

L 2 R 20/21

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
2.
1. Instanz
SG Stuttgart (BWB)
Aktenzeichen
S 4 R 2147/18
Datum
25.11.2020
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 2 R 20/21
Datum
03.05.2021
3. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Beschluss

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 25. November 2020 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch für das Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Gründe

I.

Der Kläger begehrt einen höheren Zuschuss zur privaten Krankenversicherung.

Der Kläger bezieht eine Regelaltersrente. Mit E-Mail vom 30. November 2017 beantragte er bei der Beklagten die Neuberechnung des Zuschusses zur Krankenversicherung aufgrund der neuen Beitragsberechnung seiner privaten Krankenversicherung. Auf dem als Anlage eingereichten Versicherungsschein wurde ab 1. Januar 2018 eine monatliche Beitragsrate von insgesamt 410,86 € ausgewiesen, die sich folgendermaßen zusammensetzte: Beitrag in Höhe von 383,31 € für den Tarif AV 1, von 56,78 € für den Tarif CG 2, von 14,52 € für den Tarif PHN 1, in Höhe von 56,94 € für den Tarif PVN, in Höhe von 2,00 € für den Tarif URZ, in Höhe von 113,71 € für den Tarif MBZ 200 und aus einer „Ermäßigung aus MBZflex, Tarifbezeichnung MBZ 200“ in Höhe von 216,40 €. Dabei betreffen die Tarife PHN1 und PVN Tarife der Pflegeversicherung.

Mit Bescheid vom 4. Dezember 2017 bewilligte die Beklagte eine monatliche Rente ab 1. Januar 2018 in Höhe von 2.462,57 € und einen Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag in Höhe von 169,70 €.

Mit Schreiben vom 12. Dezember 2017 erhob der Kläger Widerspruch. Durch die Teilnahme am Ermäßigungsprogramm seiner Versicherungsgesellschaft H1 Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit habe er monatlich einen zusätzlichen Betrag gezahlt, den die Versicherung angelegt habe, um ihn im Alter zurückzuzahlen. Diese künstliche Beitragsreduzierung berühre die eigentliche Krankenversicherung nicht. Die Ermäßigung beträfe in gleicher Weise die Pflegeversicherung. Mit Schreiben vom 14. Februar 2018 fügte der Kläger hinzu, dass auch der in seiner Krankenversicherung vereinbarte Selbstbehalt in Höhe von 1.100,00 € jährlich bei der Berechnung berücksichtigt werden müsse.

Mit Widerspruchsbescheid vom 26. März 2018 wies die Beklagte den Widerspruch zurück. Aus einem Rentenbetrag von 2.462,57 € und einem Beitragssatz von 7,3% (errechnet aus dem allgemeinen Beitragssatz seit 1. Januar 2011 in Höhe von 15,5% abzüglich 0,9 Beitragssatzpunkten) ergebe sich gemäß § 106 Sechstes Sozialgesetzbuch (SGB VI) ein Beitragszuschuss in Höhe von 179,77 €. Für die private Versicherung sei ein Betrag in Höhe von 339,40 € ab 1. Januar 2018 gemeldet worden. Der Zuschuss sei nach [§ 106 Abs. 3 Satz 2 SGB VI](#) auf die Hälfte der monatlichen Aufwendungen des Rentners für die Krankenversicherung zu begrenzen und betrage demnach 167,70 € (gemeint 169,70 €). Als Berechnungsgrundlage sei immer der tatsächlich zu zahlende monatliche Betrag anzunehmen. Enthaltene Ermäßigungen spielten keine Rolle. Die Beiträge zur Pflegeversicherung seien (seit 1. April 2004) nicht zu berücksichtigen, da kein Beitragszuschuss zur Pflegeversicherung zu gewähren sei.

Hiergegen hat der Kläger am 24. April 2018 Klage zum Sozialgericht Stuttgart (SG) erhoben. Zur Begründung hat er ausgeführt, die Beklagte

habe als monatliche Aufwendungen des Klägers einen falschen Betrag zugrunde gelegt. Seit 1. Januar 2018 wende er für die Krankenversicherung 442,09 € auf. Zusätzlich und separat habe er die Versicherung „MBZ“ abgeschlossen, aus der er ab dem 1. Januar 2018 eine Ermäßigung in Höhe von 216,40 € und ab dem 1. Juli 2018 eine Ermäßigung in Höhe von 259,20 € erhalte. Zugleich werde für die Versicherung „MBZ“ ein Betrag in Höhe von 113,71 € verlangt. Er habe monatlich einen zusätzlichen Betrag gezahlt, den die Krankenversicherung anlege, um im Alter wieder einen Betrag zurückzuzahlen. Diese Versicherung zur Beitragsreduzierung hätte er jederzeit bei einem anderen Anbieter abschließen können und sei mit einem Sparbuch, Sparplan oder einer Zusatzrentenversicherung vergleichbar. Dieser Sparbetrag dürfe von der Beklagten nicht berücksichtigt werden. Wenn er den zusätzlichen Versicherungsvertrag „MBZ 200“ nicht abgeschlossen hätte, hätte die Beklagte einen höheren Zuschuss zur Krankenversicherung gewährt. Auf die Eigenleistung des Klägers durch Abschluss des Vertrages „MBZ 200“ könne es nicht ankommen. Der Kläger habe eine Zusatzversicherung zur späteren Reduzierung seines Aufwands im Alter erstmals 1994 abgeschlossen. Vorsorgeaufwendungen seien jedoch erst ab 2005 von der Steuer befreit. Es sei daher nicht nachvollziehbar, weshalb der Ertrag einer zusätzlich abgeschlossenen Versicherung in voller Höhe bei den nachweislich in Rechnung gestellten monatlichen Beiträgen zum Abzug gebracht werden solle. Die in Rechnung gestellten monatlichen Beiträge seien als tatsächliche Aufwendungen im Sinne des Gesetzes anzusehen. Dass das Versicherungsunternehmen die wechselseitig geschuldeten Beträge saldiere und in der Rechnung einen Endbetrag anweise, sei unerheblich. Es handele sich nicht um Altersrückstellungen, da die zusätzliche Versicherung von jedem Versicherten individuell abgeschlossen werden könne und die daraufhin entrichteten Beiträge für die MBZ nicht ohne Abgrenzung in die allgemeine Altersrückstellung einfließen würden. Die Altersrückstellungen seien für alle Mitglieder innerhalb des Tarifs gleich.

In der Anlage hat der Kläger einen Versicherungsschein seiner privaten Krankenversicherung beigelegt, wonach ab 1. Juli 2018 insgesamt ein monatlicher Beitrag in Höhe von 368,06 € zu zahlen sei, der sich folgendermaßen zusammensetzt: Beitrag für den Tarif AV 1 in Höhe von 383,31 €, Beitrag für den Tarif CG 2 in Höhe von 56,78 €, Beitrag für den Tarif PHN 1 in Höhe von 14,52 €, Beitrag für den Tarif PVN in Höhe von 56,94 €, Beitrag für den Tarif URZ in Höhe von 2,00 €, Beitrag für den Tarif MBZ 200 in Höhe von 113,71 € und eine Ermäßigung aus „MBZ 200“ in Höhe von 259,20 €.

Mit Bescheid vom 13. Juli 2018 hat die Beklagte dem Kläger eine monatliche Rente ab 1. Juli 2018 in Höhe von 2.541,93 € und einen Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag in Höhe von 148,30 € bewilligt.

Die Beklagte ist der Klage entgegengetreten. Für Zeiten, in denen der Versicherte infolge der Anrechnung erworbener Altersrückstellungen tatsächlich keine Beiträge mehr für seine private Krankenversicherung zu zahlen habe, komme die Zahlung des Zuschusses nicht in Betracht. Der Zuschuss sei nur zu den Aufwendungen für die Krankenversicherung zu zahlen. Tatsächlich wende der Kläger 359,54 € für seine private Krankenversicherung auf, sodass der Beitragszuschuss mit 169,70 € richtig ermittelt sei.

Mit Urteil vom 25. November 2020 hat das SG die Klage abgewiesen. Zur Begründung hat es im Wesentlichen ausgeführt, der Bescheid vom 4. Dezember 2017 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 26. März 2018 in der Fassung des Bescheids vom 13. Juli 2018 sei rechtmäßig und verletze den Kläger nicht in seinen Rechten. Der Bescheid vom 13. Juli 2018 sei gemäß [§ 96 Abs. 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) Gegenstand des vorliegenden Klageverfahrens geworden. Der Kläger habe keinen Anspruch auf einen höheren Zuschuss zur Krankenversicherung. Ein Anspruch bestehe in Höhe von 169,70 € ab 1. Januar 2018 bzw. in Höhe von 148,30 € ab 1. Juli 2018. Dies entspreche den von der Beklagten bewilligten Zuschüssen zur Krankenversicherung. Gemäß [§ 106 Abs. 1 Satz 1 SGB VI](#) erhielten Rentenbezieher, die freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung oder bei einem Krankenversicherungsunternehmen, das der deutschen Aufsicht unterliege, versichert seien, zu ihrer Rente einen Zuschuss zu den Aufwendungen für die Krankenversicherung. Der Zuschuss würde gemäß [§ 106 Abs. 3 Satz 1 SGB VI](#) i.d.F. vom 21. Juli 2014 (gültig vom 1. Januar 2015 bis 31. Dezember 2018) in Höhe des halben Betrags geleistet, der sich aus der Aufwendung des allgemeinen Beitragssatzes der gesetzlichen Krankenversicherung auf den Zahlbetrag der Rente ergäbe. Gemäß [§ 106 Abs. 3 Satz 1 SGB VI](#) i.d.F. vom 11. Dezember 2018 (gültig ab 1. Januar 2019) werde er in Höhe des halben Betrags geleistet, der sich aus der Anwendung des allgemeinen Beitragssatzes der gesetzlichen Krankenversicherung zuzüglich des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach [§ 242a](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) auf den Zahlbetrag der Rente ergäbe. Gemäß [§ 106 Abs. 3 Satz 2 SGB VI](#) werde der monatliche Zuschuss auf die Hälfte der tatsächlichen Aufwendungen für die Krankenversicherung begrenzt. Ein Anspruch auf einen höheren als den von der Beklagten gewährten Zuschuss ergäbe sich weder aus [§ 106 SGB VI](#) in der ab 1. Januar 2015 geltenden Fassung noch aus der seit 1. Januar 2019 geltenden Fassung. Denn in beiden Fassungen sei die Höhe des monatlichen Zuschusses gemäß [§ 106 Abs. 3 Satz 2 SGB VI](#) auf die Hälfte der tatsächlichen Aufwendungen für die Krankenversicherung begrenzt. Dass [§ 106 Abs. 3 Satz 1 SGB VI](#) ab 1. Januar 2019 für die Berechnung des Zuschusses nicht nur den allgemeinen Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung, sondern auch den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz nach [§ 242a SGB V](#) heranziehe, sei von der Beklagten – soweit ersichtlich – ab 1. Januar 2019 zwar nicht berücksichtigt worden, wirke sich aber durch die Begrenzung auf die Hälfte der tatsächlichen Aufwendungen in [§ 106 Abs. 3 Satz 2 SGB VI](#) nicht aus. Genauso wirke es sich nicht aus, dass die Beklagte im Widerspruchsbescheid von einer Beitragsberechnung anhand des um 0,9 Beitragssatzpunkte verminderten allgemeinen Beitragssatzes der gesetzlichen Krankenversicherung ausgehe und damit die Fassung von [§ 106 SGB VI](#) vom 20. April 2007 anwende, da sie gleichwohl von einer Begrenzung auf die Hälfte der tatsächlichen Aufwendungen ausgehe. Der allgemeine Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung hätte gemäß [§ 241 SGB V](#) seit 1. Januar 2015 14,6% betragen. Nach [§ 106 Abs. 3 Satz 1 SGB VI](#) in der bis 31. Dezember 2018 geltenden Fassung könnten mithin 7,3% des Zahlbetrags der Rente ab 1. Januar 2018 in Höhe von 2.462,57 €, also 179,77 € und ab 1. Juli 2018 185,56 € (bei einem Zahlbetrag der Rente von 2.541,93 €) gewährt werden. Ausgehend von einem durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz nach [§ 242a SGB V](#) in Höhe von 0,9% ab 1. Januar 2019 bzw. von 1,1% ab 1. Januar 2020 könne ab 1. Januar 2019 nach der dann geltenden Fassung von [§ 106 Abs. 3 Satz 1 SGB VI](#) ein Zuschuss in Höhe von 197,00 € (also der Hälfte von 14,6% + 0,9% von 2.541,93 €) bzw. ab 1. Januar 2020 ein Zuschuss in Höhe von 199,54 € (also der Hälfte aus 14,6% + 1,1% von 2.541,93 €) gewährt werden. Diese Beträge seien wiederum gemäß [§ 106 Abs. 3 Satz 2 SGB VI](#) auf die Hälfte der tatsächlichen Aufwendungen zu begrenzen, ab 1. Januar 2018 also auf 169,70 € und ab 1. Juli 2018 auf 148,30 €. Der Kläger wende ausweislich der im Verwaltungs- und Klageverfahren vorgelegten Versicherungsscheine für seine private Kranken- und Pflegeversicherung ab 1. Januar 2018 einen Gesamtbeitrag in Höhe von 410,86 € bzw. ab 1. Juli 2018 in Höhe von 368,06 € auf. Da ein Zuschuss zur Pflegeversicherung nicht zu gewähren sei, seien von den Gesamtbeiträgen die Beiträge für die Pflegeversicherung (Tarif PHN 1 in Höhe von 14,52 €, Tarif PVN in Höhe von 56,94 €) abzuziehen. Damit ergäbe sich ein monatlicher Beitrag zur privaten Krankenversicherung in Höhe von 339,40 € ab 1. Januar 2018 und in Höhe von 296,80 € ab 1. Juli 2018. Hiervon sei kein weiterer Abzug in Höhe des Beitrags von der Ermäßigung des Tarifs MBZ 200 vorzunehmen. Der Beitrag für und der Erlös aus dem Tarif MBZ 200 sei ebenfalls als Aufwendung für die Krankenversicherung anzusehen.

[§ 106 Abs. 3 Satz 2 SGB VI](#) stelle im Wortlaut ausdrücklich auf die tatsächlichen Aufwendungen für die Krankenversicherung ab. Der Kläger habe durch den von ihm zusätzlich gewählten Tarifbestandteil MBZ 200 tatsächlich geringere Aufwendungen für die private Krankenversicherung. Der Beitrag für und der Erlös aus dem Tarif MBZ 200 müsse nicht deshalb bei der Berechnung des Zuschusses unberücksichtigt bleiben, weil es sich um eine eigene, von der privaten Krankenversicherung zu trennende, abstrakte Versicherung handle. Ausweislich der vorgelegten Versicherungsscheine handle es sich um einen besonderen Tarif (vgl. die Darstellung in der Spalte „Tarifbezeichnung“), der als Sonderbedingung aufgeführt werde. Das Versicherungsunternehmen weise den Tarif MBZ 200 auf demselben Versicherungsschein aus, in dem die private Krankenversicherung im Übrigen dargestellt werde. Nach der Darstellung des Krankenversicherungsunternehmens handle es sich also um einen besonderen Tarif, der gerade in Bezug zu den übrigen Tarifen besondere Bedingungen aufstelle und nicht gänzlich losgelöst davon eine Ansparung eines Guthabens ermögliche oder eine eigene Versicherung darstellen würde. Die vom Kläger mit dem Tarif MBZ 200 gewählte Art und Weise der Beitragsfinanzierung im Alter mindere tatsächlich die gegen ihn gerichtete Forderung des privaten Krankenversicherungsunternehmens und stelle gerade nicht nur eine getrennte Gutschrift dar, die er wahlweise mit anderen privaten Aufwendungen als denjenigen für die Krankenversicherung saldieren könne. Sehe man den Beitrag für und die Ermäßigung aus dem Tarif MBZ 200 demnach als Aufwendung für die Krankenversicherung im Sinne von [§ 106 Abs. 3 Satz 2 SGB VI](#) an, so beeinflussten sie auch den tatsächlich zu leistenden Betrag. Der Wortlaut des [§ 106 Abs. 3 Satz 2 SGB VI](#) impliziere mit dem Begriff des Tatsächlichen, dass es auf den an das Krankenversicherungsunternehmen im Ergebnis monatlich zu zahlenden Betrag ankomme und nicht auf einen hypothetisch zu leistenden Betrag, wenn bestimmte Sonderbedingungen nicht vereinbart worden wären. Der Wortlaut stelle pauschal auf die tatsächlichen Aufwendungen ab, die in der jeweiligen gewählten privaten Krankenversicherung entstünden. Das Gesetz begrenze die tatsächlichen Aufwendungen nicht auf solche, die für eine dem Leistungskatalog des SGB V entsprechende private Krankenversicherung aufgewendet würden. Daher könnten auch tatsächliche Aufwendungen für private Krankenversicherungen berücksichtigt werden, die die gesetzliche Krankenversicherung nicht kenne (z.B. Krankentagegeldversicherung). Ein Einzelvergleich finde nicht statt, die Berechnung erfolge pauschal. Dies bedeute zugleich, dass alle Aufwendungen, die im Zusammenhang mit der Krankenversicherung stünden, berücksichtigt würden, auch wenn sie allgemein der Art und Weise der Finanzierung der Krankenversicherungsbeiträge diene und sich diese Berechnung wie im vorliegenden Fall zu Lasten des Rentenbeziehers auswirke. Schließlich könnten als Aufwendungen auch nicht bloß die Beiträge für den Tarif MBZ 200 berücksichtigt werden, nicht aber die Ermäßigung zugunsten des Krankenversicherten, da der Begriff der Aufwendungen in [§ 106 Abs. 3 SGB VI](#) als im Sinne des an das Krankenversicherungsunternehmen zu leistenden Betrags zu verstehen sei. Der Begriff Aufwendungen diene an dieser Stelle nicht als Gegenbegriff zu Erträgen, weil Erträge im Rahmen der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung begrifflich nicht vorkämen, eine derartige Terminologie dem Gesetz an dieser Stelle fremd sei. Es sei zudem der Besonderheit der Ausgestaltung des Beitragserstattungstarifs geschuldet, dass ab dem Zeitpunkt, zu dem die Beitragserstattung ausgezahlt werde, weiterhin ein Betrag geschuldet werde, nicht aber unmittelbar saldiert werde und nicht noch eine (geringere) Ermäßigung ausgezahlt werde, die dann für sich allein die übrigen Aufwendungen der Krankenversicherung mindern würde. Auch der Sinn und Zweck der Regelung in [§ 106 Abs. 3 Satz 2 SGB VI](#) spräche dagegen, den Beitrag für und die Ermäßigung durch den Tarif MBZ 200 bei den Aufwendungen für die Krankenversicherung nicht zu berücksichtigen. [§ 106 Abs. 3 Satz 2 SGB VI](#) erlaube dem Rentenversicherungsträger eine vereinfachte Rechtsanwendung durch das Abstellen auf den vom Krankenversicherungsunternehmen verlangten monatlichen Zahlbetrag. Wäre stattdessen eine Überprüfung der einzelnen Tarifbestandteile im Hinblick darauf erforderlich, welche Leistungen ihnen konkret gegenüberstünden, ob sie auch Finanzierungsbestandteile enthielten und aus welchen Gründen der Versicherungsnehmer Beitragsermäßigungen erhalte, etwa allein deswegen, weil er einen bestimmten Tarif abgeschlossen habe und dafür gesonderte Beiträge entrichte habe oder aber weil er erst bestimmte (eventuell gesundheitliche) Voraussetzungen erfüllen müsse oder weitere Tarifbestandteile in Kombination abschließen müsse, würde dies auch eine erhebliche Darlegungslast für den Rentenbezieher oder dessen Versicherungsnehmer darstellen. Derartige Vorlage- oder Kennzeichnungsverpflichtungen des privaten Krankenversicherungsunternehmens sehe das Gesetz nicht vor. Es enthalte vielmehr überhaupt keine Differenzierung hinsichtlich einzelner Tarifbestandteile. Dass der Gesetzgeber allein auf die tatsächlichen Aufwendungen abstelle, diene deshalb auch der Verwaltungsvereinfachung. Dies bedeute auch eine pauschale Anerkennung der privaten Krankenversicherung in ihrer konkreten Ausgestaltung mit ihrer jeweiligen Beitragskalkulation und Finanzierung. Der Umstand, dass der Kläger sich zum Zweck der eigenen Entlastung im Alter für diesen Tarif entschieden habe und nicht mit der Intention, im Ergebnis auch die Beklagte zu entlasten, führe zu keiner anderen Betrachtung. Dass bei Abschluss eines Versicherungsvertrages nicht alle damit einhergehenden Rechtsfolgen absehbar seien oder jedenfalls in die Entscheidung miteinbezogen würden, vermindere nicht den Geltungsanspruch der getroffenen Regelung. Soweit der Kläger im Verwaltungsverfahren auch auf den Selbstbehalt eingegangen sei und dieses Begehren im Rahmen des Klageverfahrens wegen der beantragten Bewilligung des Zuschusses in gesetzlicher Höhe weiterverfolgt werde, dringe er auch damit nicht durch. Ein Selbstbehalt bzw. Selbstbeteiligungsbetrag an den Kosten der privaten Krankenversicherung stelle keinen Beitrag für die Krankenversicherung dar. Ein Selbstbehalt sei zwar Teil der Beitragskalkulation in der privaten Versicherung und bestimme gemeinsam mit den zu zahlenden Prämien oder Beiträgen den Preis des Versicherungsschutzes. Er unterscheide sich aber von den Beiträgen wesentlich. Mit ihnen werde der Versicherte regelmäßig und monatlich belastet. Ob er hingegen einen vereinbarten Selbstbehalt zu tragen habe oder nicht, hänge davon ab, ob und in welcher Höhe Krankheitskosten entstünden. Dies stehe erst nach Ablauf des jeweiligen Kalenderjahres oder eines sonstigen für den Selbstbehalt maßgeblichen Zeitraums fest. Der Begriff der Aufwendung für die Krankenversicherung in [§ 106 Abs. 3 SGB VI](#) sei nicht anders zu verstehen als im Sinne von Beiträgen für die Krankenversicherung. Der Selbstbeteiligungsbetrag werde unabhängig von den monatlichen Beiträgen vom Versicherten im Fall der Leistungsanspruchnahme verlangt. Er mindere wirtschaftlich gesehen die vom Versicherten im Rahmen der Krankenversicherung aufgewendeten Kosten, aber nicht die Aufwendungen, die dafür erforderlich seien, dass überhaupt Versicherungsschutz gewährt werde. Der Selbstbeteiligungsbetrag stelle stattdessen eine Minderung des vom Krankenversicherungsunternehmen gewährten Versicherungsschutzes selbst dar, indem er die Versicherungsleistung mindere.

Gegen das den Bevollmächtigten des Klägers gegen Empfangsbekanntnis am 4. Dezember 2020 zugestellte Urteil haben diese am 3. Januar 2021 schriftlich beim Landessozialgericht Baden-Württemberg (LSG) Berufung erhoben. Zur Begründung machen sie geltend, die Beklagte habe die monatlichen Aufwendungen des Klägers für seine private Krankenversicherung unrichtig berechnet und daher den Zuschuss zu seinen Krankenversicherungsbeiträgen in falscher Höhe festgesetzt. Streitentscheidend sei, wie der Wortlaut des [§ 106 Abs. 3 Satz 2 SGB VI](#) auszulegen sei. Zur Berechnung für die Höhe des Zuschusses würden die tatsächlichen Aufwendungen für die Krankenversicherung herangezogen. Hierbei könne es sich nur um die vom Versicherungsunternehmen für die Tarife AV 100 und CG 2, die eigentlichen Krankenversicherung, in Rechnung gestellten Beträge handeln. Nur hierbei handle es sich um diejenigen Krankenversicherungskosten, die jeder Versicherte in gleicher Weise für seine Krankenversicherung aufzuwenden habe. Der Gleichbehandlungsgrundsatz gebiete, dass nur diese Beiträge als tatsächliche Aufwendungen der Krankenversicherung anzusehen seien. Damit der Versicherungsbeitrag bei der privaten

Krankenversicherung im Alter nicht so hoch ausfallen, nähme der Kläger am Ermäßigungsprogramm seiner Versicherungsgesellschaft teil. Er zahle monatlich einen Betrag zusätzlich zur Krankenversicherung ein, den seine Gesellschaft anlege, um ihm im Alter wieder einen Betrag zurückzuzahlen. Dies sei der im Versicherungsschein ausgewiesene Bestandteil MBZ 200. Für diesen entrichte er einerseits einen Versicherungsbeitrag und andererseits werde eine Ausschüttung gutgeschrieben und von dem für die Krankenversicherung zu zahlenden Betrag abgezogen. Der Kläger wende für die Krankenversicherung ab dem 1. Januar 2018 442,09 € und ab 1. Juli 2018 442,09 € auf. Der Tarif MBZ sei eine separat zusätzlich abgeschlossene Versicherung. Diese Versicherung zur Beitragsreduzierung hätte er jederzeit bei einem anderen Anbieter abschließen können. Genauso gut hätte er ein Sparbuch, einen Sparplan oder eine Zusatzrentenversicherung abschließen können.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 25. November 2020 aufzuheben und den Bescheid der Beklagten vom 4. Dezember 2017 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 26. März 2018 in der Fassung des Änderungsbescheids vom 13. Juli 2018 abzuändern und die Beklagte zu verurteilen, dem Kläger ab dem 1. Januar 2018 einen Zuschuss zur privaten Krankenversicherung in gesetzlicher Höhe ohne Berücksichtigung des Tarifs MBZ 200 zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 25. November 2020 sei nicht zu beanstanden. Es werde auf die Entscheidungsgründe des genannten Urteils verwiesen.

Die Beteiligten wurden mit Schreiben vom 15. März 2021 darauf hingewiesen, dass die Möglichkeit bestehe, dass der Senat die Berufung auch ohne mündliche Verhandlung und ohne Mitwirkung ehrenamtlicher Richter durch Beschluss zurückweise, wenn er sie einstimmig für unbegründet und eine mündliche Verhandlung nicht für erforderlich halte. Den Beteiligten war Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben worden.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der beigezogenen Verwaltungsakte der Beklagten sowie auf die Gerichtsakten erster und zweiter Instanz Bezug genommen.

II.

Die Berufung des Klägers hat keinen Erfolg.

Der Senat entscheidet über die nach den [§§ 143, 144 Abs. 1, Abs. 3](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthafte, unter Beachtung der maßgeblichen Form- und Fristvorschriften ([§ 151 Abs. 1 und Abs. 3 SGG](#)) eingelegte zulässige Berufung nach Anhörung der Beteiligten, die für den Senat keinen Anlass zu einem anderen Verfahren gegeben hat, gemäß [§ 153 Abs. 4 SGG](#) durch Beschluss, weil er die Berufung einstimmig für unbegründet und eine mündliche Verhandlung nicht für erforderlich hält.

Das SG hat zutreffend nach der hier maßgeblichen gesetzlichen Regelung des [§ 106 Abs. 3 Satz 2 SGB VI](#) einen Anspruch des Klägers auf einen höheren Zuschuss zu seinem Krankenversicherungsbeitrag ab 1. Januar 2018 bzw. 1. Juli 2018 – (nur) unter Berücksichtigung seiner Krankenversicherungsbeiträge nach den Tarifen AV1 und CG2 – verneint. Der Senat sieht insoweit von weiteren Ausführungen ab und nimmt auf die Entscheidungsgründe im Urteil gemäß [§ 153 Abs. 2 SGG](#) Bezug.

Ergänzend wegen der Berufungsbegründung, mit der der Kläger (in Wiederholung seines bisherigen Vorbringens) darauf abhebt, dass der Tarif MBZ eine separate, zusätzlich abgeschlossene Versicherung sei, wobei er diese Versicherung zur Beitragsreduzierung jederzeit bei einem anderen Anbieter hätte abschließen können, ist noch folgendes auszuführen:

Der Tarif MBZ 200 ist auf ein und demselben Versicherungsschein der H1 Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit mit „Sonderbedingungen“ unter Tarifbezeichnung als MBZ 200 aufgeführt. Dabei ist der Versicherungsschein im Versicherungswesen eine Urkunde, in der die Verbriefung eines Versicherungsvertrages erfolgt. Der Versicherungsvertrag ist ein (umfassendes) Vertragswerk einschließlich der allgemeinen Versicherungsbedingungen, das in verkürzter Form als Versicherungsschein dem Versicherungsnehmer ausgehändigt wird. Dabei beinhaltet der Versicherungsschein insbesondere den Versicherungsnehmer, die Versicherungsart, die Versicherungsnummer, die Bedingungen des Versicherungsschutzes, die Versicherungsprämie und den Versicherungsbeginn. Ausweislich des Versicherungsscheins der H1 Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit handelt es sich bei dem Tarif MBZ 200 um eine Sonderbedingung zu den ebenfalls auf diesem Versicherungsschein aufgeführten Krankenversicherungstarifen. Deswegen ist dem SG darin zu folgen, dass es sich um einen besonderen Tarif gerade in Bezug zu den übrigen Tarifen handelt und dieser Tarif nicht gänzlich losgelöst davon betrachtet werden kann wie beispielsweise eine völlig andere „Altersvorsorge“ wie z.B. ein Sparbuch, ein Sparplan oder eine Zusatzrentenversicherung, wie sie der Kläger anführt. Die vom Kläger mit dem Tarif MBZ 200 mit der Krankenversicherung abgeschlossene Art und Weise der Beitragsfinanzierung seines Krankenversicherungsbeitrags im Alter mindert unmittelbar die gegen ihn gerichtete Beitragsforderung des Krankenversicherungsunternehmens. Der Beitrag und die Ermäßigung aus dem Tarif MBZ 200 ist unmittelbar eine Aufwendung für die Krankenversicherung im Sinne von [§ 106 Abs. 3 Satz 2 SGB VI](#) und bestimmen unmittelbar im Sinne von [§ 106 Abs. 3 Satz 2 SGB VI](#) den tatsächlichen Aufwand für seine private Krankenversicherung. [§ 106 Abs. 3 Satz 2 SGB VI](#) geht im Sinne der Höhe des vom benannten Versicherungsträger zu leistenden Zuschusses zum Beitrag für eine Krankenversicherung von dem tatsächlich an das Krankenversicherungsunternehmen zu zahlenden monatlichen Krankenversicherungsbeitrag aus und nicht von einem hypothetisch zu leistenden Krankenversicherungsbeitrag, wie er sich unter der Annahme ergäbe, dass entsprechende Sonderbedingungen zum Krankenversicherungsbeitrag nicht Bestandteil der einen, privaten Krankenversicherung mit dem Krankenversicherten oder mit dem Krankenversicherungsunternehmen wären. Wie das SG in seinen Entscheidungsgründen ausgeführt hat, ermöglicht [§ 106 Abs. 3 Satz 2 SGB VI](#) es nicht, einzelne Bestandteile des privaten Krankenversicherungsschutzes im Sinne ihres unmittelbaren Einflusses auf die Höhe des monatlichen Krankenversicherungsbeitrages nicht zu berücksichtigen. So ist es dem Kläger bei seinem mit dem Krankenversicherungsunternehmen abgeschlossenen privaten Krankenversicherungsvertrag nicht möglich, einen höheren

Krankenversicherungsbeitrag als den tatsächlich sich aus dem Versicherungsschein Ergebenden im Sinne der Krankenversicherungstarife AV1 und CG 2 an das Krankenversicherungsunternehmen zu entrichten und andererseits – getrennt davon – wiederum einen Beitrag für den Tarif MBZ 200 zu entrichten sowie sich gleichzeitig die (höhere) Erstattung aus dem Sondertarif MBZ 200 monatlich auszahlen zu lassen. Schon die Bezeichnung „Ermäßigung“ im Versicherungsschein zu dem Sondertarif MBZ 200 macht deutlich, dass es sich nicht um eine – isoliert vom Krankenversicherungsbeitrag – zu betrachtende Forderung des Klägers gegen das Krankenversicherungsunternehmen handelt, die er sich auch vollständig auszahlen lassen könnte, sondern sie hat im Sinne einer ermäßigenden Wirkung unmittelbar Einfluss und ist Teil des tatsächlich zu leistenden monatlichen Krankenversicherungsbeitrags.

Nach diesen Gründen ist die Berufung zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 193 SGG](#).

Gründe für die Zulassung der Revision ([§§ 160 Abs. 2 Nrn. 1 und 2 SGG](#)) liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Saved

2023-06-30