L 4 KR 3586/19

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
4
1. Instanz
SG Karlsruhe (BWB)
Aktenzeichen
S 15 KR 706/19
Datum
25.09.2019
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 4 KR 3586/19
Datum
16.10.2020
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze
1. Rentenleistungen aus einer privaten Unfallversicherung sind bei dem die Familienversicherung ausschließenden Gesamteinkommen des Familienangehörigen in Sinne des § 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V zu berücksichtigen. Dies gilt auch, wenn vertraglich als Versicherungsfall der Invalidität die Zuerkennung eines Pflegegrades bestimmt ist.
2. § 3 Nr. 1 lit. a EStG kann nicht auf Leistungen aus einer privaten Unfallversicherung ausgedehnt werden.
3. Eine solche Rentenleistung ist nach § 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 Halbs. 2 SGB V nicht in Höhe des Ertragsanteils, sondern des Zahlbetrages zu berücksichtigen.
Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 25. September 2019 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Klägerin wendet sich gegen die Beendigung ihrer Familienversicherung zum 30. April 2018.

Die 1983 geborene Klägerin war zunächst über ihren bei der Beklagten versicherten Ehemann, den Beigeladenen, familienversichert.

Wegen der Zuerkennung des Pflegegrads 2 gewährten ihr die privaten Versicherungsunternehmen A. Versicherung AG (im Folgenden A) und D., Zweigniederlassung der A, (im Folgenden D) rückwirkend ab Januar 2018 monatliche Renten in Höhe von 500,00 EUR (A) und 600,00 EUR (D) für zunächst zwölf Monate. Die Zahlungen für Januar bis Mai 2018 wurden jeweils am 20. April 2018 an die Klägerin überwiesen (Schreiben der A und D vom 20. April 2018). Seither werden diese Leistungen monatlich ausgezahlt. Diese Zahlungen beruhen jeweils auf einem Versicherungsvertrag über eine "Unfall-Kombirente". Die beiden Versicherungsverträgen identisch zugrundeliegenden "Besonderen Bedingungen für die Versicherung einer Unfall-Kombirente" (im Folgenden BUB), die im "Versicherungsschein Unfall-Versicherung" wiedergegeben wurden, trafen insbesondere folgende Bestimmungen (Versicherungsschein "Unfall-Versicherung"; Versicherungs-Nr.: 68130051242; Bl. 14 bis 31 der SG-Akte):

1 Präambel Die Unfall-Kombirente ist eine eigenständige Leistungsart im Rahmen der Unfall-Versicherung, die allein oder in Kombination mit anderen Unfallleistungsarten abgeschlossen werden kann. Diese Leistungsart - Unfall-Kombirente – gilt immer als eigenständiger Vertrag. Es gelten die Bestimmungen der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen AUB 2008, abweichende Regelungen sind im Folgenden beschrieben. 1.1.1 Leistungsfälle Die Unfall-Kombirente unterscheidet vier Leistungsfälle: Den Eintritt des Leistungsfalles • nach einem Unfall (Ziffer 2), • nach definierter Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit bestimmter Organe bzw. definierter Beeinträchtigung der körperlichen und geistigen Fähigkeiten als Folge einzelner bestimmter Krankheiten und durch Unfall (Organkonzept (Ziffer 3)), • Verlust einzelner, definierter Grundfertigkeiten (Ziffer 4) und • nach Feststellung einer Pflegestufe gemäß Sozialgesetzbuch (Ziffer 5). Die Leistung wird als Rente gezahlt. Eine Leistung kann es gleichzeitig nur einmal aus einem der vier Leistungsfälle geben.

2 Leistungen einer Rente aus Unfall In Ergänzung der Ziffer 2 der [AUB 2008] leisten wir eine Rente entsprechend der nachfolgenden Bedingungen: 2.1 Voraussetzungen für die Leistung Der Unfall hat zu einem nach Ziffer 2.1 und Ziffer 3 AUB 2008 ermittelten Invaliditätsgrad von mindestens 50 % geführt. 2.2 Höhe der Leistung Wir zahlen unabhängig vom Lebensalter der versicherten Person die Rente in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

3 Leistungen einer Rente bei Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit bestimmter Organe bzw. definierter Beeinträchtigung der körperlichen

und geistigen Fähigkeiten als Folge einzelner, bestimmter Krankheiten und durch Unfall (Organkonzept) 3.1 In Abweichung zu Ziffer 1.3 [AUB 2008] gilt als Leistungsfall der Eintritt einer irreversiblen im Organkonzept definierten Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit der folgenden beschriebenen Organe bzw. eine definierte Beeinträchtigung der körperlichen und geistigen Fähigkeiten als Folge bestimmter Krankheiten, die während der Vertragslaufzeit entstanden sind, bzw. durch Unfall. 3.1.1 Bewertungsmaßstab Die Beeinträchtigung der versicherten Organe und Krankheiten entsprechen nach den Maßstäben der diesem Vertrag zu Grunde liegenden Bewertungen einer Invalidität von mehr als 50 %. [Nach näherer Bestimmung werden im Folgenden Erkrankungen des Gehirns und des Nervensystems, psychische Störungen oder Geisteskrankheiten sowie Erkrankungen des Herzens, der Nieren, Lungen und Leber sowie Krebserkrankungen erfasst.]

4 Leistung einer Rente bei Verlust einzelner, definierter Grundfähigkeiten In Abweichung zu Ziffer 1.3 der [AUB 2008] tritt der Leistungsfall ein, wenn der Verlust einzelner, definierter Grundfähigkeiten durch Unfall oder Krankheit nach einer Bewertungsskala zu einer Punktezahl von mindestens 100 Punkten führt und diese irreversibel und nicht mehr therapierbar sind. Dies entspricht nach den Maßstäben der diesem Vertrag zu Grunde liegenden Bewertungen einer Invalidität von mehr als 50 %. [Erfasst werden im Folgenden nach einem Punktesystem der Verlust der Grundfähigkeitsarten A (Sehen, Sprechen, Hören und sich orientieren) und B (obere Extremitäten, untere Extremitäten, Wirbelsäule und Becken, Mobilität).]

5 Leistung einer Rente aus Pflegestufe nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) In Ergänzung der Ziffer 2 der [AUB 2008] leisten wir eine Rente entsprechend den nachfolgenden Bedingungen. 5.1 Voraussetzung für die Leistung Die versicherte Person erhält auf Grund eines Unfalles oder wegen einer während der Vertragslaufzeit erstmals aufgetretenen Krankheit eine Einstufung der Pflegestufe I, II oder III nach SGB. Dies entspricht nach den Maßstäben der diesem Vertrag zu Grunde liegenden Bewertungen einer Invalidität von mehr als 50 %. Für die Leistungsabwicklung sind ausschließlich diese Bewertungsmaßstäbe maßgebend. 5.2 Höhe der Leistung Wir zahlen unabhängig vom Lebensalter der versicherten Person die Rente in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme. 5.3 Beginn und Dauer der Leistung Die Rente zahlen wir • rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem die Pflegestufe I, II oder III zuerkannt wurde • monatlich im Voraus. Die Rente wird bis zum Ende des Monats gezahlt, in dem • die versicherte Person stirbt oder • keine Pflegestufe mehr besteht. Ist die Rentenzahlung aber mehr als drei Jahre erfolgt, so wird sie auch dann weiter gezahlt, wenn die Pflegestufe nach dieser Frist entfallen ist.

Nach den AUB 2008 bot der Versicherungsvertrag Versicherungsschutz bei Unfällen, die der versicherten Person während der Wirksamkeit des Vertrags zustießen (Ziffer 1.1 AUB 2008). Als Leistungen waren nach Ziffer 2 AUB 2008 vorgesehen eine Invaliditätsleistung in Form einer Kapitalleistung, eine Übergangsleistung, ein Tage-, ein Krankenhaustage- sowie ein Genesungsgeld jeweils in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme. Grundlage für die Berechnung der Leistung bildeten die Versicherungssumme und der Grad der unfallbedingten Invalidität (Ziffer 2.1.2.2 AUB 2008). Letzterer wurde nach einer aufgeführten Gliedertaxe bestimmt, bei nicht erfassten Körperteilen und Sinnesorganen danach, inwieweit die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit insgesamt beeinträchtigt war (Ziffer 2.1.2.2.1 und 2 AUB 2008).

Mit Schriftsatz ihres Bevollmächtigten vom 9. Juli 2018 setzte die Klägerin die Beklagte über die Zahlungen der A und D in Kenntnis. Diese dienten zum Ausgleich der Nachteile und des Aufwandes für privat organisierte Pflege. Es werde um Mitteilung gebeten, ob für diese beiden Rentenzahlungen Krankenversicherungsbeiträge zu zahlen seien.

Mit einem nicht mit Rechtsbehelfsbelehrung versehenen Schreiben vom 20. Juli 2018 teilte die Beklagte der Klägerin mit, dass ihre Familienversicherung am 30. April 2018 ende. Ihr Einkommen überschreite die maßgebliche Einkommensgrenze von 435,00 EUR (2018), so dass der Anspruch auf Familienversicherung entfalle. Der weitere Versicherungsschutz sei im Rahmen einer freiwilligen Mitgliedschaft sichergestellt.

Zur Begründung des dagegen eingelegten Widerspruches führte die Klägerin aus, mit den Versicherungsleistungen solle der Pflegemehraufwand (bei Pflegegrad 2) sichergestellt werden. Leistungen aus privater Pflegeversicherung, Geldleistungen bei Pflegebedürftigkeit sowie das Pflegegeld aus der gesetzlichen Pflegeversicherung seien nach Ziffer 5.1 des Gemeinsamen Rundschreibens der Krankenkassen vom 24. Oktober 2008 nicht zum maßgeblichen Gesamteinkommen zu rechnen und nach dem "Katalog von Einnahmen und deren beitragsrechtliche Bewertung nach § 240 SGB V" des GKV-Spitzenverbandes auch nicht beitragspflichtig.

Mit Bescheid vom 9. August 2018 lehnte die Beklagte – auch im Namen der bei ihr eingerichteten Pflegekasse – die Durchführung einer Familienversicherung über den 30. April 2018 hinaus erneut ab. Die Rente aus einer privaten Unfallversicherung gehöre zum maßgeblichen Gesamteinkommen. Die monatliche Rente sei ab Beginn der laufenden Zahlung zu berücksichtigen. Die Familienversicherung beginne kraft Gesetzes mit dem Tag, an dem die Voraussetzungen hierfür erstmals erfüllt oder Hinderungsgründe weggefallen seien. Sie ende kraft Gesetzes mit dem Tag, an dem die Voraussetzungen letztmals erfüllt seien. Sie ende somit auch rückwirkend, wenn der Wegfall (einer) der Voraussetzungen der Krankenkasse erst zu einem späteren Zeitpunkt bekannt oder angezeigt werde. Sie, die Beklagte, sei deshalb berechtigt, die Feststellung, dass eine Familienversicherung über den 30. April 2018 hinaus nicht bestehe, rückwirkend zu treffen (Verweis auf Bundessozialgericht [BSG], Urteil vom 7. Dezember 2000 – B 10 KR 3/99 R). Auch hiergegen legte die Klägerin Widerspruch ein.

Mit Widerspruchsbescheid vom 30. Januar 2019 wies der Widerspruchsausschuss der Beklagten den Widerspruch gegen den "Bescheid" vom 20. Juli 2018 als unbegründet zurück. Das Einkommen der Klägerin aus den Unfall-Kombirente der A und D übersteige die für die Familienversicherung maßgebliche Einkommensgrenze. Dass die Renten aus der Unfall-Kombirente bei Feststellung einer Pflegestufe nach dem Sozialgesetzbuch gezahlt würden, mache diese nicht zu vom Gesamteinkommen nicht erfassten Leistungen bei Pflegebedürftigkeit. Bei solchen handle es sich um Leistungen einer privaten Pflegeversicherung, die neben der sozialen Pflegeversicherung bei einem Krankenversicherungsunternehmen bestünden (Bezugnahme auf ein Erläuterungsschreiben vom 1. Oktober 2018). Des Weiteren werde im Versicherungsschein von einer "Leistungsart im Rahmen der Unfallversicherung" gesprochen; es gälten auch die AUB 2008. Die vorliegende Rente aus einer Pflegestufe werde nur in Ergänzung zu Ziffer 2 der AUB 2008 geleistet und sei damit keine Rente der privaten Pflegeversicherung.

Hiergegen erhob die Klägerin am 25. Februar 2019 Klage beim Sozialgericht Karlsruhe (SG) und begehrte die Feststellung, dass sie auch über den 30. April 2018 hinaus als Familienangehörige bei der Krankenversicherung des Beigeladenen mitversichert sei. Zur Begründung wiederholte sie ihr bisheriges Vorbringen, dass die von ihr bezogenen Zahlungen nicht die typischen Leistungen einer Unfallversicherung

seien, sondern Leistungen, die der Finanzierung von (privat organisierten) Pflegedienstleistungen dienten. Diese Leistungen sollten dem Versicherten ein Budget zur Verfügung stellen, damit er Pflegedienstleistungen Dritter entsprechend organisieren und vergüten könne. Ergänzend legte sie die Schreiben der A und D vom 20. April 2018 sowie die als Inhalt des Versicherungsscheins Unfall-Versicherung der A abgedruckten AUB 2008 und BUB vor, die mit denen der D identisch seien.

Die Beklagte trat der Klage unter Verweis auf die Gründe im angefochtenen Widerspruchsbescheid entgegen.

Mit Urteil vom 25. September 2019 wies das SG die Klage ab. Mit den angefochtenen Bescheiden habe die Beklagte zu Recht festgestellt, dass die Familienversicherung der Klägerin zum 30. April 2018 geendet habe. Maßgeblich sei das als Summe der Einkünfte im Sinne des Einkommenssteuerrechts definierte Gesamteinkommen der Klägerin. Steuerfrei seien u.a. gemäß § 3 Nr. 1 lit. a Einkommenssteuergesetz (EStG) Leistungen aus einer Krankenversicherung, aus einer Pflegeversicherung und aus der gesetzlichen Unfallversicherung. Leistungen aus einer privaten Unfallversicherung seien keine steuerfreien Einkünfte, sondern den sonstigen Einkünften nach § 22 EStG zuzurechnen. Entgegen der Auffassung der Klägerin handle es sich bei den Unfall-Kombirenten nicht um privilegierte Einnahmen im Sinne eines Einkommens aus privater Pflegeversicherung. Die Unfallkombirente werde entsprechend den BUB – abweichend von den AUB 2008 – nicht nur nach Eintritt des Leistungsfalles Unfall, sondern auch in weiteren dort genannten Fällen gezahlt. Die "Unfall-Kombirente" sei als private Unfallversicherung abgeschlossen worden. Rentenzahlungen aus dieser blieben Leistungen einer privaten Unfallversicherung, unabhängig von ihrem Entstehungsgrund. Typisch für private Unfallrentenversicherungen sei die Gewährung einer Rentenleistung nach einem Unfall mit hieraus resultierendem, definiertem Invaliditätsgrad. Trotz der Einführung eines ergänzenden Leistungsfalles (Feststellung einer Pflegestufe) in eine ansonsten komplett als Unfallversicherung konzipierte private Versicherung bleibe weiterhin die Anknüpfung an eine Invalidität von mehr als 50 % maßgeblich. Die im Rahmen privater Unfallversicherungen üblichen Maßstäbe seien damit grundsätzlich beibehalten. Nach den BUB werde die Leistung nicht etwa als Pflegegeld oder Ähnliches bezeichnet, sondern ausdrücklich als "Rente", also einem regelmäßigen Geldbetrag als Einkommen (aufgrund einer Versicherung) bei Erfüllung bestimmter Voraussetzungen. Der von der Klägerin behauptete Zweck der Versicherungsleistung lasse sich weder aus der Bezeichnung als "Rente" noch aus BUB ableiten. Insbesondere führe die Anknüpfung an den Leistungsfall "Feststellung einer Pflegestufe" nicht dazu, dass die Klägerin die erhaltenen Rentenleistungen auch tatsächlich zur Beschaffung von Pflegeleistungen zu verwenden habe. Es handle sich vielmehr um finanzielle Zuwendungen ohne jegliche Zweckbestimmung. Der Gesamtbetrag der Unfall-Kombirenten übersteige die gesetzliche Einkommensgrenze der Familienversicherung eines Ehegatten.

Gegen dieses ihr am 7. Oktober 2019 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 11. Oktober 2019 Berufung beim SG zum Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg eingelegt, zu deren Begründung sie ihr bisheriges Vorbringen wiederholt hat.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 25. September 2019 aufzuheben und unter Aufhebung der Bescheide der Beklagten vom 20. Juli und 9. August 2018 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 30. Januar 2019 festzustellen, dass sie über den 30. April 2018 hinaus als Familienangehörige in der Krankenversicherung des Beigeladenen versichert ist, hilfsweise, die Revision zuzulassen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend und verweist auf ihr bisheriges Vorbringen.

Der mit Beschluss vom 16. September 2020 beigeladene Ehemann der Klägerin hat keinen Antrag gestellt und sich zur Sache nicht geäußert.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhaltes sowie des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der vorgelegten Verwaltungsakten der Beklagten sowie der Verfahrensakten des Senats und des SG Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

1. Die nach §§ 143, 151 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz (SGG) form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Klägerin ist zulässig und insbesondere statthaft im Sinne des § 144 Abs. 1 Satz 1 SGG. Die Berufung bedurfte nicht der Zulassung nach § 144 Abs. 1 SGG, denn die Klage betrifft weder eine Geld-, Dienst- oder Sachleistung noch einen hierauf gerichteten Verwaltungsakt.

2. Gegenstand des Berufungsverfahrens ist das Begehren der Klägerin auf Feststellung, dass sie über den 30. April 2018 hinaus über den Beigeladenen als Stammversicherten bei den Beklagten in der Krankenversicherung familienversichert ist.

Streitgegenstand ist nur die Familienversicherung in der Kranken-, nicht aber auch in der sozialen Pflegeversicherung. Bereits der Bescheid vom 20. Juli 2018 traf eine Regelung zur Beendigung der Familienversicherung allein in der Krankenversicherung. Die Versicherung in der sozialen Pflegeversicherung oder deren rechtliche Grundlagen werden nicht erwähnt. Insbesondere enthält dieser Bescheid keinen Hinweis darauf, dass er auch im Namen der Pflegekasse ergehe. Der spätere Bescheid vom 9. August 2018 erging zwar ausdrücklich auch im Namen der Pflegekasse, traf also eine Regelung auch zur Versicherung in der sozialen Pflegeversicherung. Insoweit änderte oder ersetzte er aber nicht den Bescheid vom 20. Juli 2018, da dieser gerade keine Regelung zur Pflegeversicherung traf. Eine Einbeziehung kraft Gesetzes gemäß § 86 SGG in das laufende Widerspruchsverfahren erfolgte daher nicht. Die Klägerin focht zwar auch den Bescheid vom 9. August 2018 ausdrücklich mit Widerspruch an. Der Widerspruchsbescheid vom 30. Januar 2019 traf jedoch keine Entscheidung zu der Regelung im Rahmen der Pflegeversicherung. Als Gegenstand des Widerspruches wird dort allein der "Bescheid" vom 20. Juli 2018 genannt, der Bescheid vom 9. August 2018 hingegen als reine Erläuterung angesehen. Die inhaltlichen Ausführungen im Widerspruchsbescheid beschränken sich auf die Familienversicherung in der Krankenversicherung nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V). Die Regelungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch werden nicht genannt. Es findet sich kein Hinweis, dass der Widerspruchsbescheid auch im Namen der Pflegekasse ergangen ist. Des Weiteren war auch das Begehren bei Klageerhebung erkennbar (§ 123 SGG) auf die Feststellung der

Familienversicherung in der Krankenversicherung beschränkt. Dies ergibt sich aus dem von der rechtskundig vertretenen Klägerin bereits in der Klageschrift formulierten und im Rahmen der mündlichen Verhandlung vor dem SG wiederholten Antrag ("in der Krankenversicherung"). Allein hierzu hat das SG in dem angefochtenen Urteil entschieden. Dies entspricht auch dem in der Berufungsbegründung formuliertem Antrag (wiederum "in der Krankenversicherung").

Die Feststellung, dass die Familienversicherung der Klägerin in der Krankenversicherung am 30. April 2018 ende, traf die Beklagte bereits im Bescheid vom 20. Juli 2018. Auch wenn dieser weder als Bescheid bezeichnet noch mit einer Rechtsbehelfsbelehrung versehen war, stellt es dennoch inhaltlich einen Verwaltungsakt i.S.d. § 31 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) dar. Denn nach dem maßgeblichen Empfängerhorizont traf die Beklagte eine feststellende Regelung über das Ende der Familienversicherung in der Krankenversicherung. Auch die Beklagte selbst geht nach dem Inhalt des Widerspruchsbescheides vom 30. Januar 2019 von einem Verwaltungsakt aus, indem sie das Schreiben vom 20. Juli 2018 ausdrücklich als Bescheid bezeichnete und den Widerspruch dagegen als zulässig erachtete. Dem Bescheid vom 9. August 2018 kommt hingegen – für die Krankenversicherung – kein eigenständiger Regelungsgehalt zu. Eine von der im Bescheid vom 20. Juli 2018 getroffenen abweichende oder diese erweiternde Regelung wurde nicht bestimmt. Dem (Formal-)Bescheid ist auch nicht zu entnehmen, dass nach erneuter umfänglicher Prüfung eine neue, die bereits im Bescheid vom 20. Juli 2018 getroffene Regelung ersetzende Feststellung getroffen wurde. Es handelt sich mithin lediglich um eine wiederholende Verfügung. Auch die Beklagte geht im Widerspruchsbescheid vom 30. Januar 2019 nicht von einem eigenständigen Regelungsgehalt, sondern nur von einer "Erläuterung" der bereits im Bescheid vom 20. Juli 2018 getroffenen Regelung aus.

3. Die Berufung ist nicht begründet. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Die Familienversicherung der Klägerin in der Krankenversicherung über den Beigeladenen als Stammversicherten besteht nicht über den 30. April 2018 hinaus. Der Bescheid der Beklagten vom 20. Juli 2018 in der Gestalt des Widerspruchbescheids vom 30. Januar 2019 (§ 95 SGG) ist rechtmäßig und verletzt die Klägerin nicht in ihren Rechten.

a) Die Klage ist zulässig. Statthafte Klageart ist die kombinierte Anfechtungs- und Feststellungsklage (BSG, Urteil vom 29. Juni 1993 – 12 RK 48/91 – juris, Rn. 14). Die Familienversicherung besteht bei Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen kraft Gesetzes (Just, in: Becker/Kingreen, SGB V, 7. Aufl. 2020, § 10 Rn. 45 m.w.N.), ohne dass es einer konstitutiven Entscheidung des jeweiligen Versicherungsträgers bedarf. Einer Verpflichtung der Beklagten zum Erlass eines entsprechenden Verwaltungsaktes bedarf es daher ebenso wenig wie einer Verurteilung zur Durchführung der Familienversicherung.

b) Der angefochtenen Entscheidung der Beklagten steht eine vorherige (positive) Entscheidung über das Bestehen einer Familienversicherung nicht entgegen. Ein Verwaltungsakt mit solchem Inhalt ist zu keinem Zeitpunkt ergangen. Dies macht auch die Klägerin nicht geltend. Liegt jedoch ein entgegenstehender Verwaltungsakt nicht vor, ist die Krankenkasse nicht gehindert, rückwirkend festzustellen, dass ab einem in der Vergangenheit liegenden Zeitpunkt eine Familienversicherung nicht bestanden hat (BSG, Urteil vom 7. Dezember 2000 – B 10 KR 3/99 R – juris, Rn. 33).

c) Die Klägerin war ab dem 1. Mai 2018 nicht über den Beigeladenen als Stammversicherten bei den Beklagten familienversichert.

aa) Nach § 10 Abs. 1 Satz 1 SGB V sind u.a. Ehegatten von Mitgliedern versichert, wenn sie (Abs. 1 Satz 1 Nr. 1) ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben, (2.) nicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 1, 2, 2a, 3 bis 8, 11 oder 12 SGB V oder nicht freiwillig versichert sind, (3.) nicht versicherungsfrei oder nicht von der Versicherungspflicht befreit sind (dabei bleibt die Versicherungsfreiheit nach § 7 SGB V außer Betracht), (4.) nicht hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind und (5.) kein Gesamteinkommen haben, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Viertes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IV) überschreitet; bei Renten wird der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt; für geringfügig Beschäftigte nach § 8 Abs. 1 Nr. 1, § 8a SGB IV beträgt das zulässige Gesamteinkommen 450,00 EUR.

bb) Die Klägerin erfüllt jedenfalls ab dem 1. Mai 2018 nicht mehr die Voraussetzung des § 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V. Denn ab diesem Zeitpunkt übersteigt ihr Gesamteinkommen regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße.

(1) Die monatlich von A und D gewährten Renten sind beim Gesamteinkommen der Klägerin zu berücksichtigen.

(a) Gesamteinkommen ist nach § 16 SGB IV die Summe der Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts; es umfasst insbesondere das Arbeitsentgelt und das Arbeitseinkommen.

Mit der Verweisung auf das Einkommensteuerrecht ergibt sich ein abschließender Katalog der Einkunftsarten, der für die Feststellung des Gesamteinkommens maßgebend ist. Zu berücksichtigen sind alle sieben Einkunftsarten des EStG, d.h. die in § 2 Abs. 1 Satz 1 EStG unter der Überschrift "Umfang der Besteuerung" genannten Einkünfte, u.a. sonstige Einkünfte im Sinne des § 22 EStG (§ 2 Abs. 1 Satz 1 Nr. 7 EStG; Fischer in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB IV, 3. Aufl., Stand: 15. April 2020, § 16 Rn. 18 f.). Zu diesen sonstigen Einkünften gehören u.a. Renten aus einem privaten Unfallversicherungsvertrag (Gerlach in: Hauck/Noftz, SGB V, Stand Januar 2020, § 10 Rn. 142c). Diese grundsätzliche Verweisung auf das Steuerrecht in § 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 Halbs. 1 SGB V ist allerdings für Renten außer Kraft gesetzt und gilt nur noch für die übrigen Einkünfte. Der allgemeinen Vorschrift über die Berücksichtigung des Gesamteinkommens i.S.d. § 16 SGB IV geht die Sonderregelung für Renten in § 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 Halbs. 2 SGB V – Berücksichtigung des Zahlbetrages – vor. Diese Sonderregelung ist nicht beschränkt auf Renten der gesetzlichen Rentenversicherung, sondern gilt für alle Renten, die zu den Einkünften i.S.d. Einkommensteuerrechts gehören (BSG, Urteil vom 25. Januar 2006 – B 12 KR 10/04 R – juris, Rn. 11 m.w.N.). Gehört eine Rente somit nach den Regelungen des Einkommensteuerrechts zu den Einkünften, ist sie im Rahmen des § 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V im Gesamteinkommen zu berücksichtigen, aber mit dem Zahlbetrag und nicht nur mit dem steuerrechtlich maßgeblichen Ertragsanteil oder unter Berücksichtigung von steuerlichen Freibeträgen (BSG, Urteil vom 10. März 1994 – 12 RK 4/92 - juris, Rn. 19).

(b) Bei den Rentenzahlungen der A und D aus der Unfall-Kombirente handelt es sich um steuerpflichtige sonstige Einkünfte nach § 22 EStG. Entgegen der Ansicht der Klägerin unterfallen diese nicht § 3 Nr. 1 lit. a EStG. Danach sind steuerfrei Leistungen aus einer Krankenversicherung, aus einer Pflegeversicherung und aus der gesetzlichen Unfallversicherung.

(aa) Die Befreiung der Leistungen "aus einer Pflegeversicherung" umfasst alle Leistungen aus der im SGB XI geregelten gesetzlichen und aus den vertraglichen Pflegeversicherungen (von Beckerath, in: Kirchhof, Einkommensteuergesetz, 19. Aufl. 2020, § 3 Nr. 1 Rn. 5). Die Steuerfreiheit erfasst Pflegesachleistungen und die im SGB XI vorgesehenen Geldleistungen, insbesondere das Pflegegeld nach § 37 SGB XI (Levedag, in: Schmidt, EStG, 39. Aufl. 2020, § 3 Rn. 7) und die entsprechenden Leistungen aus einer privaten Pflegeversicherung. Nach § 192 Abs. 6 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) ist der Versicherer bei der Pflegekrankenversicherung verpflichtet, im Fall der Pflegebedürftigkeit im vereinbarten Umfang die Aufwendungen für die Pflege der versicherten Person zu erstatten (Pflegekostenversicherung) oder das vereinbarte Tagegeld zu leisten (Pflegetagegeldversicherung).

Eine Leistung solchen Inhalts erhält die Klägerin vorliegend von A und D nicht. Dies entnimmt der Senat deren Schreiben vom 20. April 2018, die ausdrücklich eine monatliche "Rente" zugestehen. Dies deckt sich mit den Bestimmungen in den von der Klägerin vorgelegten BUB der A. Diese legt der Senat auch für den Vertragsinhalt mit D zugrunde. Denn die Klägerin hat selbst erklärt, dass diese identisch sind mit den Versicherungsbedingungen der D (vgl. bereits Schreiben ihres Bevollmächtigten vom 9. Juli 2018, Bl. 10 der Verwaltungsakte). Nach Ziffern 1.1.1 und 5 BUB leistet das Versicherungsunternehmen eine "Rente".

Der Leistungsanspruch der Klägerin gegen die Versicherungsunternehmen resultiert auch nicht aus einem privaten Pflege-, sondern einem Unfallversicherungsvertrag. Bereits der vorgelegte Versicherungsschein bezeichnet die abgeschlossene Versicherung ausdrücklich als "Unfall-Versicherung" und umfasst unter derselben Versicherungsnummer sowie die (allgemeinen) Leistungen der Unfallversicherung nach den AUB 2008 als auch die Unfall-Kombirente nach den BUB. Auch wenn die Leistungsart – Unfall-Kombirente – immer als eigenständiger Vertrag gilt, wird in der Präambel der BUB ausdrücklich bestimmt, dass die Unfall-Kombirente eine eigenständige Leistungsart im Rahmen der Unfall-Versicherung – also nicht der Pflegeversicherung – ist. Dem entspricht auch die weitere Festlegung in der Präambel, dass – vorbehaltlich abweichender Regelungen der BUB – grundsätzlich die Bestimmungen der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen der AUB 2008 gelten. Vertraglich versichert ist auch nicht spezifisch das Risiko der Pflegebedürftigkeit. Zwar bestimmen die Ziffern 1.1.1 und 5.1 Satz 1 BUB als Leistungsfall u.a. eine Einstufung der Pflegestufe I, II oder III nach SGB. Nach Ziff. 5.1 Satz 2 BUB entspricht dies nach den Maßstäben der diesem Vertrag zugrunde liegenden Bewertungen einer Invalidität von mehr als 50 %. Damit wird deutlich, dass die Zuerkennung einer Pflegestufe nach dem SGB XI nur als (ein) Ausdruck des im Rahmen der Unfallversicherung versicherten Risikos der Invalidität gewertet wird. Auch die fehlende Differenzierung der Höhe der zugesagten Leistung nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit sowie häuslicher oder stationärer Pflege spricht gegen eine Versicherung gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit. Dies zeigt deutlich der ebenfalls erfasste Leistungsfall in Ziffern 1.1.1 und 2.1 BUB. Dieser setzt ausschließlich einen unfallbedingten Grad der Invalidität von mindestens 50 % voraus, löst aber die gleiche Leistung (monatliche Rente in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme) aus wie nach Ziffer 5 BUB die Zuerkennung einer Pflegestufe. Die weiteren Leistungsfälle der Unfall-Kombirente (Organkonzept und Verlust einzelner, definierter Grundfertigkeiten) werden nach dem dort jeweils vorgesehenen Bewertungsmaßstab ebenfalls auf einen Grad der Invalidität von mehr als 50 % bezogen. Versichertes Risiko auch der Unfall-Kombirente bleibt somit (allgemein) die Invalidität. Dass die gewährte Leistung den von der Klägerin angeführten Zwecken (Finanzierung von – privat organisierten – Pflegedienstleistungen) dienen soll, kann den BUB nicht entnommen werden. Eine solche Zweckbestimmung ist dort an keiner Stelle angesprochen. Dass die Leistung in gleicher Weise und Höhe auch bei den anderen drei Leistungsfällen gewährt wird, die eine Pflegebedürftigkeit gerade nicht voraussetzen, steht der behaupteten Zweckbestimmung entgegen. Wie bereits das SG zutreffend ausgeführt hat, spricht auch die ausdrückliche Bezeichnung der Leistung als "Rente" nach dem allgemeinen Sprachgebrauch gegen eine solche Zweckbestimmung.

(bb) Da es sich bei den vertraglichen Leistungen der privaten Versicherungsunternehmen A und D um solche der privaten Unfallversicherung handelt, sind diese nicht steuerfrei. § 3 Nr. 1 lit. a EStG kann nicht auf Leistungen aus einer privaten Unfallversicherung ausgedehnt werden. Eine Gleichstellung von privater und gesetzlicher Versicherung hat der Gesetzgeber in dieser Norm nur für den Bereich der Kranken- und Pflegeversicherung bestimmt und damit zu erkennen gegeben, dass eine derartige Gleichstellung bei der Unfallversicherung ausgeschlossen sein soll (vgl. Bundesfinanzhof [BFH], Urteil vom 14. März 1972 – VIII R 26/67 – juris, Rn. 9).

Darin liegt kein Verstoß gegen Art. 3 Abs. 1 Grundgesetz (GG). Der Gleichheitsgrundsatz bindet den Gesetzgeber nur insoweit, als nicht willkürlich Gleiches ungleich behandelt werden darf. Grundsätzlich entscheidet der Gesetzgeber, welche Elemente der zu ordnenden Lebensverhältnisse im Rechtssinne als gleich oder als ungleich behandelt werden können. Von Willkür kann erst dann gesprochen werden, wenn sich für gesetzliche Differenzierungen ein sachlich einleuchtender Grund nicht finden lässt und deshalb die Gesetzesbestimmung als willkürlich bezeichnet werden muss. Das ist hier nicht der Fall. Der Grund für die Beschränkung der Steuerfreiheit in § 3 Nr. 1 EStG auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung ist sozialpolitischer Natur. Es sollen nur Leistungen an einen Personenkreis von der Steuer freigestellt werden, der dem Gesetzgeber auch bei der Regelung der Versicherungspflicht als schutzwürdig erschien (BFH, a.a.O., Rn. 10).

(2) Das Gesamteinkommen der Klägerin übersteigt seit dem 1. Mai 2018 die maßgebliche Einkommensgrenze von einem Siebtel der monatlichen Bezugsgröße.

Die Unfall-Kombirente der A wird in Höhe von 500,00 EUR monatlich, die der D in Höhe von 600,00 EUR monatlich ausgezahlt. Maßgeblich ist, wie oben dargelegt, der Zahlbetrag der Rente. Das Einkommen der Klägerin hieraus beträgt mithin insgesamt 1.100,00 EUR monatlich. Die Zahlungen der laufenden Leistungen wurden im April 2018 aufgenommen. Jedenfalls ab dem 1. Mai 2018 und damit im hier streitbefangenen Zeitraum hat die Klägerin die Renten in dieser Höhe tatsächlich ausgezahlt erhalten (Schreiben der A und D vom 20. April 2018).

Die monatliche Bezugsgröße nach § 18 SGB IV betrug 2018 3.045,00 EUR (hiervon ein Siebtel: 435,00 EUR), 2019 3.115,00 EUR (hiervon ein Siebtel: 445,00 EUR) und beträgt 2020 3.185,00 EUR (hiervon ein Siebtel: 455,00 EUR). Mit einem monatlichen Einkommen von 1.100,00 EUR wurde und wird somit die Einkommensgrenze des § 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V überschritten.

4. Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 Abs. 1 Satz 1, Abs. 4 SGG. Eine Kostenerstattung für den Beigeladenen, der einen Antrag nicht gestellt hat, ist nicht angemessen.

5. Die Revision war nicht zuzulassen, da Gründe hierfür (§ 160 Abs. 2 SGG) nicht
Rechtskraft

Aus
Login
BWB
Saved
2020-11-03