

B 1 KR 5/98 R

Land
Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht
Bundessozialgericht
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
1
1. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
-
Datum
12.02.1998
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 1 KR 5/98 R
Datum
16.06.1999
Kategorie
Urteil

Die Revision der Beklagten gegen das Urteil des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 12. Februar 1998 wird mit der Maßgabe zurückgewiesen, daß die Beklagte zur Zahlung von Zuschüssen in gesetzlicher Höhe zu den im Mai 1990 durchgeführten Zahnersatzbehandlungen der Kläger verurteilt wird. Die Beklagte trägt die außergerichtlichen Kosten der Kläger im gesamten Rechtsstreit. Im übrigen sind Kosten nicht zu erstatten.

Gründe:

I

Die in Spanien wohnenden Kläger begehren Zuschüsse zu in Deutschland durchgeführten Zahnersatzbehandlungen.

Der Kläger zu 1) bezieht seit 1983 eine Rente aus der deutschen Rentenversicherung und hat zusammen mit seiner Ehefrau, der Klägerin zu 2), seinen Wohnsitz seit 1989 in Spanien. Die ursprüngliche Rentenbewilligung war mit der Aufnahme in die Krankenversicherung der Rentner (KVdR) verbunden. Seitdem sie in Spanien wohnen, werden die Eheleute insoweit vom Krankenversicherungsträger ihres Wohnortes betreut. Die beklagte Allgemeine Ortskrankenkasse (AOK) nimmt die Aufgaben einer Verbindungsstelle wahr.

Anlässlich eines Deutschlandaufenthalts begaben sich die Eheleute im Mai 1990 in die Behandlung des beigeladenen Kassenzahnarztes. Dieser erstellte für die als notwendig erachteten Zahnersatzbehandlungen der Kläger jeweils einen Heil- und Kostenplan. Über diese Pläne hinausgehende Absprachen zwischen den Klägern und dem Beigeladenen erfolgten nicht. Die damals örtlich zuständige AOK, die inzwischen mit anderen Kassen zur Beklagten vereinigt wurde, übernahm die Zahnbehandlungen als Sachleistung, lehnte jedoch die beantragten Zuschüsse zum jeweiligen Zahnersatz ab, weil sich der Leistungsumfang bei den in Spanien wohnenden Klägern nach spanischem Recht richte und dieses die Gewährung von Zahnersatz nicht vorsehe (Bescheid vom 18. September 1990). Nach erfolglosem Widerspruchsverfahren hatten die Kläger auch vor Gericht zunächst keinen Erfolg (Urteil des Sozialgerichts (SG) vom 27. Oktober 1994; erstes Berufungsurteil vom 7. September 1995). Die Rechnungen des Beigeladenen über 11.307,08 DM für den Kläger zu 1) und über 10.406,09 DM für die Klägerin zu 2) haben die Kläger im Oktober 1993 selbst bezahlt.

Nach Zurückverweisung durch den Senat (Urteil vom 24. September 1996 - [1 RK 26/95](#) = BSG [SozR 3-2500 § 30 Nr 8](#)) hat das Landessozialgericht (LSG) mit Urteil vom 12. Februar 1998 das Urteil des SG aufgehoben und die Beklagte dem Grunde nach verurteilt, die Kosten der streitigen zahnprothetischen Versorgung der Kläger in Deutschland zu erstatten. Zur Begründung hat es ausgeführt, daß der Kläger zwar nicht versicherungspflichtiges Mitglied der KVdR sei. Er sei jedoch Arbeitnehmer iS der EWG-Verordnung (EWGV) 1408/71 über die soziale Sicherheit innerhalb der Gemeinschaft. Art 21 Abs 1 und 2 der Verordnung regelten allgemein, daß Arbeitnehmer und ihre Familienangehörigen, die sich im Gebiet des für die Krankenversicherung zuständigen Staates aufhielten, Leistungen nach den Rechtsvorschriften dieses Staates erhielten, als ob sie dort wohnen. Die Sondervorschriften für Rentner in den Art 27 bis 34 der Verordnung, insbesondere Art 28 und 31, seien nicht anwendbar. Für eine Kürzung der Leistungsansprüche eines Rentners während des Aufenthaltes in dem zuständigen Staat, nach dessen Vorschriften sich auch die Beiträge richteten, sei kein Grund ersichtlich. Die Ansprüche der Kläger richteten sich daher nach deutschen Rechtsvorschriften, konkret nach [§ 30](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V). Hierbei handele es sich auch um Leistungen im Rahmen der kassenzahnärztlichen Versorgung. Zwar habe der Beigeladene die einschlägigen Vorschriften des Leistungserbringerrechts nicht beachtet, da umfangreicher Zahnersatz in der Regel nicht ohne Zustimmung der Krankenkasse veranlaßt werden dürfe. Der Beigeladene sei verpflichtet gewesen, vor der Durchführung der Zahnersatzbehandlung einen Heil- und Kostenplan aufzustellen und diesen von der Krankenkasse genehmigen zu lassen. Die Beklagte habe aber infolge der Ermächtigung des Vertragszahnarztes zur Feststellung von Leistungsansprüchen auch ohne vorherige Genehmigung eines Heil- und

Kostenplans im Verhältnis zu ihren Versicherten für die durchgeführte Behandlung einzustehen. Die Kläger hätten sich nicht bewußt eine außerhalb des gesetzlichen Rahmens liegende Leistung verschafft.

Mit ihrer Revision rügt die Beklagte die Verletzung der Art 21 und 31 EWGV 1408/71. Bei Art 31 handele es sich um eine hier anzuwendende Sondervorschrift für Rentner. Dies ergebe sich aus dem Zusammenhang der Artikel in der EWGV 1408/71 und der Durchführungsverordnung EWG 574/72. Die Kläger hätten daher im Ergebnis nur Anspruch auf Sachleistungen nach dem Recht des spanischen Versicherungsträgers. Dieses sehe eine Zahlung bei Zahnersatz nicht vor. Hierin liege auch keine Ungleichbehandlung nach [Art 3 Abs 1 Grundgesetz](#) im Verhältnis zu in Deutschland lebenden Rentnern, die wie der Kläger in Deutschland Beiträge zahlten. Die Situation der Kläger mit Wohnsitz im Ausland sei nicht mit der Situation eines in Deutschland lebenden Rentners vergleichbar. Während dessen Krankenversicherungsschutz nach [§ 16 Abs 1 Nr 1 SGB V](#) ruhe, wenn er sich vorübergehend in Spanien aufhalte, erhielten die Kläger in Spanien gemäß Art 19 Abs 1 Buchst a EWGV 1408/71 einen umfassenden Versicherungsschutz, so als ob sie dort versichert wären. Auch das vom Europäischen Gerichtshof (EuGH) entwickelte Prinzip der Meistbegünstigung, sei hier nicht anwendbar, da sich die Kläger in Spanien keinen Anspruch auf Krankenversicherung erarbeitet hätten. Sie genossen Versicherungsschutz lediglich deshalb, weil die EWGV 1408/71 einen solchen Anspruch geschaffen habe.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des LSG vom 12. Februar 1998 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Kläger beantragen,

die Revision zurückzuweisen.

Sie halten das angefochtene Urteil für zutreffend.

II

Die Revision der Beklagten ist unbegründet. Das LSG hat die Ansprüche der Kläger auf Zuschüsse zu dem in Deutschland im Mai 1990 eingegliederten Zahnersatz zu Recht bejaht. Der darüber hinausgehende Tenor, der entgegen den Ausführungen in den Urteilsgründen den Eindruck erwecken könnte, die Beklagte schulde die Erstattung der Gesamtkosten, war im Revisionsverfahren zu berichtigen.

Der Umfang der von der Beklagten geschuldeten Leistungen beurteilt sich nach deutschem Recht. Dessen Anwendbarkeit wird nicht durch den Umstand ausgeschlossen, daß die Kläger in Spanien wohnen und die hier einschlägigen Vorschriften über die Versicherungspflicht nach [§ 3 Nr 2 Viertes Buch Sozialgesetzbuch \(SGB IV\)](#) bei einem Wohnsitz im Ausland grundsätzlich nicht eingreifen. Die geltend gemachten Ansprüche setzen allerdings nach [§ 30, § 10 SGB V](#) ein dem Mitgliedschaftsverhältnis im deutschen Krankenversicherungsrecht zumindest vergleichbares Versicherungsverhältnis zwischen der Beklagten und dem Kläger voraus. Ein solches Verhältnis wird jedoch durch die Vorschriften der EWGV 1408/71 jedenfalls in ihren praktischen Auswirkungen begründet, so daß die Kläger (die Klägerin über [§ 10 SGB V](#)) als "Versicherte" iS von [§ 30 SGB V](#) anzusehen sind.

Ein Versicherungsverhältnis nach deutschem Recht als Grundlage für die Leistungspflicht der Krankenkasse wird entweder durch Gesetz als Pflichtversicherung oder aufgrund eines Antrags als freiwillige Versicherung begründet; nach den für den Kläger einschlägigen [§ 5 Abs 1 Nr 11 SGB V](#) und [§ 3 Nr 2 SGB IV](#) hängt die Versicherungspflicht vom Bezug einer Rente, von der Belegung der Vorversicherungszeit und von einem Wohnsitz im Inland ab. Die Erfüllung dieser Voraussetzungen schafft eine besondere Beziehung zu einer bestimmten Krankenkasse, indem der Rentner deren "Mitglied" wird ([§ 173 Abs 1 SGB V](#)). Die Mitgliedschaft bildet ihrerseits die Grundlage für gegenseitige Rechte und Pflichten: tägliche Beitragspflicht nach [§ 223 Abs 1 SGB V](#) und Leistungsanspruch im Krankheitsfall für das Mitglied und seine Familienangehörigen (Gegenschluß aus [§ 19 Abs 1 SGB V](#); zur Familienversicherung [§ 10 SGB V](#)).

Bei Rentenbeginn im Jahre 1983 haben diese Vorschriften zwischen dem Kläger und der Beklagten ein Versicherungsverhältnis im Sinne des deutschen Rechts begründet. Dementsprechend hat der Kläger damals - wie seine Rentenakten ausweisen - eine Mitteilung über die Aufnahme in der KVdR erhalten. Ob diese Mitteilung die Qualität eines Verwaltungsakts hat und ob dieser im Zusammenhang mit der Verlegung des Wohnsitzes nach Spanien wirksam aufgehoben wurde, bedarf keiner Aufklärung und Entscheidung, weil sich der Fortbestand des Versicherungsverhältnisses unabhängig von verwaltungsverfahrenrechtlichen Vorschriften aus dem materiellen Recht ergibt.

Allein aus der Sicht des deutschen Rechts führt die Aufgabe des Wohnsitzes im Inland zur Beendigung der Mitgliedschaft in der KVdR. Die Wohnsitzvoraussetzung des [§ 3 Nr 2 SGB IV](#) muß während des gesamten Zeitraums vorliegen, für den Versicherungsschutz beansprucht wird; es genügt nicht, daß sie nur zu Beginn des Versicherungsverhältnisses vorliegt. Das ergibt sich schon aus der Verwendung der Gegenwartsform im Gesetzestext und aus dem Fehlen von Zusätzen, mit denen die Anwendung auf den Zeitpunkt des Eintritts in die Versicherung bezogen wird. Es wird durch das Territorialitätsprinzip bestätigt, das die Anwendung des nationalen Rechts grundsätzlich auf das entsprechende Staatsgebiet beschränkt und das eine Weitergeltung dieses Rechts nicht zuläßt, wenn kein aktueller Bezug zum jeweiligen Staatsgebiet (mehr) gegeben ist.

Mit der Verlegung des Wohnsitzes nach Spanien ist der Kläger aus der deutschen KVdR dennoch nicht ausgeschieden. Er genießt weiterhin gesetzlichen Krankenversicherungsschutz in allen Staaten der Europäischen Union (EU), ohne daß er einer Versicherung freiwillig hätte beitreten oder einen Versicherungsvertrag hätte abschließen müssen. Sein Versicherungsschutz beruht seither auf den Vorschriften des europäischen Gemeinschaftsrechts, dem allerdings keine ausdrücklichen Regelungen darüber zu entnehmen sind, zu welcher Krankenkasse ein Versicherungs- oder Mitgliedschaftsverhältnis im Sinne des deutschen Rechts besteht. Die EWGV 1408/71 kennt zwar die Versicherteneigenschaft, denn Arbeitnehmer und Selbständige werden in Art 1 Buchst a Ziff i als Personen definiert, die in einem System der sozialen Sicherheit pflichtversichert oder freiwillig weiterversichert sind. Daraus kann aber für das Merkmal des "Versicherten" in [§ 30 SGB V](#) als Voraussetzung für den konkreten Leistungsanspruch gegen einen bestimmten Versicherungsträger nichts hergeleitet werden. Denn mit der Einbeziehung in den von der EWGV 1408/71 erfaßten Personenkreis ist noch nichts über die Leistungsansprüche aus der deutschen Krankenversicherung ausgesagt. Auch wo die EWGV 1408/71 ausnahmsweise den Begriff der Mitgliedschaft gebraucht (Art 24

Abs 1), wird nicht festgelegt, welcher Sachverhalt damit umschrieben sein soll.

Dennoch ist die Annahme eines Versicherungsverhältnisses zwischen dem Kläger und der Beklagten dadurch nicht ausgeschlossen. Ein Fehlen ausdrücklicher Statusregelungen im deutschen Recht würde bei einem ähnlichen Sachverhalt zwar den Schluß nahelegen, daß die verbliebenen Rechtsbeziehungen zwischen den Beteiligten gerade nicht als Versicherungsverhältnis einzuordnen sein sollen. Derselbe Schluß könnte aus dem Fehlen einer Statusregelung im Gemeinschaftsrecht allenfalls dann gezogen werden, wenn dieses Recht die Begriffe des Versicherungsverhältnisses oder der Mitgliedschaft kennen und im selben Sinne wie im deutschen Recht verwenden würde. Da dies, wie bereits aufgezeigt, nicht der Fall ist, kann nicht der Wortlaut, sondern nur der Regelungsinhalt ergeben, ob die Gemeinschaftsnormen in ihren Rechtsfolgen dem entsprechen, was das SGB V als Zusammenfassung einer insbesondere durch Leistungsansprüche und Beitragspflichten geprägten Rechtsbeziehung zwischen einer bestimmten Krankenkasse und dem Versicherten mit dem Begriff der Mitgliedschaft oder des Versicherungsverhältnisses umschreibt. Wo das deutsche Sozialversicherungsrecht ausdrücklich Bezüge zu ausländischen Rechtsordnungen herstellt - etwa bei der Berücksichtigung von ausländischen Einkünften - wird ebenfalls nicht an den deutschen Rechtsbegriff, sondern an die inhaltliche Vergleichbarkeit angeknüpft (vgl. [§ 50 Abs 1 Satz 1 Nr 4 SGB V](#); [§ 229 Abs 1 Satz 2 SGB V](#) - dazu: BSG [SozR 3-2500 § 229 Nr 9](#) mwN; vgl auch BSG [SozR 3-4100 § 118 Nr 4](#) zum früheren § 118 Abs 1 Nr 4 AFG). Da im Gemeinschaftsrecht Rechte und Pflichten des Einzelnen im Verhältnis zu mehreren Versicherungsträgern verschiedener Mitgliedstaaten begründet werden, setzt die Bündelung dieser Rechtsbeziehungen zum Merkmal des Mitgliedschafts- oder Versicherungsverhältnisses bei einem bestimmten Träger eine wertende Abwägung der einschlägigen Detailregelungen voraus. Die entsprechende Prüfung im Falle des Klägers ergibt, daß sein durch das Gemeinschaftsrecht begründeter Status die wesentlichen Merkmale eines Versicherungsverhältnisses im Sinne des deutschen Rechts erfüllt.

Das gilt einmal aus der Sicht des Klägers. Aufgrund der Bestimmungen der EWGV 1408/71 hat er für sich und seine Ehefrau in allen Mitgliedstaaten der EU einen vollen Krankenversicherungsschutz, der alle Sachleistungen am Wohnort, zumindest die unverzüglich notwendigen Leistungen am Ort eines vorübergehenden Aufenthalts und - jedenfalls nach Genehmigung - eine am Wohnort nicht verfügbare Auslandsbehandlung sowie gegebenenfalls auch Geldleistungen umfaßt (vgl. Art 22, 31 EWGV 1408/71 iVm [EuGHE 1979, 1977](#) = SozR 6050 Art 22 Nr 4). Von seiner Rente und anderen deutschen Versorgungsbezügen werden Beiträge einbehalten. Auch wenn das SGB V einem Leistungsanspruch ohne Versicherungsverhältnis nicht grundsätzlich entgegensteht (vgl. [§ 19 Abs 2](#) und 3 SGB V), würde man den geschilderten Gegebenheiten nicht gerecht, wenn man den Kläger rechtlich als "unversichert" einordnen würde, denn in ihren Wirkungen unterscheiden sie sich in keinem wesentlichen Punkt vom Mitgliedschaftsverhältnis im Sinne des SGB V.

Die davon zu unterscheidende Frage, ob die beschriebene Beziehung zu der Beklagten als dem in Deutschland zuständigen Versicherungsträger besteht, ist ebenfalls zu bejahen. Dabei braucht nicht entschieden zu werden, ob gleichrangige Beziehungen zu mehreren Trägern im Sinne einer Mehrheit von Versicherungsverhältnissen mit der deutschen Auffassung von "Mitgliedschaft" zu vereinbaren wären. Die Gesamtbewertung aller Einzelumstände ergibt bei einem Rentner, der die Vorversicherungszeit des [§ 5 Abs 1 Nr 11 SGB V](#) erfüllt hat und ausschließlich von einem deutschen Versicherungsträger Rente bezieht, ein Versicherungsverhältnis zur deutschen zuständigen Krankenkasse.

Dafür spricht zunächst, daß die Wurzel des Versicherungsschutzes des Klägers im deutschen Recht liegt. Art 28 Abs 1 EWGV 1408/71 verweist auf die Zugangsvoraussetzungen der KVdR, wenn - wie hier - keine Leistungsansprüche nach den am Wohnort geltenden (hier: spanischen) Vorschriften bestehen. Dem Kläger wird nach dem Gemeinschaftsrecht ausdrücklich nur deshalb Versicherungsschutz gewährleistet, weil er Anspruch auf Leistungen hätte, wenn er in Deutschland wohnte (vgl. Art 28 Abs 1 Satz 1 EWGV 1408/71 - Wohnsitzfiktion). Würde das deutsche Recht und insbesondere [§ 5 Abs 1 Nr 11 SGB V](#) hierfür strengere Voraussetzungen aufstellen, hätte der Kläger unabhängig von seinem Wohnort keinen automatischen Krankenversicherungsschutz und müßte sich gegebenenfalls in eigener Verantwortung versichern.

Das finanzielle Risiko des Versicherungsverhältnisses mit dem Kläger trifft im wesentlichen die Beklagte. Unabhängig vom Wohnort oder Aufenthalt des Klägers innerhalb der EU hat die Beklagte nach Art 28 Abs 1 Satz 2 Buchst b, Art 31 Buchst b EWGV 1408/71 für alle Geldleistungen aufzukommen; das schließt Geldleistungen an Familienangehörige mit ein, auch wenn diese in einem "Drittstaat", dh in einem anderen Mitgliedstaat als der Kläger und nicht im zuständigen Staat wohnen (Art 29 Abs 1 Satz 2 Buchst b). Das wirtschaftliche Risiko für Sachleistungen wird im Ergebnis ebenfalls von der Beklagten getragen, indem Sachleistungen - jedenfalls im Wohnstaat - nach Art 28 Abs 1 Satz 2 Buchst a EWGV 1408/71 für Rechnung der Beklagten erbracht werden und diese hierfür - vorbehaltlich anderslautender Vereinbarungen - an den Träger des Wohnstaats (hier: Spanien) nach Art 36 EWGV 1408/71, Art 95 EWGV 574/72 eine Pauschale zu entrichten hat. Sachleistungen bei einem vorübergehenden Aufenthalt in einem Drittstaat und an Familienangehörige, die in einem Drittstaat wohnen, sind davon nur scheinbar ausgenommen. Zwar weist die Verordnung diese Lasten rein äußerlich dem Träger des Wohnstaats zu (Art 31 Buchst a, Art 29 Abs 1 Satz 2 Buchst a EWGV 1408/71; die Änderungen durch die EWGV 1223/98 vom 4. Juni 1998 - ABl L 168/1 - wirken sich auf den hier entscheidenden Punkt nicht aus). Darin liegt jedoch keine endgültige Verlagerung des Versicherungsrisikos, wie sich an der Berechnung der an den Wohnstaat zu entrichtenden Pauschale zeigt. Denn diese erfaßt auch die Aufwendungen des Wohnstaats für eventuelle Leistungen in einem Drittstaat, indem Art 95 Abs 3 Buchst a EWGV 574/72 vorschreibt, daß sie auf der Grundlage der Gesamtkosten für alle im Wohnstaat krankenversicherungsrechtlich zu betreuenden Rentner einschließlich ihrer Angehörigen zu berechnen ist und nicht nur die Kosten für die Versicherten des erstattungspflichtigen Staats zu berücksichtigen hat. Dadurch wird erreicht, daß die ermittelte Pauschale den tatsächlichen Kosten für einen umfassenden Versicherungsschutz unabhängig davon weitgehend entspricht, ob die einzelnen Leistungen im Wohnstaat oder zu dessen Lasten in einem Drittstaat erbracht werden. Insofern sind außerhalb des Wohnstaats veranlaßte Kosten als durch die Pauschale mit abgegolten anzusehen. Der Abschlag von 20% nach Art 95 Abs 2 EWGV 574/72 soll der allzu großzügigen Bewilligung von Leistungen durch den Träger des Wohnstaats entgegenwirken (vgl. Bieback in Nomos Kommentar zum Europäischen Sozialrecht, Stand: Juni 1999, I.36 RdNr 1) und steht der hier vertretenen Würdigung einer grundsätzlichen Übernahme des Versicherungsrisikos durch den Träger des Heimatstaats nicht entgegen.

Die grundsätzliche Verantwortung des Trägers am Wohnort für die Erbringung von Sachleistungen und die Formulierung in Art 28 Abs 1 Buchst a EWGV 1408/71, "als ob der Rentner nach den Rechtsvorschriften des Staates, in dem er wohnt, zum Bezug einer Rente berechtigt wäre und Anspruch auf Sachleistungen hätte" (Versicherungsfiktion), stellt diese Wertung nicht in Frage. Es wurde schon darauf hingewiesen, daß Art 28 Abs 1 Satz 1 EWGV 1408/71 hinsichtlich der Voraussetzungen für Leistungsansprüche auf das Recht Bezug nimmt, das für einen Bewohner des die Rente gewährenden Staates gilt (Wohnsitzfiktion). Die beiden in Art 28 EWGV 1408/71 angeordneten

fiktiven Anknüpfungen dürfen nur auf den jeweils angesprochenen Versicherungsträger bezogen werden; andernfalls würden sie sich widersprechen. Die hier im Verhältnis zum spanischen Träger ausgesprochene Versicherungsfiktion stellt die Wirkung der gegenüber dem deutschen Träger geltenden Wohnsitzfiktion nicht in Frage. Auch im übrigen kann die an den ausländischen Wohnort verlagerte Zuständigkeit für Sachleistungen dem Versicherungsverhältnis mit der Beklagten nicht entgegengehalten werden. Die Verlagerung beruht ausschließlich darauf, daß für eine Erbringung von Sachleistungen im Ausland in aller Regel die Grundlagen fehlen. Das gilt nicht nur, wenn die medizinische Versorgung wie in Deutschland von eigens zugelassenen Ärzten oder Krankenhäusern dem Versicherten gegenüber kostenfrei erbracht und (bei ambulanten ärztlichen Leistungen über die Kassenärztlichen Vereinigungen) mit den Krankenkassen abgerechnet wird. Auch in anderen Krankenversicherungssystemen fehlt in aller Regel das Instrumentarium, um Leistungen ordnungsgemäß im Ausland erbringen und abrechnen zu können - sei es wegen fehlender Verfügbarkeit von Ärzten für ausländische Versicherte, sei es wegen fehlender Kontrollmöglichkeiten. Die Probleme der national begrenzten Möglichkeiten der Leistungserbringung löst das Gemeinschaftsrecht durch die Leistungsaushilfe des örtlichen Trägers; eine Beseitigung des Versicherungsverhältnisses zu dem Träger, der das Versicherungsrisiko wirtschaftlich trägt, ist damit nicht verbunden.

Da die Beklagte für die Ausgaben aufkommen muß, dürfen ihr auch Krankenversicherungsbeiträge zugewiesen werden. Das ergibt sich aus Art 33 EWGV 1408/71, dessen Reichweite allerdings gelegentlich überschätzt wird, weil seine Bedeutung als reine Kollisionsnorm nicht genügend Beachtung findet; dadurch wird der Anschein erweckt, als sei die Beitragspflicht oder zumindest die Anwendbarkeit der nationalen Beitragsvorschriften gemeinschaftsrechtlich geboten (zB Schötz, DRV 1995, 180). Ein Junktim zwischen Kostenlast und Beiträgen im Sinne der deutschen Konzeption eines Versicherungsverhältnisses wird gemeinschaftsrechtlich auch in dieser Vorschrift nicht begründet; es wird darin aber unterstellt, daß es nationale Rechtsordnungen gibt, die ein solches Junktim kennen. Nach Art 33 Abs 1 EWGV 1408/71 darf der Rentenversicherungsträger Beiträge zur Krankenversicherung von der Rente einbehalten, wenn das für ihn geltende Recht es vorsieht und wenn der Aufwand für den Krankenversicherungsschutz zu Lasten eines Krankenversicherungsträgers im selben Mitgliedstaat geht. Im Wohnstaat dürfen nach Abs 2 keine Beiträge auf Renten erhoben werden, wenn die dort erbrachten Krankenversicherungsleistungen zu Lasten des Trägers in demjenigen (anderen) Staat gehen, aus dem die Rente geleistet wird. Damit ist über die Erfüllung der nationalen Voraussetzungen für die Beitragspflicht keine Aussage getroffen; in Verbindung mit der einschlägigen Rechtsprechung des EuGH stützt das Gemeinschaftsrecht jedoch diejenigen nationalen Rechtsordnungen, die dem Kostenträger auch das Beitragsaufkommen zuweisen. Der Senat braucht nicht abschließend zu klären, ob daraus ein entsprechender ungeschriebener Grundsatz des Gemeinschaftsrechts abzuleiten ist, wie das in der abschließenden Stellungnahme des Generalanwalts in der Rechtssache Kommission/Frankreich ([C-57/90](#)) vertreten wird (EuGHE 1992, I-86 RdNr 10 ff; siehe auch Art 25a EWGV 1408/71 in der Fassung vom 22. Dezember 1995 - ABl L 335/1). Für die hier zu treffende Entscheidung genügt es, daß dem Gemeinschaftsrecht jedenfalls keine Bedenken gegen das Ergebnis zu entnehmen sind. Das ist nicht der Fall. Der EuGH brauchte über die vom Generalanwalt in der erwähnten Rechtssache aufgeworfene Rechtsfrage nicht zu entscheiden, weil Art 33 EWGV 1408/71 nach seiner Auffassung auf die dort betroffenen tarifvertraglich oder betrieblich vereinbarten Versorgungsbezüge nicht anzuwenden ist, so daß die Mitgliedstaaten an der Einführung entsprechender Beitragspflichten auch dann nicht gehindert sind, wenn sie für den Krankenversicherungsschutz des Empfängers nicht aufkommen ([EuGHE 1992, I-75](#) = SozR 3-6050 Art 13 Nr 5; zur dadurch möglichen Diskriminierung wegen doppelter Inanspruchnahme: Vorlagebeschuß des 8. Senats des BSG vom 13. Mai 1998 - [B 8 KN 17/96 R](#)). Um so weniger kann infolgedessen das Gemeinschaftsrecht einer Beitragserhebung durch die Beklagte entgegenstehen, wenn diese wie hier die finanzielle Last des Krankenversicherungsschutzes des Klägers letztlich trägt.

Das in Art 33 EWGV 1408/71 unterstellte Junktim zwischen Versicherungslast und Beitragsrecht kann sich nur dann in allen Mitgliedstaaten praktisch durchsetzen, wenn es durch Verlegungen des Wohnsitzes innerhalb der EU nicht berührt wird. Bleibt die Versicherungslast aufgrund der Wohnsitzfiktion im Leistungsrecht nach Art 28 Abs 1 Satz 1 EWGV 1408/71 und der darauf beruhenden bereits dargestellten Erstattungsregelungen im Heimatstaat, darf sich auch das Beitragsrecht durch die Wohnsitzverlegung nicht ändern. Hängt die Beitragserhebung nach dem jeweiligen nationalen Recht von einem inländischen Wohnsitz ab, muß die für das Leistungsrecht gemeinschaftsrechtlich ausgesprochene Wohnsitzfiktion auch für das Beitragsrecht gelten. Das trifft auf die Situation in Deutschland zu. Mit der offenbar einhelligen deutschen Praxis in der Rentenversicherung (Schötz, DRV 1995, 176) geht davon auch die Beklagte aus. Denn die Berechtigung zum Einbehalt von Krankenversicherungsbeiträgen von der Rentenzahlung und zur Beitragserhebung auf sonstige Versorgungsbezüge setzt nach deutschem Recht das Bestehen eines Pflichtversicherungsverhältnisses voraus, das beim Kläger wiederum an [§ 3 Nr 2 SGB IV](#) scheitern würde (vgl [§ 226 Abs 1 Satz 1 Nr 3](#), [§ 229 Abs 1 Satz 1](#), [§ 255 Abs 1](#), [§ 256 Abs 1 SGB V](#)). Die Beklagte wertet die Vorschriften der EWGV 1408/71 insgesamt für das deutsche Beitragsrecht zutreffend in dem Sinne, daß zwischen ihr und dem Kläger ein Versicherungsverhältnis besteht. Hinsichtlich der Versicherteneigenschaft nach [§ 30 SGB V](#) kann der Status des Klägers kein anderer sein.

Dieses Ergebnis wird durch die Rechtsentwicklung im Bereich der KVdR und des [§ 3 Nr 2 SGB IV](#) bestätigt. Zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Vorschrift am 1. Juli 1977 wurden die in der KVdR pflichtversicherten Rentner persönlich nicht zu Beiträgen herangezogen. Allerdings trug die gesetzliche Rentenversicherung die Kosten der KVdR durch pauschale Ausgleichszahlungen zumindest zum Teil; an die freiwillig versicherten und an die von der Versicherungspflicht befreiten Rentner waren unter Umständen Beitragszuschüsse zu leisten (§ 381 Abs 4 RVO in der bis zum 1. Juli 1977 geltenden Fassung). Die Doppelnatur dieser Zahlungen, die man sowohl als "Beitrag" zur Krankenversicherung wie auch als akzessorische Leistung zur Rente ansehen konnte, führte zur schrittweisen Verlagerung der einschlägigen Vorschriften in die Rentenversicherungsgesetze (§§ 1304d, 1304e RVO), wobei die beiden Bereiche vorübergehend Vorschriften mit gleichem Inhalt aufwiesen (§ 385 Abs 2, § 1304d RVO in der Fassung des Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetzes vom 27. Juni 1977, [BGBl I 1069](#)). Daraus entstand schließlich der Beitragszuschuß der Rentenversicherung an alle Rentner, dessen allmähliche (1983 bis 1987) Abschmelzung auf die Hälfte ein behutsames Hineinwachsen in die individuelle Beitragslast erlaubte.

Mit dem dargestellten leistungsrechtlichen Einschlag des von der Rentenversicherung zu tragenden KVdR-Beitrags ist die damals einhellige Auffassung zu erklären, die Beitragspflicht für Rentner mit Wohnsitz im Ausland hinge außer vom Rentenbezug lediglich davon ab, ob dem Rentner von einer inländischen Krankenkasse unmittelbar oder mittelbar auf dem Wege der Aushilfe durch eine ausländische Kasse Leistungen zu gewähren waren. Einer eigenen höchstrichterlichen Entscheidung dieser Frage hat es damals allerdings nicht bedurft; die angeblich unstreitige Beitragspflicht der Rentenversicherung zugunsten von Auslandsrentnern mit Leistungsansprüchen auf Kosten einer deutschen gesetzlichen Krankenkasse war aber ein wesentliches Argument, als das Bundessozialgericht einen rentenversicherungsrechtlichen Anspruch auf Beitragszuschuß zugunsten der privat oder freiwillig krankenversicherten Rentner im Ausland bejahte. Dabei ging es darum, die aus dem Territorialitätsprinzip gegen diesen Anspruch abgeleiteten Bedenken zu widerlegen - möglicherweise hat außerdem eine sonst zu befürchtende, verfassungsrechtlich angreifbare Ungleichbehandlung verschiedener Gruppen

von Auslandsrentnern eine Rolle gespielt. Um seine Argumentation zusätzlich abzusichern, äußerte das Bundessozialgericht Bedenken gegen ein Verständnis des Territorialitätsprinzips, das denjenigen Auslandsrentnern, die leistungsrechtlich wie Pflichtmitglieder zu behandeln waren, einen beitragsfreien Krankenversicherungsschutz verschafft hätte. Außerdem wurde auf spezielle Ausschlußvorschriften hingewiesen (§ 20 Abs 1 der Verordnung über die Krankenversicherung der Rentner vom 4. November 1941, RGBl I 689, später Art 3 § 5 Abs 2 Finanzänderungsgesetz 1967 vom 21. Dezember 1967, [BGBl I 1259](#)) und so der Schluß zumindest nahegelegt, ohne eigens getroffene Regelungen sei der krankenversicherungsrechtliche Status von Beziehern einer deutschen Rente im Ausland wie derjenige von Inlandsrentnern zu beurteilen (vgl die Darstellung in den Urteilen des 3. Senats des BSG vom 23. August 1967 in [BSGE 27, 129](#) = SozR Nr 15 zu § 381 RVO mwN zu Meinungen in der Literatur und vom 28. August 1970 in [BSGE 31, 288](#) = SozR Nr 24 zu § 381 RVO).

Im Lichte dieser Erwägungen konnte sich die Kodifikation des sozialversicherungsrechtlichen Territorialitätsprinzips in [§ 3 SGB IV](#) zum 1. Juli 1977 auf die Krankenversicherung von Auslandsrentnern nicht auswirken. Das Leistungsrecht wurde schon nach dem Wortlaut nicht berührt, so daß rentenversicherungsrechtlich weiterhin Ausgleichszahlungen und Beitragszuschüsse zu erbringen waren, soweit der entsprechende Krankenversicherungsschutz gewährleistet war; bei den Mitgliedern der gesetzlichen Krankenkassen konnte dies nur dann der Fall sein, wenn Gemeinschafts- oder Abkommensrecht eingriff. Für die davon begünstigten pflichtversicherten Rentner kam eine Ausnahme von der Beitragspflicht auch deshalb nicht in Betracht, weil bei ihnen gegen eine uneingeschränkte Anwendung des Territorialitätsprinzips sowieso Bedenken bestanden und für sie die speziellen Ausschlußvorschriften durch das internationale Recht verdrängt waren. Es fehlt jeder Anhaltspunkt, daß an dieser Rechtslage durch die Einführung der individuellen Beitragspflicht und die schrittweise Verlagerung der Beitragslast vom jeweiligen Rentenversicherungsträger auf den einzelnen Rentner etwas geändert werden sollte. Ob dieses Ergebnis aus einer eingeschränkten Zielsetzung des [§ 3 Nr 2 SGB IV](#) abzuleiten ist, lediglich Doppelbelastungen des Versicherten mit Sozialversicherungsabgaben zu vermeiden (so wohl der 3. Senat des BSG in [SozR 3-5425 § 25 Nr 7](#) S 34), wie sie auch Art 33 Abs 1 EWGV 1408/71 zugrunde liegt, oder ob es eher mit der fehlenden Rechtfertigung für einen beitragsfreien Versicherungsschutz oder schließlich mit der im Hinblick auf die Abhängigkeit vom Rentenbezug immer noch zu beobachtenden Nähe der KVdR zum Leistungsrecht zu begründen ist, braucht hier nicht festgelegt zu werden, weil es darauf nicht ankommt.

Letztlich hat auch der deutsche Gesetzgeber selbst in neuerer Zeit zu erkennen gegeben, daß er dem [§ 3 Nr 2 SGB IV](#) für das Bestehen eines Versicherungsverhältnisses im Rahmen der KVdR keine entscheidende Bedeutung beimißt und bei im Ausland lebenden Rentnern, die eine deutsche Rente beziehen, ebenfalls von einem durch Gemeinschaftsrecht begründeten oder aufrechterhaltenen Versicherungsverhältnis ausgeht. In Art 56 Abs 7 Satz 2 Gesundheits-Reformgesetz in der Fassung des Gesetzes vom 27. April 1993 ([BGBl I 512](#)) wird gerade im Zusammenhang mit dem Einbehalt von Beiträgen zur KVdR ua von Personen gesprochen, die nur eine deutsche Rente beziehen und die durch Anwendung der EWGV 1408/71 "der Pflichtversicherung in der deutschen Krankenversicherung unterliegen". Diese Vorschrift kann sich nur auf Rentner beziehen, die nicht im Inland wohnen, da sonst die Pflichtversicherung nicht durch Gemeinschaftsrecht begründet werden könnte.

Diesem Ergebnis kann eine angebliche Doppelbelastung der deutschen Krankenversicherung nicht mit Erfolg entgegeng gehalten werden. Zwar lassen die gemeinschaftsrechtlichen Erstattungsregeln im Zusammenhang den Grundsatz erkennen, daß die Verpflichtungen des Versicherungsträgers im Heimatstaat mit der an den Wohnstaat gezahlten Pauschale in vollem Umfang abgegolten sein sollen. Dennoch kann daraus gegen den Anspruch der Kläger aus [§ 30 SGB V](#) nichts hergeleitet werden. Die gemeinschaftsrechtlichen Erstattungsregeln sind dispositives Recht, denn Art 36 Abs 3 EWGV 1408/71 ermächtigt die Mitgliedstaaten, andere Erstattungsverfahren zu vereinbaren oder auf Erstattungen ganz zu verzichten. Werden durch die Auslegung des Gemeinschaftsrechts oder des gemeinschaftsrechtlich geprägten nationalen Leistungsrechts besondere Belastungen begründet, denen der vorgesehene Lastenausgleich nicht gerecht wird, ist es infolgedessen Sache der betroffenen Mitgliedstaaten, durch Vereinbarungen das Erstattungsrecht dem Leistungsrecht anzupassen; soweit dies möglich ist, besteht kein Anlaß, bei der Auslegung von Leistungsvorschriften auf die Erstattungsregeln Rücksicht zu nehmen. Deutschland und Spanien haben von der ihnen eingeräumten Dispositionsbefugnis Gebrauch gemacht und für die in Deutschland lebenden Bezieher einer Rente aus der spanischen Rentenversicherung statt der Pauschale die Einzelerstattung vereinbart (Art 1 der Vereinbarung vom 25. Juni 1990, in Kraft gesetzt durch Verordnung vom 30. November 1990 - [BGBl II 1472](#)). Eine entsprechende Vereinbarung für die Bezieher einer deutschen Rente in Spanien könnte eine denkbare Doppelbelastung der Beklagten beseitigen, die durch krankheitskostenintensive Aufenthalte dieses Personenkreises in der Bundesrepublik entsteht. Im übrigen ist das Argument der finanziellen Belastung gerade im Zusammenhang mit einer Zahnersatzleistung auch deshalb fragwürdig, weil diese Leistungen in der von der Beklagten nach Spanien zu zahlenden Pauschale nicht erfaßt sind. Da die spanische Krankenversicherung für Zahnersatz nicht aufkommt, fließen entsprechende Kosten auch nicht in die Berechnung der Aufwendungen für sämtliche krankenversicherten Rentner in Spanien mit ein, aus der ihrerseits die Pauschale errechnet wird. Diese Überlegung bestätigt, daß auf die Erstattungsregeln bei der Auslegung des Leistungsrechts nur mit Vorbehalt zurückzugreifen ist.

Als Versicherten stehen den Klägern die Ansprüche aus [§ 30 SGB V](#) auf Zuschüsse zur Zahnersatzbehandlung zu. Die fehlende Genehmigung des Heil- und Kostenplans durch die Beklagte schließt diese Ansprüche nicht aus. Abgesehen davon, daß auf diesen Punkt in der Revisionsbegründung nicht eingegangen wird, hat das LSG insoweit den Vertrauensschutz der Kläger zutreffend bejaht. Werden Vorschriften nicht eingehalten, die wie beim Verfahren der vorherigen Genehmigung eines Heil- und Kostenplans dazu dienen sollen, das Verhalten des Vertrags(zahn)arztes zu steuern, werden dadurch die Ansprüche des Versicherten gegen die Krankenkasse nur dann berührt, wenn dem Versicherten bewußt sein muß, daß er eine außerhalb des gesetzlichen Rahmens liegende Leistung bekommt (vgl Senatsurteil in diesem Rechtsstreit vom 24. September 1996, BSG [SozR 3-2500 § 30 Nr 8](#) S 33 f). Das ist bei einer fehlenden Genehmigung der Krankenkasse zu einem Heil- und Kostenplan nicht der Fall, es sei denn der Arzt hätte den Versicherten auf das Genehmigungserfordernis hingewiesen und der Versicherte hätte sich vorsorglich auf eigene Rechnung dennoch behandeln lassen. Eine diesbezügliche Absprache zwischen den Klägern und dem Beigeladenen hat das LSG jedoch nicht festgestellt.

Da das LSG der Klage zu Recht stattgegeben hat, war die Revision der Beklagten zurückzuweisen.

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

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved
2003-08-19