14/11 R](#) - Juris Rn. 13 ff.). Dieser Annahme steht im vorliegenden Fall jedoch höherrangiges EU-Recht, speziell die Kollisionsnormen der Art. 24 Abs. 1 VO (EG) Nr. 883/04 i.V.m. Art. 24 VO (EG) Nr. 987/09 entgegen. Diese Bestimmungen legen fest, dass in dem Fall, dass - wie vorliegend - nur eine Rente aus dem Mitgliedstaat (hier Deutschland) bezogen wird, der nicht der Wohnsitzstaat ist, die Rechtsvorschriften dieses Mitgliedstaates anzuwenden sind. Eine nationale Regelung, die auf einen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall in A. ausschließlich aufgrund des Wohnortes verweist, vermag diese durch vorrangiges EU-Recht bestimmte Anwendung der deutschen Rechtsvorschriften über soziale Sicherheit nicht zu verdrängen (ebenso LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 16.08.2018 - [L 8 R 972/14](#) -, Juris Rn. 104 ff; vgl. auch bei etwas anderer Sachverhaltskonstellation BSG, Urteil vom 20.03.2013 - [B 12 KR 8/10 R](#) -, Juris Rn. 19 ff., 28 ff.). Eine Auslegung des [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) dahingehend, dass bei Personen wie dem Kläger auch ein Anspruch auf Leistungen bei Krankheit nach dem a. Recht diesen Versicherungspflichttatbestand "verdrängen" kann, würde die zwingenden kollisionsrechtlichen Regelungen der VO (EG) Nr. 883/04 über die anzuwendenden Rechtsvorschriften des die (einzige) Rente gewährenden Mitgliedstaats als des primär zuständigen und

kostentragungspflichtigen Trägers für Leistungen im Falle von Krankheit verletzen. Denn hierdurch käme es zu einer Umgehung der durch die Kollisionsnormen der VO (EG) Nr. 883/04 getroffenen Regelung bzw. zu einer unzulässigen "Verlagerung" der durch das vorrangige EU-Verordnungsrecht angeordneten primären Leistungszuständigkeit der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung auf die kollisionsrechtlich nachrangige a. Krankenversicherung.

Die Voraussetzungen des [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) sind auch nicht deshalb nicht erfüllt, weil der Kläger nicht zuletzt gesetzlich krankenversichert gewesen wäre. Wie oben dargelegt war der Kläger seit dem 04.12.2012 und damit zuletzt vor Beginn des Rentenbezuges (März 2016) in der a. Krankenversicherung gesetzlich krankenversichert. Diese in A. bestehende gesetzliche Versicherung ist zu berücksichtigen, denn die Regelungen des über- und zwischenstaatlichen Rechts müssen in die Prüfung der Tatbestandsmerkmale des [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a](#)) SGB V einbezogen werden. Gemäß Art. 5 b) VO (EG) Nr. 883/04 gilt: Hat nach den Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaats der Eintritt bestimmter Sachverhalte oder Ereignisse Rechtswirkungen, so berücksichtigt dieser Mitgliedstaat die in einem anderen Mitgliedstaat eingetretenen Sachverhalte oder Ereignisse, als ob sie im eigenen Hoheitsgebiet eingetreten wären. Aus diesem "Grundsatz der Sachverhaltsgleichstellung" folgt ebenso wie aus dem allgemeinen europarechtlichen Gleichbehandlungsgrundsatz, dass ausländische Sachverhalte im Rahmen der Prüfung des [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) mit einzubeziehen sind. Diese Auffassung vertritt im Übrigen auch der GKV-Spitzenverband (vgl. die Hinweise in LSG Berlin-Brandenburg a.a.O., Juris Rn. 108 ff., insbes. 115 f.). Dem schließt sich der Senat ausdrücklich an. Damit war der Kläger "zuletzt" in A. gesetzlich pflichtversichert, so dass die Voraussetzungen des [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a](#)) SGB V erfüllt sind und Krankenversicherungspflicht des Klägers gemäß dieser Vorschrift anzunehmen ist.

Ist der Kläger versicherungspflichtig in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung, kommt ein Anspruch auf Zuschuss zur a. Krankenversicherung nicht in Betracht – eben weil der Kläger "gleichzeitig" in einer gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert ist ([§ 106 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#)). Darauf, dass der Kläger ausweislich seines Vortrags an einer Mitgliedschaft bei der Beigeladenen kein Interesse hat, kommt es nicht an: Die Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung tritt bei Vorliegen der Tatbestandsvoraussetzungen unabhängig vom Willen des Betroffenen oder einer Feststellung per Verwaltungsakt durch die zuständige Krankenkasse ein (vgl. nur Just in Becker/Kingreen, SGB V, 7. Aufl. 2020, § 5 Rn. 2).

2. Der Kläger hat auch keinen Anspruch auf eine anteilige Tragung seiner Beiträge ("Zulage" in der Terminologie der Beklagten) zur a. Krankenversicherung entsprechend [§ 249a SGB V](#).

Gemäß dieser Vorschrift tragen Versicherungspflichtige, die eine Rente nach § 228 Abs. 1 Satz 1 beziehen und die Träger der Rentenversicherung die nach der Rente zu bemessenden Beiträge jeweils zur Hälfte. Der Anspruch des in einem anderen Mitgliedstaat wohnenden Beziehers einer deutschen Rente auf eine Zulage zu den Aufwendungen für die Krankenversicherung kann zwar grundsätzlich unter Berücksichtigung des Urteils des EuGH vom 6. Juli 2000 - C - 73/99 D. - auf eine entsprechende Anwendung des [§ 249 a SGB V](#) in der jeweils einschlägigen Fassung gestützt werden. Nach dem Urteil des EuGH ist nämlich ein im Recht eines Mitgliedstaates vorgesehener Zuschuss zu den Aufwendungen für die Krankenversicherung eine Geldleistung bei Alter, 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. Angesichts dieser Entscheidung sind die bundesdeutschen Vorschriften grundsätzlich entsprechend anzuwenden, die bei Krankenversicherungspflicht in Deutschland maßgebend sind. Hierzu gehört auch [§ 249a SGB V](#) (so auch LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 07.02.2019 - [L 22 R 785/15](#) -, Juris Rn. 64 ff.).

Vorliegend hat der Kläger ausweislich der im Verwaltungsverfahren vorgelegten Bescheinigung etwa im Jahr 2016 monatlich 7.050 C. bezahlt (das sind knapp 20,00 EUR). Dass dieser Betrag aus seiner deutschen Rente berechnet worden wäre, ist allerdings aus den vorliegenden Dokumenten nicht ersichtlich. Entsprechendes wurde auch vom Kläger nicht vorgetragen. Vielmehr handelt es sich bei dem Beitrag zur a. Krankenversicherung um einen Beitrag, der unabhängig von der deutschen Rente als Pauschalbeitrag festgelegt wird. Der Kläger zahlt damit keine "nach der Rente zu bemessenden Beiträge" zu seiner a. Krankenversicherung, die die Beklagte zur Hälfte zu tragen hätte.

Erneut ist ergänzend darauf hinzuweisen, dass eine Zulage zu den Beiträgen zur a. Krankenversicherung auch deshalb nicht in Betracht kommt, weil der Kläger wie oben dargelegt versicherungspflichtig in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung ist. Insoweit kann der Kläger über eine Versicherung in der deutschen Krankenversicherung (verbunden mit einer Befreiung von der Beitragspflicht in der a. Krankenversicherung) auch die anteilige Tragung seiner Beiträge hierzu gem. [§ 249a SGB V](#) beanspruchen. Dies ist allerdings – nachdem die Beklagte im angefochtenen Bescheid lediglich über den Antrag des Klägers auf Gewährung eines Zuschusses/einer Zulage zu seiner a. Krankenversicherung entschieden hat – nicht Gegenstand des vorliegenden Rechtsstreits.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 193 SGG](#) und trägt dem Unterliegen des Klägers in der Hauptsache Rechnung.

Gründe für die Zulassung der Revision bestehen nicht ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2021-02-04