

L 3 R 221/17

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
3
1. Instanz
SG Berlin (BRB)
Aktenzeichen
S 17 R 2373/15
Datum
19.12.2016
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 3 R 221/17
Datum
22.08.2024
3. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

1. Die seit 2006 in den Niederlanden bestehende Pflichtversicherung nach dem Zvw (Zorgverzekeringswet) entspricht der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung, so dass ein Anspruch auf Zuschuss zu den niederländischen KVS-Beiträgen (Pflichtversicherung sowie freiwillige Zusatzversicherungen) entsprechend [§ 106 SGB VI](#) vom deutschen Rentenversicherungsträger nicht verlangt werden kann.
2. Die niederländische Einwohnerpflichtversicherung nach dem AWBZ (Algemene Wet bijzondere Ziektenkosten), auch Langzeitpflegegesetz genannt, entspricht im Wesentlichen der deutschen Sozialen Pflegeversicherung nach dem SGB XI, dessen Beiträge Rentner gemäß [§ 59 SGB XI](#) alleine zu tragen haben.
3. Bei Bestimmung der Höhe des Zuschusses zu den Beiträgen zur niederländischen Krankenversicherung entsprechend [§ 249a SGB V](#) sind nur die nach der deutschen Rente bemessenen Beiträge und nicht die an das private Krankenversicherungsunternehmen für das Basispaket nach dem Zvw zu entrichtenden nominalen Beiträge (Kopfpauschale) zu berücksichtigen.
3. Die entsprechende Anwendung von [§ 249a SGB V](#) ist auch mit verfassungs- und unionsrechtlichen Vorgaben vereinbar, soweit
 - a) die Beteiligung der deutschen Rentenversicherungsträger nach dieser Vorschrift an den Kosten einer ausländischen Pflichtkrankenversicherung ausscheidet, wenn diese Beiträge nicht nach der Rente bemessen, sondern wie bei der niederländischen Krankenversicherung nach dem Zvw zum Teil als Kopfprämie erhoben werden, und
 - b) eine Beteiligung der deutschen Rentenversicherungsträger nach dieser Vorschrift an den Kosten einer ausländischen Pflichtkrankenversicherung, deren Beiträge aus der deutschen Rentenleistung bemessen werden und deren Beitragssätze geringer als der nach [§ 249a SGB V](#) maßgebliche Beitragssatz sind, nur in Höhe der Hälfte dieser aus der deutschen Rente bemessenen und unter Berücksichtigung von Nachlässen festgesetzten Beiträge zur ausländischen Pflichtkrankenversicherung erfolgt.

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 19. Dezember 2016 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch für das Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand

Die Beteiligten streiten über die Höhe der von der Beklagten zu gewährenden Zulage (Zuschuss) zu den vom Versicherten A L (im Folgenden: Versicherter) in den Niederlanden zu zahlenden Krankenversicherungsbeiträgen.

Der 1940 in Deutschland geborene Versicherte lebte schon während seiner Berufstätigkeit in den Niederlanden. Im Rahmen seiner bis März 1999 in Deutschland ausgeübten beruflichen Tätigkeit war er pflichtversichert in der deutschen Kranken- und Pflegeversicherung. Seit April 1999 war er dann in den Niederlanden nach dem Krankenkassengesetz (Ziektenfondswet - ZfW) und dem Allgemeinen Gesetz zu besonderen Krankheitskosten (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten - AWBZ) pflichtversichert. Er bezog von April 2005 bis zu seinem Tod 2021 eine niederländische Grundrente nach dem Allgemeinen Altersgesetz (Algemene Ouderdomswet - AOW).

Mit Bescheid vom 07. März 2005 bewilligte die Beklagte dem Versicherten die beantragte Regelaltersrente mit Rentenbeginn am 01. April 2005 zunächst in Höhe von 1.158,05 € brutto (= netto) monatlich. Auf Antrag des Versicherten vom 15. Juni 2005 stellte die Beklagte mit Bescheid vom 25. November 2005 in der Fassung des Rentenbescheides vom 10. Dezember 2007 den monatlichen Rentenzahlbetrag für die Zeit vom 01. April 2005 bis zum 31. Dezember 2005 unter Berücksichtigung einer Zulage zu den Beiträgen zur niederländischen Krankenversicherung (KVS) in Höhe von 82,80 € (7,15 % von 1.158,05 €) bzw. ab dem 01. Juli 2005 in Höhe von 77,01 € (6,65 % von 1.158,05 €) mit 1.240,85 € bzw. 1.235,05 € fest. Für die Zeit ab Januar 2006 gewährte sie zunächst keine Zulage zu den niederländischen KVS-Beiträgen mit der Begründung, das ab dem 01. Januar 2006 geltende niederländische Krankenversicherungsgesetz (Zorgverzekeringswet - Zvw) löse die bisherige Pflichtkrankenversicherung (ZfW) ab. Zwar sei der Versicherte auch dann weiterhin pflichtversichert und habe Beiträge aus der deutschen Rente sowohl nach dem Zvw als auch nach dem AWBZ zu tragen. Jedoch würden nunmehr die Beiträge von der niederländischen Steuerverwaltung regelmäßig nur einmal jährlich für das abgelaufene Kalenderjahr erhoben und bescheinigt. Deswegen könne eine Zulage zu den Zvw- und AWBZ-Beiträgen nicht laufend, sondern regelmäßig nur als Einmalzahlung rückwirkend gezahlt werden. Dementsprechend gewährte die Beklagte später rückwirkend eine Zulage zu den niederländischen KVS-Beiträgen - jeweils begrenzt auf den hälftigen tatsächlichen Beitrag -, u.a. mit bestandskräftigen Bescheiden vom 17. Januar 2013 für die Zeit von Januar 2008 bis Dezember 2009 (Nachzahlung in Höhe von insgesamt 1.373,64 €) und vom 25. Februar 2013 für das Jahr 2010 (Nachzahlung in Höhe von insgesamt 678 €).

Der Versicherte war zum einen bei dem niederländischen Krankenversicherungsunternehmen CZ zu dem Tarif Natura polis (Krankenversicherung, Sachleistungen in Form von ärztlicher Versorgung, Physiotherapie, Arzneimitteln, Rehabilitation, ambulanter Pflege, kurzfristiger Krankenhauspflege, Zahnbehandlung und -prothetik, Psychotherapie, Prävention; dem sogenannten Basispaket nach dem Zvw) sowie den Zusatzversicherungstarifen 50+ (ergänzende Leistungen in Form von Alternativmedizin, Notfallversorgung im Ausland, Ergo- und Physiotherapie, Hilfsmitteln <Brille, Stützsohlen und ähnliches>, Hospizaufenthalt) und Tandarts (zusätzliche zahnärztliche und kieferorthopädische Leistungen) versichert. Hierfür hatte er ausweislich der vorgelegten Policen für die Jahre 2011 bis 2013 unter Berücksichtigung eines Rabattes für einen Gruppenversicherungsvertrag und des gesetzlichen Selbstbehaltes von 170 € (2011), 220 € (2012) und 350 € (2013) folgende Beiträge monatlich zu entrichten:

	2011	2012	2013
Natura polis	99,27 €	102,41 €	100,32 €
50+	13,80 €	15,75 €	15,75 €
Tandarts	<u>16,25 €</u>	<u>17,55 €</u>	<u>17,55 €</u>
Gesamt	129,32 €	135,71 €	133,62 €

Des Weiteren hatte der Versicherte aus seinem Einkommen an das niederländische Finanzamt (Belastingdienst) Beiträge nach dem Zvw und dem AWBZ zu entrichten:

Ausgehend von den Steuerbescheiden des Belastingdienst vom 26. April 2013 in der Fassung des endgültigen Steuerbescheides des Belastingdienst vom 07. August 2013 hatte der Versicherte für das Jahr 2011 einerseits einen jährlichen Beitrag nach dem Zvw (5,65 %) i.H.v. 821 € zu entrichten, der allein aus dem ausländischen Jahreseinkommen von 14.537 € (= gemeldete deutsche Altersrente) berechnet wurde. Zum anderen fielen vor Berücksichtigung der Heffingskorting (Abgabenermäßigung allgemein <Algemene Heffingskorting> und für Senioren <Ouderenkorting>) i.H.v. insgesamt 1.649 € Beiträge - jeweils berechnet aus dem zu versteuernden (d.h. nach Abzug von Freibeträgen ermittelten) Gesamteinkommen von 14.986 € - nach dem AWBZ (12,15 %) i.H.v. 1.820,80 € (gerundet 1.821 €) und nach dem ANW (Algemene nabestaandenwet - Allgemeines Hinterbliebenengesetz, 1,1 %) i.H.v. 164,84 € (gerundet 165 €), insgesamt i.H.v. 1.985 € an. Nach Abzug der Heffingskorting i.H.v. 1.649 € von der Summe aus Einkommensteuer (8 €) und Sozialversicherungsabgaben (AWBZ und ANW = 1.985 €) hatte der Versicherte für 2011 letztlich noch einen weiteren Betrag von 344 € zu entrichten.

Ausgehend von den endgültigen Steuerbescheiden des Belastingdienst vom 19. Dezember 2014 hatte der Versicherte für das Jahr 2012 einerseits einen jährlichen Beitrag nach dem Zvw (5 %) i.H.v. 738 € zu entrichten, der allein aus dem ausländischen Jahreseinkommen von 14.768 € (= gemeldete deutsche Altersrente) berechnet wurde. Zum anderen fiel vor Berücksichtigung der Heffingskorting i.H.v. insgesamt 1.575 € ein aus dem zu versteuernden (d.h. nach Abzug von Freibeträgen ermittelten) Gesamteinkommen von 16.563 € errechneter Beitrag nach dem AWBZ (12,15 %) i.H.v. 2.012,40 € (gerundet 2.012 €) an, wobei Beiträge nach dem ANW nicht mehr erhoben wurden. Nach Abzug der Heffingskorting i.H.v. 1.575 € von der Summe aus Einkommensteuer (34 €) und Sozialversicherungsabgaben (AWBZ = 2.012 €) hatte der Versicherte für 2012 letztlich noch einen weiteren Betrag von 471 € zu entrichten.

Ausgehend von den endgültigen Steuerbescheiden des Belastingdienst vom 04. Februar 2015 hatte der Versicherte für das Jahr 2013 einerseits einen jährlichen Beitrag nach dem Zvw (5,65 %) i.H.v. 995 € zu entrichten, der allein aus dem ausländischen Jahreseinkommen von 17.627 € (gemeldete deutsche Altersrente von 14.946,96 € plus vom Versicherten angegebene Zulagen des deutschen Rententrägers) berechnet wurde. Zum anderen fiel vor Berücksichtigung der Heffingskortingten i.H.v. insgesamt 2.003 € ein aus dem zu versteuernden (d.h. nach Abzug von Freibeträgen ermittelten) Gesamteinkommen von 19.422 € errechneter Beitrag nach dem AWBZ (12,65 %) i.H.v. 2.456,88 € (gerundet 2.456 €) an, wobei Beiträge nach dem ANW nicht mehr erhoben wurden. Nach Abzug der Heffingskortingten i.H.v. 2.003 € von der Summe aus Einkommensteuer (105 €) und Sozialversicherungsabgaben (AWBZ = 2.456 €) hatte der Versicherte für 2013 letztlich noch einen weiteren Betrag von 558 € zu entrichten.

Mit dem hier streitgegenständlichen Bescheid vom 25. Oktober 2013 berechnete die Beklagte die Altersrente des Versicherten ab dem 01. Januar 2011 neu. Sie stellte für die Zeit ab dem 01. November 2013 einen monatlichen Zahlbetrag von 1.247,13 € und für den Zeitraum vom 01. Januar 2011 bis zum 31. Oktober 2013 einen Nachzahlungsbetrag in Höhe von 629,04 € fest. Die Neuberechnung erfolge für die Zeit vom 01. Januar bis zum 31. Dezember 2011, weil aufgrund des gemeldeten AWBZ-/Zvw-Beitrages die Zulage zur niederländischen Pflichtkrankenversicherung festzustellen sei. Als monatliche Zulage ermittelte die Beklagte in der Anlage 1 für das Jahr 2011 einen Betrag in Höhe von 52,42 €. Hierbei legte sie der Berechnung des Zuschusses einen monatlichen Rentennettobetrag von 1.205,47 € ab dem 01. Januar 2011 und von 1.217,44 € ab dem 01. Juli 2011 zugrunde. Berechnet wurde die Zulage auf der Grundlage eines Beitragsatzes zur deutschen gesetzlichen Krankenversicherung der Rentner (KVdR) von 14,6 % (15,5 % abzüglich von 0,9 %). Die Hälfte dieses Beitrages sei - begrenzt auf den halben (gemeldeten) Beitrag zur (niederländischen) KVS - als Zulage zu zahlen. Für die Zeit ab dem 01. Januar 2012 gewährte sie keine Zulage, sondern wies als monatlichen Rentenzahlungsbetrag nur den Rentennettobetrag von 1.217,44 € bzw. ab dem 01. Juli 2012 von 1.244,03 € und ab dem 01. Juli 2013 von 1.247,13 € aus.

Hiergegen legte der Versicherte mit Schreiben vom 05. Dezember 2013 Widerspruch für die „Zeit vom 01.01.2011 bis zum 31.10.2013“ ein. Er führte aus, die Beklagte habe offensichtlich von der niederländischen Finanzverwaltung falsche Informationen zur Berechnung der Zulage erhalten. Er bat um Mitteilung, auf welcher Basis die Zulage berechnet worden sei. In den Niederlanden würden KVS-Beiträge auch auf ausländische Renten anfallen. Die Rentner seien zur vollständigen Übernahme der AWBZ- und Zvw-Beiträge verpflichtet. Zusätzlich bestehe eine gesetzliche Verpflichtung zum Abschluss eines Krankenversicherungsvertrages mit einem staatlich anerkannten Versicherungsunternehmen. Insgesamt habe er somit drei verschiedene Beitragsarten (Basisversicherung und notwendige Zusatzversicherungen) und damit einen monatlichen Beitrag in Höhe von insgesamt rund 120 € zu zahlen. Dies übersteige den Satz von 15,5 %. Er beantrage daher, die deutsche Zulage in Höhe von 7,3 % auszus zahlen und ihm ab dem 01. Januar 2014 einen laufenden monatlichen Vorschuss in Höhe von 70,40 € (80 % von 88,88 €) zu zahlen.

Mit Schreiben vom 12. Dezember 2013 teilte die Beklagte dem Versicherten mit, dass die Summe von 52,42 € auf der Grundlage der vom niederländischen Finanzamt mitgeteilten Daten festgestellt worden sei. Von dort sei maschinell übermittelt worden, dass der Versicherte im Jahr 2011 insgesamt KVS-Beiträge i.H.v. 1.258 € aus der deutschen Rente gezahlt habe, woraus sich eine monatliche Summe von 104,83 € ergebe. Die Hälfte dieser Summe sei daher nach der gesetzlichen Grundlage als Zulage zu zahlen. Unter Verweis auf die Gesetzeslage erläuterte die Beklagte, dass eine Zulage zu den aus der niederländischen Rente oder unabhängig von Rentenleistungen erhobenen Beiträgen nicht vorgesehen sei.

Mit Schreiben vom 08. Januar 2014 forderte der Versicherte erneut von der Beklagten die Offenlegung der Berechnungsgrundlagen für den gewährten Zuschuss. Zudem machte er geltend, ihm sei der deutsche monatliche Zuschuss zu seiner privaten Krankenversicherung nach § 106 Sechstes Sozialgesetzbuch (SGB VI) in Höhe von 91,04 € für die Zukunft und auch für die zurückliegenden Jahre auszus zahlen. Nach der Entscheidung des Landessozialgerichts (LSG) Berlin-Brandenburg vom 06. September 2012 ([L 22 R 543/10](#)) seien alle drei von ihm aufzuwendenden Beitragsarten für die Berechnung der Zulage heranzuziehen.

Mit weiterem Rentenbescheid vom 14. März 2014 berechnete die Beklagte die Altersrente des Versicherten ab dem 01. Januar 2012 unter fortlaufender Gewährung eines Zuschusses (= Zulage) zu den niederländischen KVS-Beiträgen von monatlich 41,93 € neu. Berechnet wurde die Zulage auf der Grundlage eines Beitragsatzes zur deutschen KVdR von 14,6 % (15,5 % abzüglich von 0,9 %). Die Hälfte dieses Beitrages sei - begrenzt auf den halben (gemeldeten) Beitrag zur (niederländischen) KVS - als Zulage zu zahlen. Sie stellte einen Zahlbetrag von monatlich 1.259,37 € ab dem 01. Januar 2012, 1.285,96 € ab dem 01. Juli 2012 und 1.289,06 € ab dem 01. Juli 2013 sowie einen Nachzahlungsbetrag in Höhe von 1.132,11 € für den Zeitraum vom 01. Januar 2012 bis zum 31. März 2014 fest. Die Neuberechnung erfolge, weil sich das Krankenversicherungsverhältnis geändert habe. In der Anlage 10 zum Bescheid wies sie darauf hin dass es sich bei dem Zuschuss ab dem 01. Januar 2012 um den beantragten Vorschuss im Sinne von [§ 42](#) Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) handele. Eine endgültige Festsetzung könne erst nach Meldung der niederländischen Beiträge auf die deutsche Rente durch den Belastingdienst erfolgen. Um eine Überzahlung zu vermeiden, werde bei der Berechnung der letzte vom niederländischen Finanzamt gemeldete Beitrag zu 80 % berücksichtigt. Der Bescheid enthielt eine Widerspruchsbelehrung sowie den folgenden Hinweis: „Die Rente ist unter Außerachtlassung der im Verfahren gegen den Bescheid vom 25.10.2013 geltend gemachten Ansprüche berechnet worden. Sie wird neu festgestellt, wenn und soweit dieses Verfahren zu Ihren Gunsten beendet wird. Der Zahlungsausschluss des [§ 44 Abs. 4 SGB X](#) (Zehntes Buch Sozialgesetzbuch) findet dabei keine Anwendung. Wegen dieser Ansprüche ist ein Widerspruch gegen den Rentenbescheid ausgeschlossen.“

Nachdem die Beklagte nochmals mit Schreiben vom 15. April 2014 dem Versicherten die Rechtslage erläutert hatte, wies sie mit Widerspruchsbescheid vom 16. Februar 2015 den Widerspruch als unbegründet zurück. Nach der Rechtsprechung des Europäischen

Gerichtshofes (EuGH) in der Rechtssache [C-73/99](#) „Movrin“ bestehe ein Anspruch auf Beteiligung der deutschen Rentenversicherungsträger an den Beiträgen und Aufwendungen für die ausländische Pflichtkrankenversicherung nur entsprechend [§ 249a](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V). Eine Zulage entsprechend [§ 249a SGB V](#) komme nicht in Betracht zu Pflichtbeiträgen, die aufgrund einer ausländischen Rente oder anderem Einkommen erhoben werden oder deren Höhe nicht von der Höhe der deutschen Rente des Berechtigten abhängig sei. Auch sei eine Zulage entsprechend [§ 249a SGB V](#) nicht zu den Beiträgen und Aufwendungen zu zahlen, die dem Bezieher einer deutschen Rente aufgrund einer freiwilligen Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung eines anderen Mitgliedstaates oder einer privaten Krankenversicherung bei einem Krankenversicherungsunternehmen entstünden. Zu einer solchen Krankenversicherung bestehe gegebenenfalls ein Anspruch auf Zuschuss, wenn die Voraussetzungen des [§ 106 SGB VI](#) erfüllt seien. Ausgehend von den vom Belastingdienst übermittelten Daten, d.h. den auf die deutsche Rente entfallenden Beiträgen zur Pflichtkrankenversicherung AWBZ/Zvw für 2011 (1.258,00 €), sei der Zuschuss nach [§ 249a SGB V](#) zutreffend berechnet worden. Die nach dem Zvw zu zahlende Nominalprämie werde unabhängig vom Einkommen erhoben und sei daher nicht zu berücksichtigen. Soweit der Versicherte auch Beiträge zu einer privatrechtlichen Krankenversicherung zahle, die zusätzlich neben der niederländischen Pflichtkrankenversicherung nach dem Zvw und AWBZ bestehe, handele es sich nicht um eine Pflichtversicherung, so dass hierfür eine Zulage nach [§ 249a SGB V](#) ausscheide. Ebenso wenig könne hierfür ein Zuschuss nach [§ 106 SGB VI](#) geleistet werden, da nach [§ 106 Abs. 1 Satz 2 SGB VI](#) ein Zuschuss zur privaten Krankenversicherung ausscheide, wenn gleichzeitig eine Pflichtversicherung in einer ausländischen gesetzlichen Versicherung bestehe. Dem vom Versicherten angeführten Urteil des LSG Berlin-Brandenburg werde über den Einzelfall hinaus nicht gefolgt, weil es der Rechtsprechung des EuGH (z.B. Urteil vom 15. Juli 2010 in der Rechtssache [C-345/09](#) „van Delft und andere“) widerspreche. Der EuGH habe festgestellt, dass es sich bei der am 01. Januar 2006 in den Niederlanden eingeführten Krankenversicherung nach dem Zvw um eine gesetzliche Pflichtkrankenversicherung handele.

Hiergegen hat sich der - damals unvertretene - Versicherte mit seiner am 18. Mai 2015 vor dem Sozialgericht Berlin (SG) erhobenen Klage gewendet und sein Begehren weiterverfolgt, ihm rückwirkend ab dem 01. Januar 2011 die monatliche Zulage zur Krankenversicherung ungekürzt auszus zahlen bzw. ihm die Zulage in Höhe der Beträge zu gewähren, die nach [§ 249a SGB V](#) auch für die in Deutschland wohnhaften Rentner an deren Krankenkassen gezahlt würden. Die Beklagte habe ihm weiterhin nicht die Berechnung für die Zulage offengelegt. Ihm sei keine Rechtsgrundlage bekannt, auf welcher der Belastingdienst die Beiträge aus der deutschen Rente festsetze. Er habe somit keine andere Möglichkeit, als die Berechnung der Zulage im hiesigen Verfahren zu bestreiten. Im Übrigen hat er sein Vorbringen aus dem Verwaltungsverfahren wiederholt. Der Versicherte hat die Versicherungsscheine (Polis) der CZ für die Jahre 2012 bis 2015 vorgelegt und ausgeführt, für 2012 sei an die CZ insgesamt ein Beitrag von 1.628,52 € gezahlt worden. Mit diesem Beitrag würden grundsätzlich die Kosten der Basisversicherung nach dem Zvw abgedeckt, u.a. für die Leistungen von Hausarzt, Facharzt, Krankenhausaufenthalt und Krankentransport. Zuzüglich des vom Belastingdienst übermittelten Beitrages (entsprechend dem Ausdruck der Beklagten) von 1.319 € ergebe sich eine Beitragssumme von insgesamt 2.947,52 € für 2012. Somit habe er für die Absicherung seiner Krankheitsaufwendungen pro Monat 245,63 € zu zahlen. Die an die CZ gezahlten Beiträge würden von der Beklagten bei der Berechnung der Zulage nach [§ 249a SGB V](#) nicht berücksichtigt. Dies sei mit verfassungs- und unionsrechtlichen Vorgaben nicht zu vereinbaren. Insoweit werde auf die Entscheidung des Bundessozialgerichts (BSG) vom 27. Mai 2014 ([B 5 RE 8/14 R](#)) verwiesen.

Die Beklagte hat Ausdrücke der maschinellen Datenübermittlungen des niederländischen Belastingdienst betreffend den auf die deutsche Rente entfallenden Beitrag zur AWBZ/Zvw für die Jahre 2011 bis 2013 (2011: 1.258 €, 2012: 1.319 €, 2013: 1.682 €) vorgelegt. Sie hat mit Schriftsatz vom 17. Oktober 2016 darauf verwiesen, dass eine Rückmeldung der Beiträge vom niederländischen Belastingdienst frühestens nach Eintritt der Rechtskraft des jeweiligen Steuerbescheides erfolge, sodass die Beiträge auch erst danach bei der Rentenberechnung berücksichtigt werden könnten. Grundlage für das maschinelle Unterrichtsverfahren sei die VO (EG) Nr. 883/2004. Zudem hat sie den Rentenbescheid vom 30. September 2015, mit dem die Regelaltersrente wegen einer Änderung des Krankenversicherungsverhältnisses ab dem 01. Januar 2012 neu berechnet wurde, zur Akte gereicht. Hierin stellte sie für die Zeit ab dem 01. Oktober 2015 einen monatlichen Zahlungsbetrag von 1.294,56 € und für den Zeitraum vom 01. Januar 2012 bis zum 30. September 2015 einen Nachzahlungsbetrag in Höhe von 494,28 € fest. Den Zuschuss zu den niederländischen KVS-Beiträgen setzte sie für 2012 mit 54,96 € monatlich und für 2013 mit 70,09 € monatlich fest und führte aus, die Neuberechnung sei wegen Meldung der AWBZ-Prämienhöhe für die Jahre 2012 und 2013 erfolgt. Der bisher gezahlte Vorschuss auf die AWBZ-Zulage bis zum 30. September 2015 sei verrechnet worden. Ab Oktober 2015 werde ein Vorschuss auf die Zulage nicht mehr gezahlt, da erst nach Bekanntwerden der Prämienhöhe ab 2014 die Neuberechnung veranlasst werden könne. Des Weiteren enthält der Bescheid den Hinweis, dass der Bescheid nach [§ 86](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) Gegenstand des Widerspruchsverfahrens werde.

Das SG hat aus dem Verfahren des LSG Berlin-Brandenburg ([L 22 R 543/10](#)) Unterlagen in Kopie zur Akte genommen, u.a. ein Informationsschreiben des Ministeriums für Volksgesundheit, Wohlfahrt und Sport der Niederlande zur Reform des Krankenversicherungssystems zum Januar 2006.

Nachdem die Beteiligten ihr Einverständnis zu einer schriftlichen Entscheidung erteilt hatten, hat das SG durch Urteil vom 19. Dezember 2016 die Klage abgewiesen. Das Klagebegehren des Versicherten sei nach seinem Vortrag gemäß [§ 123 SGG](#) dahingehend auszulegen, dass er die Aufhebung des Bescheides der Beklagten vom 25. Oktober 2013 sowie des diesen Bescheid abändernden Bescheides vom 14. März 2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 16. Februar 2015 begehre, mit welchem die Gewährung eines Zuschusses zu seinen Krankenversicherungsbeiträgen abgelehnt worden sei. Zugleich begehre er auch die Verpflichtung der Beklagten, ihm den beantragten Zuschuss nach [§ 249a SGB V](#) in Höhe von 7,3 % zu seiner gesetzlichen Krankenversicherung sowie einen Zuschuss nach [§ 106 SGB VI](#) zu seiner weiteren privaten Krankenversicherung zu zahlen. Die Klage sei somit als kombinierte Anfechtungs- und Verpflichtungsklage zulässig, jedoch unbegründet. Die angefochtenen Bescheide seien rechtmäßig, denn der Versicherte habe weder einen Anspruch auf Zuschuss nach [§ 249a SGB V](#) über den bisher gewährten Umfang hinaus, noch daneben auf einen Zuschuss nach [§ 106 SGB VI](#).

Nach [§ 249a Satz 1 SGB V](#) trage der Träger der Rentenversicherung bei Versicherungspflichtigen, die eine Rente nach § 228 Absatz 1 Satz 1

bezögen, die Hälfte der nach der Rente zu bemessenden Beiträge nach dem allgemeinen Beitragssatz; im Übrigen tragen die Rentner die Beiträge. Gemäß [§ 249a Satz 2 SGB V](#) tragen die Rentner die Beiträge aus ausländischen Renten nach § 228 Absatz 1 Satz 2 allein. Die Berechnung der Beiträge richte sich nach [§§ 241, 247 SGB V](#). Nach [§ 241 SGB V](#) betrage der allgemeine Beitragssatz aktuell 14,6 %. Nach [§ 247 Satz 2 SGB V](#) sei bei ausländischen Renten die Hälfte hiervon als Beitragssatz zugrunde zu legen, mithin 7,3 %. Dieser Beitrag sei allerdings auf die Hälfte des tatsächlich anfallenden Beitrages zu begrenzen, da die Beteiligung der Beklagten an den Pflichtbeiträgen zur deutschen KVdR ebenfalls auf die Hälfte begrenzt sei.

Ein Anspruch auf eine höhere Zulage ergebe sich auch nicht aus dem Urteil des EuGH vom 06. Juli 2000 in der Rechtssache [C-73/99](#) „Movrin“. Denn aus diesem Urteil ergebe sich gerade erst, dass auch Bezieher einer deutschen Rente, die in einem anderen Mitgliedstaat lebten, Anspruch auf eine Zulage nach [§ 249 a SGB V](#) in der Höhe hätten, wie sie auch in Deutschland lebenden Rentenbeziehern gewährt werde. In diesen Fällen werde nach den bereits aufgeführten Vorschriften ein Zuschuss i.H.v. 7,3 %, begrenzt auf die tatsächliche Hälfte der zu zahlenden Beiträge, geleistet. Der von der Beklagten geleistete Zuschuss entspreche somit bereits den Vorgaben, die sich für die Anwendung des deutschen Rechts unter Berücksichtigung des Gemeinschaftsrechts ergäben. Entgegen der Auffassung des Klägers ergebe sich zur Überzeugung der Kammer aus der genannten Entscheidung hingegen kein Anspruch auf einen Zuschuss i.H.v. 7,3 % der insgesamt zu zahlenden Beiträge auf Grundlage auch der nicht aus der Rentenleistung der Beklagten erhobenen Beiträge.

Es sei auch nicht ersichtlich, dass die Beklagte den Zuschuss vorliegend falsch berechnet habe. Der Versicherte trage vor, dass er die Berechnung nicht nachvollziehen könne und keine Möglichkeit sehe, die Berechnung durch den niederländischen Belastingdienst anders als im hiesigen Klageverfahren anzugreifen. Die Beklagte sei jedoch - in Übertragung der für die Meldung von Versicherungszeiten geltenden Rechtsprechung (vgl. BSG, Urteil vom 09. Oktober 2012 - [B 5 R 54/11 R](#) -) - an die von der zuständigen niederländischen Stelle (Belastingdienst) übermittelten Daten gebunden und selbst nicht in der Lage, diese Angaben zu überprüfen oder in Zweifel zu ziehen. Der Versicherte müsse somit Einwendungen gegen die Berechnung der KVS-Beiträge in den Niederlanden gegenüber seinem dortigen Krankenversicherungsträger oder dem Belastingdienst geltend machen, da hierfür ein Rechtsweg zu den deutschen Gerichten schon nach der Natur der Sache nicht eröffnet sein könne. Die Beklagte habe im Klageverfahren auch offengelegt, welche Daten ihr von dem niederländischen Belastungsdienst übermittelt wurden. Sie sei nach Auffassung der Kammer nicht gehalten, eigenmächtig und somit quasi willkürlich andere Daten zugrunde zu legen.

Nach [§ 106 Abs. 1 Satz 1 SGB VI](#) erhielten Rentenbezieher, die freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung oder bei einem Krankenversicherungsunternehmen, welches der deutschen Aufsicht unterliege, versichert seien, zu ihrer Rente einen Zuschuss zu den Aufwendungen für die Krankenversicherung. Nach Satz 2 dieser Vorschrift gelte dies nicht, wenn sie gleichzeitig in einer in- oder ausländischen gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert seien. Der Kläger sei jedoch in einer ausländischen gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert.

Wie das BSG in seinem Urteil vom 27. Mai 2014 ([B 5 RE 6/14 R](#)) im Hinblick auf das schweizerische Krankenversicherungssystem entschieden habe, seien Krankenversicherungsunternehmen im Sinne des [§ 106 SGB VI](#) alle (deutschen oder ausländischen) Versicherungsunternehmen, die eine Krankenversicherung durchführten und nicht Träger der deutschen GKV seien, mögen sie im Übrigen privat oder öffentlich-rechtlich organisiert sein. In dieser Definition erschöpfe sich die Bedeutung des Begriffs Krankenversicherungsunternehmen. Das BSG habe die in der Schweiz geltende obligatorische Krankenpflichtversicherung (OKPV), die von privaten Versicherungsunternehmen durchgeführt werde, als gesetzliche Krankenversicherung beurteilt. Die vom BSG hierbei angelegten Maßstäbe würden sich zur Überzeugung der Kammer auf das neue niederländische Krankenversicherungssystem übertragen lassen:

Seit der Reform des niederländischen Krankenversicherungssystems zum 01. Januar 2006 sei jede in den Niederlanden wohnende Person zum Abschluss eines Krankenversicherungsvertrages verpflichtet. Zuvor habe nach dem damals geltenden Krankenkassengesetz (ZfW) eine gesetzliche Versicherung lediglich für Beschäftigte und Leistungsberechtigte mit Einkommen unterhalb einer bestimmten Grenze gegolten. Das habe etwa 63 % der Bevölkerung betroffen. Jeder in den Niederlanden tätige Krankenversicherungsträger sei nunmehr verpflichtet, Personen zu akzeptieren, die eine Krankenversicherung bei ihm begehren. Die Berechnung der Beiträge erfolge auf der Grundlage einer vom Unternehmen festzusetzenden Nominalprämie, die für alle Versicherten in gleicher Höhe anfalle. Daneben seien Versicherte zur Zahlung einer anteiligen Prämie verpflichtet, die sich nach dem Einkommen richte. Diese einkommensabhängige Prämie werde von der Steuerverwaltung erhoben auf der Grundlage der dort eingehenden Steuerdaten.

Seit der Krankenversicherungsreform bestehe somit eine umfassende Versicherungspflicht für alle in den Niederlanden lebenden Personen. Der von den dortigen Krankenversicherungsunternehmen - unabhängig von ihrer rechtlichen Organisationsform - geleistete Versicherungsschutz gegen das Versicherungsrisiko der Krankheit entspreche im Wesentlichen und den Grundzügen nach dem Versicherungsschutz, den auch ein in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) Versicherter erhalte. Unerheblich sei hierbei, dass neben dem Basisschutz ein umfassendes System privater Zusatzversicherungen bzw. Zusatzleistungen bestehe. Ein solches System bestehe in Deutschland ebenfalls und ändere nichts daran, dass der gesetzliche Krankenversicherungsschutz die Hauptrisiken von Krankheitsfällen umfassend abdecke. Allein die Existenz eines umfangreichen Spektrums an Zusatzleistungen könne somit nichts an der Einordnung ändern, dass auch in den Niederlanden das Hauptversicherungsrisiko auf gesetzlicher Basis und als Pflichtversicherung abgedeckt werde.

Die Kammer folge hingegen nicht der vom Versicherten angeführten Entscheidung des LSG Berlin-Brandenburg vom 06. September 2012 ([L 22 R 543/10](#)). Nach Auffassung der Kammer sei an dieser Rechtsprechung seit der genannten Entscheidung des BSG nicht mehr festzuhalten. Es komme mithin nicht darauf an, welche konkrete Organisationsform das vom Versicherten gewählte Versicherungsunternehmen habe.

Gegen das ihm vor dem 17. Januar 2017 per Einschreiben zugestellte Urteil hat sich der nunmehr anwaltlich vertretene Versicherte mit seiner am 14. März 2017 beim LSG Berlin-Brandenburg eingelegten Berufung gerichtet. Nachdem der Versicherte 2021 verstorben ist, hat die Klägerin das Verfahren unter Vorlage der Sterbeurkunde als dessen Sonderrechtsnachfolgerin fortgesetzt und eine höhere Zulage zu den Beiträgen des Versicherten zur niederländischen KVS für die Jahre 2011 bis 2013 begehrt. Die Klägerin hat zur Stützung ihres Begehrens einen Ausdruck über die niederländischen Beitragssätze zur Krankenversicherung für die Jahre 2006 bis 2015, die Police 2011 der CZ vom 30. Oktober 2010 nebst Erstattungsübersichten 2018 für die einzelnen Tarifarten (Natura Polis, 50+ und Tandarts), die (Steuer)Bescheide

des Belastingdienst vom 26. April 2013 und 07. August 2013 (für 2011), vom 19. Dezember 2014 (für 2012) und vom 04. Februar 2015 (für 2013), eine Auskunft des Belastingdienst Kantoor E vom 26. Januar 2018 sowie Kopien des Besluit zorganspraak AWBZ (Erlasse Pflegeansprüche AWBZ) betreffend den Leistungskatalog ab Januar 2010 sowie des Wijzigingen Besluit zorganspraak AWBZ (Änderungen des Erlasses Pflegeansprüche AWBZ) betreffend die ab Januar 2011 geltenden Änderungen im Leistungskatalog der AWBZ (Informationsschreiben des CVZ - College voor zorgverzekeringen) vom 23. Dezember 2010) zur Gerichtsakte gereicht.

Nachdem die Beklagte in der mündlichen Verhandlung des Senats zur Begrenzung des Streitgegenstandes der Klägerin zugesichert hat, unter Außerachtlassung der Frist nach [§ 44 Abs. 4 SGB X](#) sowie der Verjährungsfrist die Zulagen für die Rentenbezugszeiten des Versicherten ab Januar 2012 entsprechend dem rechtskräftigen Ausgang des Streitverfahrens neu festzustellen, hat die Klägerin erklärt, das Klagebegehren im Berufungsverfahren auf die Gewährung einer höheren Zulage für das Rentenbezugsjahr 2011 zu beschränken.

Zur Begründung der Berufung führt die Klägerin aus, entgegen der von SG vertretenen Ansicht handele es sich seit dem Januar 2006 in den Niederlanden nicht mehr um eine gesetzliche Krankenversicherung, da die Krankenversicherung nunmehr von privatrechtlich organisierten Unternehmen – wie die CZ - durchgeführt werde. Demzufolge könne das Urteil des EuGH vom 06. Juli 2000 in der Rechtssache [C-73/99 „Movrin“](#) keine Anwendung finden. Das neue Krankenversicherungssystem besitze privaten Charakter, ergänzt um öffentliche Rahmenbedingungen. So lege der Staat (lediglich) fest, dass für jeden Einwohner der Niederlande eine Krankenversicherungspflicht gelte. Die Krankenversicherungen würden ausschließlich von Krankenversicherungsträgern durchgeführt, die auf privatrechtlicher Grundlage organisiert seien. Daran ändere auch die Art der Finanzierung dieser Krankenversicherung nichts. Unschädlich für eine Anwendung von [§ 106 SGB VI](#) sei, dass das Krankenversicherungsunternehmen nicht der deutschen Aufsicht unterliege. [§ 106 Abs. 1 S. 1 SGB VI](#) unterscheide zum einen zwischen dem Träger der Krankenversicherung. Dementsprechend bestimmten sich die Rechtsbeziehungen eines bei einem Krankenversicherungsunternehmen versicherten Rentenbeziehers nach dem privaten Recht – dem Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) in Verbindung mit dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG) und die Rechtsbeziehungen eines in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versicherten Rentenbeziehers nach öffentlichem Recht – dem SGB V -. Diese Unterscheidung gelte ungeachtet dessen, dass seit dem 01. Januar 2009 nach [§ 193 Abs. 2 S. 1 VVG](#) jede Person mit Wohnsitz im Inland verpflichtet sei, bei einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen für sich selbst oder für die von ihr gesetzlich vertretenen Personen, eine Krankheitskostenversicherung, die mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung umfasse, abzuschließen und aufrecht zu erhalten, also eine gesetzliche Verpflichtung zur Krankenversicherung bestehe. Diese Pflicht bestehe nach [§ 193 Abs. 3 S. 2 VVG](#) u.a. nicht für Personen, die in der GKV versichert oder versicherungspflichtig seien. Diese Pflicht nach [§ 193 Abs. 3 S. 1 VVG](#) erfüllten Versicherungsunternehmen mit Sitz im Inland, wenn sie einen branchenweit einheitlichen Basistarif anböten, dessen Vertragsleistungen Art, Umfang und Höhe der Leistung nach dem dritten Kapitel des SGB V, auf die ein Anspruch bestehe, jedenfalls vergleichbar seien (§ 12 Abs. 1a Versicherungsaufsichtsgesetz - VAG). Zum anderen unterscheide [§ 106 Abs. 1 S. 1](#) und 2 SGB VI zwischen in der GKV freiwillig und in der GKV pflichtversicherten Rentenbeziehern. Letztere könnten einen Zuschuss nach [§ 106 Abs. 1 S. 1 SGB VI](#) nicht beanspruchen, sondern hätten einen Anspruch auf hälftige Beitragstragung nach [§ 249a SGB V](#). Die vom BSG zur schweizerischen Krankenversicherung ergangene Rechtsprechung könne nicht auf die Niederlande übertragen werden. Das niederländische System erfülle nicht alle vom BSG in seinen Urteilen zur schweizerischen Krankenversicherung entwickelten Kriterien. Die niederländische Krankenversicherung sei nicht bis in alle Einzelheiten gesetzlich geregelt. Hier hätten die Versicherten deutlich mehr Wahlmöglichkeiten als vor der Reform. So könne die Krankenversicherung ihren Versicherten unterschiedliche Tarife anbieten. Insoweit setzten die Versicherungen die Höhe der einkommensunabhängigen Beitragskomponenten fest. Hinsichtlich des an sich standardisierten Leistungskatalogs hätten die Versicherten die Wahl, auf welche Art und Weise sie Zugang zu diesen Leistungen bekämen, d. h. sie hätten die Wahl zwischen Sachleistungsprinzip und Kostenerstattung. Von daher sei ausgehend vom deutschen Beitragssatz von 14,6 % eine Zulage von 7,3 % auf die deutsche Rente zu zahlen.

Aber selbst wenn man nur einen Anspruch auf Zulage nach [§ 249a SGB V](#) bejahen würde, wäre diese Zulage in gleicher Höhe festzusetzen. Die vom niederländischen Belastingdienst an die Beklagte übermittelten Beiträge seien unrichtig berechnet. Dies liege daran, dass der Belastingdienst die in den Steuerbescheiden berücksichtigte „Heffingskorting“ (Steuerermäßigung) in unzulässiger Weise in voller Höhe berücksichtige. Die Steuerermäßigung könne sich nur auf die auf das niederländische Einkommen berechneten Steuern und Beiträge beziehen. Jedenfalls sei sie vorrangig hierauf anzurechnen. Nach ihrer Kenntnis sei auf den AWBZ-Beitrag von der Heffingskorting allenfalls ein (anteilmäßiger) Betrag i.H.v. 26,4 % in Abzug zu bringen. Danach würden sich höhere Beiträge ergeben, die der Versicherte in den Niederlanden für seine Krankenversicherung zu zahlen hatte und die bei der Berechnung nach [§ 249a SGB V](#) zu berücksichtigen seien. Eine Anfechtung der rein verwaltungsintern erfolgenden Beitragsmitteilung durch den Belastingdienst an die Beklagte sei dem Versicherten in den Niederlanden nicht möglich gewesen. Die Beklagte sei auch nicht in analoger Anwendung der vom BSG entwickelten Kriterien zur Bindung der Rentenversicherung an die Meldung von Versicherungszeiten ausländischer Behörden an die vom Belastingdienst übermittelten Daten gebunden. Nur bezüglich der Meldung von Versicherungszeiten bestehe eine ausdrückliche Regelung in der VO (EWG) Nr. 1408/71. Zudem verbleibe es bei der Zuständigkeit der deutschen Rentenversicherung für die Prüfung, ob die Voraussetzungen des deutschen Sozialversicherungsrechts erfüllt seien. Die in den Niederlanden im Hinblick auf das Zvw und das AWBZ zu zahlenden Krankenversicherungsbeiträge würden durch den Belastingdienst einmal im „Aanslag inkomensafhankelijke bijdragen zorgverzekeringwet“ und einmal im „Aanslag inkomstenbelasting premie volksverzekeringen“ festgesetzt. Den Bescheiden des Belastingdienst lägen jedoch keine konkreten Berechnungsbögen oder Erläuterungen zur Berechnung der Steuern und Sozialversicherungsbeiträge bei. Der Belastingdienst habe als aus der deutschen Rente berechnete Beiträge im Jahr 2011 einen Zvw-Beitrag von 821 € und einen AWBZ-Beitrag von 1.821 € mitgeteilt. Anders als in der von der Beklagten eingeholten Auskunft habe der Belastingdienst E hierbei jedoch den Beitragsnachlass (Heffingskorting) nicht berücksichtigt, sondern anteilig aus 1.821 € einen auf die deutsche Rente entfallenden Beitrag von 1.615,96 € (tatsächlich: 1.637 €) ermittelt. Die Beklagte habe daher für 2011 insgesamt 2.436,96 €, d. h. 203,08 € pro Monat zu berücksichtigen. Dieser Betrag liege über den in 2011 geltenden deutschen Beitragssätzen von 176 € bzw. ab Juli 2011 177,75 € monatlich, sodass dem Versicherten für das erste Halbjahr 2011 eine Zulage von 88 € und für die zweite Jahreshälfte eine Zulage von 88,88 € monatlich hätte gezahlt werden müssen. Der vom Belastingdienst B der Beklagten mitgeteilte Betrag von 1.258 € für 2011 sei unrichtig.

Bei der Berechnung der Zulage sei auch die Nominalprämie, die der Versicherte unmittelbar an die CZ gezahlt habe, zu berücksichtigen. Zwar werde dieser Beitrag nicht einkommensabhängig berechnet, sondern sei für jeden Bürger gleich hoch. Über einen sogenannten „Zorgtoeslag“, der einkommensabhängig berechnet werde, könne man jedoch eine Ermäßigung dieses Beitrags erreichen. [§ 249a SGB V](#) sei insoweit verfassungs- und europarechtskonform auszulegen. Wenn in [§ 249a SGB V](#) die Rede davon sei, dass der Träger der

Rentenversicherung die Hälfte der nach der Rente zu bemessenden Beiträge nach dem allgemeinen Beitragssatz trage, so würden Pflichtversicherte und Versicherte im EU-Ausland im Vergleich zu privat Krankenversicherten und Versicherten mit Wohnsitz in Deutschland benachteiligt. Privatversicherte erhielten gemäß [§ 106 Abs. 3 S. 2 SGB VI](#) maximal die Hälfte der tatsächlichen Aufwendungen für die Krankenversicherung als monatlichen Zuschuss. Hier erfolge keine Begrenzung auf die nach der Rente zu bemessenden Beiträge. Aus ihrer Sicht liege daher ein Verstoß gegen [Art. 3 Grundgesetz \(GG\)](#) bzw. gegen die europarechtliche Niederlassungs- bzw. Dienstleistungsfreiheit vor. Diese Bedenken seien auch bereits durch das BSG in dem Urteil vom 27. Mai 2014 ([B 5 RE 6/14 R](#)) in der Rn. 59 geäußert worden. Das BSG habe dies jedoch nicht zu entscheiden gehabt, da [§ 249a SGB V](#) nicht Streitgegenstand gewesen sei. Es werde daher angeregt, dem EuGH die Frage vorzulegen, ob ein Verstoß gegen die Niederlassungs- und Dienstleistungsfreiheit darin zu sehen sei, dass in [§ 249a SGB V](#) auch für Rentenbezieher mit Wohnsitz in den Niederlanden, die dort krankenversichert seien, bei der die Zulage zu den KVS-Beiträgen nur die nach der deutschen Rente zu bemessenden Beiträge berücksichtigt werden.

Unter Bezugnahme auf die vorgelegten Unterlagen (Besluit zorganspraaken AWBZ und Wijzigingen Besluit zorganspraaken AWBZ) trägt die Klägerin vor, bei dem AWBZ handele es sich nicht um eine reine Pflegeversicherung. Die Leistungen nach dem AWBZ gingen über den Umfang der deutschen Pflegeversicherung weit hinaus und dienten der Absicherung gegen besonders schwere gesundheitliche Risiken. Erfasst würden auch Verletzungen und Unfälle, zumal die Niederlande nicht über eine gesetzliche Unfallversicherung verfüge. Insbesondere die in Art. 2 Nr. 1 Buchst. d), e), g), h), i), j), k) und l) des Besluit zorganspraaken AWBZ genannten Leistungen würden in Deutschland im Leistungskatalog der Krankenkassen aufgeführt.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 19. Dezember 2016 sowie den Bescheid der Beklagten vom 25. Oktober 2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 16. Februar 2015 abzuändern und die Beklagte zu verurteilen, der Klägerin als Sonderrechtsnachfolgerin des Versicherten A L gemäß [§ 249a SGB V](#) bzw. gemäß [§ 106 SGB VI](#) für das Jahr 2011 einen höheren Beitragszuschuss zur niederländischen Krankenversicherung, begrenzt auf den bei Wohnsitz in Deutschland jeweils vom Rentenversicherungsträger zu tragenden Anteil an dem aus der deutschen Altersrente bemessenen Beitrag zur Krankenversicherung der Rentner, zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die Entscheidung des SG für zutreffend. Hinsichtlich der Ermittlung der Zw-/AWBZ-Beiträge aus der deutschen Rente verweist sie auf die von ihr bei der niederländischen Steuerverwaltung, dem Belastingdienst B (Frau van de V, die offiziellen Ansprechpartnerin für die deutschen Rentenversicherungsträger) per E-Mail eingeholten Auskünfte vom 14. Dezember 2017, vom 14. März 2018 und vom 31. Juli 2024, die sie wie auch die Rentenbescheide vom 17. Januar 2013 und 25. Februar 2013 zur Akte gereicht hat. Wie die Ermittlung des AWBZ-Beitrages durch den Belastingdienst B zeige, könne nicht einfach auf die für das jeweilige Beitragsjahr maßgebenden Beitragssätze zurückgegriffen werden, sondern bedürfe es der konkreten Übermittlung durch den Belastingdienst. Die vom Gericht aufgeworfenen Fragen bezüglich der (anteiligen bzw. rechtlichen) Zuordnung der Heffingskortingen zu den AWBZ-Beiträgen zeige, dass es dem Rentenversicherungsträger anhand der Steuerbescheide nicht möglich sei, den aus der deutsche Rente berechneten und tatsächlich zu zahlenden AWBZ-Beitrag festzustellen. Dies lasse sich letztlich nur durch Auslegung des niederländischen Steuer- und Beitragsrechts bestimmen, wofür sie nicht zuständig sei. Für sie sei auch nicht erkennbar, woraus sich eine Verpflichtung gegenüber dem Versicherten ergeben solle, diesem darzustellen, wie der für die Bestimmung der Zulage nach [§ 249a SGB V](#) maßgebliche Beitrag zur niederländischen KVS, der allein nach niederländischem Recht durch die zuständige niederländische Einzugsstelle festgestellt werde, im Einzelnen berechnet werde. [§ 255 SGB V](#) sei hier nicht einschlägig.

Die Rechtsgrundlage für das Datenübermittlungsverfahren finde sich in Art. 76 VO (EG) Nr. 883/2004. Sowohl der Belastingdienst als auch die beteiligten deutschen Rentenversicherungsträger seien Träger im Sinne von Art. 1 Buchst. p VO (EG) Nr. 883/2004. Zwar seien die Träger nicht mehr in der VO (EG) Nr. 883/2004 oder VO (EG) Nr. 987/2009 selbst genannt. Der Belastingdienst werde aber in dem Verzeichnis der Träger in der EESSI-Zugangsschnittstelle für Sachbearbeiter und auch in der EESSI-Zugangsschnittstelle für die Öffentlichkeit als Verbindungsstelle genannt. Art. 76 Abs. 3 VO (EG) Nr. 883/2004 ermögliche es den Trägern direkt die erforderlichen Angaben auszutauschen. Hiervon hätten der Belastingdienst und die auf der deutschen Seite für die Niederlande zuständigen Verbindungsstellen (DRV Bund, DRV Knappschaft-Bahn-See und DRV Westfalen) zur Verfahrenserleichterung Gebrauch gemacht, zumal ca. 70.000 Renten der DRV in die Niederlande gezahlt würden. Dieses Verfahren werde den Berechtigten bereits im Antrag auf eine Zulage zu den von der deutschen Rente zu zahlenden Beiträgen zur niederländischen KVS erläutert. Da sich wegen des am 01. Januar 2006 in Kraft getretenen Zw auch Änderungen im Verfahren zur Zahlung der Zulage ergeben hätten, sei der Versicherte - wie alle anderen - hierauf durch ein entsprechendes Informationsschreiben der Verbindungsstelle des niederländischen Rentenversicherungsträgers (SVB) aus dem Jahr 2005 hingewiesen worden. Bis 2010 sei der für die Zulagenfeststellung erforderliche Datenaustausch noch über die SVB erfolgt.

Der Belastingdienst B hat in den der Beklagten auf gerichtliche Nachfrage erteilten Auskünften vom 14. Dezember 2017, 14. März 2018 und zuletzt vom 31. Juli 2024 die von ihm vorgenommene Ermittlung der aus der deutschen Rente für 2011, 2012 und 2013 zu zahlenden Zw-/AWBZ-Beiträge erläutert. Er hat mitgeteilt, dass vom Versicherten für 2011 ein Einkommen von 16.381 € (14.537 € deutsche Rente und 1.844 € AOW-Rente), für 2012 ein Einkommen von 16.635 € (14.768 € deutsche Rente und 1.867 € AOW-Rente) und für 2013 ein Einkommen von 19.422 € (14.946 € deutsche Rente, Zulagen zur deutschen Rente von 2.680 € sowie 1.795 € AOW-Rente) gemeldet worden sei. Hiervon seien zunächst die Selbstnutzerpauschale für die eigene Wohnung (Eigen woning) von 1.304 € (2011) und 72 € (2012) sowie für Spenden (Giften) von 91 € (2011) in Abzug gebracht worden, so dass sich ein zu versteuerndes und zu verbeitragendes Gesamteinkommen von 14.986 € im Jahr 2011, 16.563 € im Jahr 2012 und 19.422 € im Jahr 2013 ergeben habe. Die niederländische Steuergesetzgebung sehe

bei der Anwendung von Freibeträgen auf die einzelnen Einkommensbestandteile keine Rangfolge vor. Dies solle eine gleichmäßige Verteilung der Freibeträge auf alle Einkommensbestandteile gewährleisten. Aus dem bereinigten Gesamteinkommen sei zunächst die Einkommensteuer berechnet worden: 277 € für 2011 (Steuersatz 1,85 %), 322 € für 2012 (Steuersatz 1,95 %) und 1.136 € für 2013 (Steuersatz 5,85 %); davon seien dann die Einkommensteuergutschriften (Allgemeine Heffingskorting und Ouderenkorting) von 202 € (2011), 218 € (2012) und 634 € (2013) abgezogen worden. Auf die verbleibende Einkommensteuerschuld von 75 € (2011), 104 € (2012) und 502 € (2013) seien noch die Ansprüche des Versicherten auf einen anderweitig versteuerten Abzug für die deutsche Rente (Aftrek elders belast inkomen/voor de Duitse Rente) in Höhe von 269 € (2011), 288 € (2012) und 1.031 € (2013) angerechnet worden, so dass im Ergebnis in den Jahren 2011 bis 2013 keine Einkommensteuer vom Versicherten zu zahlen gewesen sei. Die hierbei nicht verbrauchten Abzüge von 194 € (2011), 184 € (2012) und 529 € (2013) seien dann auf den jeweiligen Gesamtbetrag der Sozialversicherungsabgaben (AWBZ und ANW) angerechnet worden. Die Sozialversicherungsabgaben seien wie folgt ermittelt worden: Als AWBZ-Beitrag hätte sich zunächst ein Betrag von 1.820 € (12,15% aus 14.986 €) für 2011, 2.012 € für 2012 (12,15% aus 16.563 €) und 2.465 € für 2013 (12,65 % von 19.422 €) sowie im Jahr 2011 zusätzlich noch ein ANW-Beitrag von 165 € (1,10 % von 14.986 €) ergeben. Von der Gesamtsumme seien jeweils die Steuergutschriften für Sozialversicherungsabgaben (Allgemeine Heffingskorting und Ouderenkorting) in Höhe von 1.447 € (2011), 1.357 € (2012) sowie 1.369 € (2013) abgezogen worden und sodann die nicht verbrauchten Abzüge von 194 € (2011), 184 € (2012) und 529 € (2013) angerechnet worden, sodass letztlich nur Sozialversicherungsbeiträge in Höhe von 344 € (315 € AWBZ und 29 € ANW) für 2011, 471 € (AWBZ) für 2012 und 558 € (AWBZ) für 2013 festgesetzt worden seien.

Die zusätzliche Senkung der Sozialversicherungsabgaben aufgrund des anderweitig versteuerten Abzugs (Aftrek elders belast inkomen) sei bei der Zuordnung der AWBZ-Prämie zur deutschen Rente nicht berücksichtigt worden. Dies würde das Berechnungsmodul des Belastingdienst für die Zurechnung des AWBZ-Beitrags zur deutschen Rente äußerst kompliziert machen und zu mehr manuellen Berechnungen führen. Zudem wirke sich dies nur zugunsten des Versicherten aus. Die Zuordnung der fälligen AWBZ-Prämie erfolge durch einen Bruchteil, wobei der Zähler die Höhe der deutschen Rente und der Nenner des Bruchteils das Gesamteinkommen ohne Kürzung aufgrund der Selbstnutzerpauschale für die eigene Wohnung oder der Spenden sei. Dies erfolge, weil die Wet IB 2001 und die Wet financiering socialverzekering keine Prioritätsregeln für die Zuordnung dieser Kürzungen zu den verschiedenen Einkommenskomponenten hätten. Die Ermäßigungen wirkten sich zwar auf die erhobenen Sozialversicherungsbeiträge aus, aber die Verteilung der erhobenen (aber nicht anderweitig besteuerten) Beiträge erfolge proportional zu dem oben genannten Bruchteil. Danach werde für 2011 von einem AWBZ-Betrag von 493 € (1.820 € abzüglich anteiliger Allgemeine Heffingskorting/Ouderenkorting von 1.327 €) ausgegangen.

Der Bruch mit der Zuordnung der AWBZ-Prämie zu der deutschen Rente stelle sich für 2011 wie folgt dar: $14.537 \text{ €} / 16.381 \text{ €} (\text{AOW- und deutsche Rente}) \times 493 \text{ €} = 437 \text{ €}$. Unter Berücksichtigung des Zwv-Beitrages von 821 € habe sich der an die Beklagte gemeldete Betrag von 1.258 € für 2011 ergeben.

Für 2012 sei ausgehend von einem AWBZ-Beitrag von 655 € (2.012 € abzüglich Allgemeine Heffingskorting/Ouderenkorting von 1.357 €) die Zuordnung zur deutschen Rente wie folgt geschehen: $14.768 \text{ €} / 16.563 \text{ €} (\text{AOW- und deutsche Rente}) \times 655 \text{ €} = 584 \text{ €}$. Unter Berücksichtigung des Zwv-Beitrages von 738 € habe sich der an die Beklagte gemeldete Betrag von 1.319 € für 2012 ergeben.

Für 2013 sei ausgehend von einem AWBZ-Beitrag von 1.087 € (2.456 € abzüglich Allgemeine Heffingskorting/Ouderenkorting von 1.369 €) die Zuordnung zur deutschen Rente wie folgt geschehen: $14.946 \text{ €} / 19.422 \text{ €} (\text{AOW- und deutsche Rente plus Zulage}) \times 1.087 \text{ €} = 836 \text{ €}$. Der Zwv-Beitrag sei aus der deutschen Rente und der Zulage mit einem Gesamtbetrag von 995 € ermittelt worden. Auf die deutsche Rente entfalle ein anteiliger Zwv-Beitrag von 843 € ($14.946 \text{ €} / 17.627 \text{ €} \times 995 \text{ €}$) und damit ein Gesamtbeitrag für AWBZ und Zwv von 1.679 € für 2013. Der an die Beklagte gemeldete höhere Gesamtbetrag von 1.682 € beruhe auf Rundungsdifferenzen.

Die vom Versicherten vorgelegte Auskunft des Belastingdienst E enthalte Rechenfehler und sei bezüglich der abgeführten AWBZ-Beiträge unvollständig, da der Gesamtfreibetrag (Heffingskorting) nicht berücksichtigt worden sei.

Mit Schreiben vom 23. Februar 2023 und 01. August 2024, auf die Bezug genommen wird, hat die Vorsitzende des Senats rechtliche Hinweise zur Frage des Streitgegenstandes im Hinblick auf [§§ 86, 96 SGG](#) und des Regelungsinhaltes der angefochtenen Bescheide sowie des Bescheides vom 30. September 2015 erteilt und auf Widersprüche in den Auskünften des Belastingdienst B zu den von der Klägerin vorgelegten (Steuer)Bescheiden des Belastingdienst hingewiesen worden. Zudem sind rechtliche Bedenken bzgl. der Berücksichtigung der AWBZ-Beiträge bei Bestimmung der Zulage nach [§ 249a SGB V](#) im Hinblick auf den Umstand, dass in Deutschland eine Tragung der Beiträge zur gesetzlichen Pflegeversicherung durch den Rentenversicherungsträger nicht vorgesehen sei, geäußert worden.

Wegen der Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakte und der beigezogenen Verwaltungsakte der Beklagten (2 Bände), die Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des SG Berlin vom 19. Dezember 2016 ist zulässig und statthaft (dazu A.), jedoch unbegründet (dazu B.)

A. Die formgerecht und innerhalb der bei Auslandszustellungen geltenden 3-

monatigen Beruungsfrist (§§ 151, 153 Abs. 1 SGG i.V.m. § 87 Abs. 1 S. 2 SGG) eingelegte Berufung ist zulässig, insbesondere ist sie statthaft (§ 143 SGG).

I. Die Klägerin ist als Sonderrechtsnachfolgerin im Sinne von § 56 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) befugt, das Streitverfahren des Versicherten nach dessen Tod fortzuführen. Nach § 56 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 SGB I stehen fällige Ansprüche auf laufende Geldleistungen beim Tode des Berechtigten nacheinander 1. dem Ehegatten, 1a. dem Lebenspartner, 2. den Kindern, 3. den Eltern, 4. dem Haushaltsführer zu, wenn diese mit dem Berechtigten zur Zeit seines Todes in einem gemeinsamen Haushalt gelebt haben oder von ihm wesentlich unterhalten worden sind. Ausweislich der vorgelegten Sterbeurkunde war die Klägerin mit dem Versicherten verheiratet und lebte zum Zeitpunkt seines Todes am 10. Dezember 2021 mit ihm in einem Haushalt. Gegenstand des Rechtsstreites ist ein Anspruch auf Zulage zu den von ihm gezahlten Beiträgen der niederländischen KVS bei Bezug einer Altersrente aus der deutschen gesetzlichen Rentenversicherung, mithin ein Anspruch auf Geldleistungen.

II. Die Berufung bedurfte auch nicht der Zulassung (§§ 143, 144 SGG). Für die Frage, ob die Berufung ohne Zulassung statthaft ist, kommt es auf den Wert des Beschwerdegegenstandes an, der danach zu bestimmen ist, was das SG dem Rechtsmittelkläger versagt hat und was von diesem mit seinen Berufungsanträgen weiterverfolgt wird (vgl. Keller in: Meyer-Ladewig/Keller/Schmidt, SGG Kommentar, 14. Aufl. 2023, § 144 Rn. 14 m. w. N.). Maßgebender Zeitpunkt für die Wertbestimmung ist nach § 202 SGG i.V.m. § 4 Abs. 1 S. 1 Zivilprozessordnung (ZPO) der Zeitpunkt der Einlegung der Berufung (vgl. BSG, Beschluss vom 08. Mai 2019 – B 14 AS 86/18 B –, Rn. 3, und Urteil vom 17. November 2005 – B 11a/11 AL 57/04 R –, Rn. 14, jeweils in juris). Vorliegend hatte der Versicherte bereits mit seinem Widerspruch gegen den Bescheid vom 25. Oktober 2013 die Festsetzung bzw. die Höhe der Zulage zu den Beiträgen zur niederländischen KVS für die Zeit vom „01.01.2011 bis 31.10.2013“ gerügt und sein Begehren erstinstanzlich mit der kombinierten Anfechtungs- und Leistungsklage (§ 54 Abs. 1 und 4 SGG), gerichtet auf die Änderung des Bescheides vom 25. Oktober 2013 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 16. Februar 2015 und die Verurteilung der Beklagten zur Zahlung eines höheren Zuschusses zur niederländischen KVS bis zu maximal 7,3 % seines deutschen Altersrentenbetrages fortlaufend ab Januar 2011, weiterverfolgt. Über das so verstandene Klagebegehren hat das SG mit Urteil vom 19. Dezember 2016 durch Klageabweisung entschieden. Mit seiner hiergegen am 17. Januar 2017 fristgerecht eingelegten Berufung hat der Versicherte sein erstinstanzliches Begehren weiterverfolgt und somit höhere Leistungen für mehr als ein Jahr geltend gemacht, so dass die Berufung nach § 144 Abs. 1 S. 2 SGG keiner Zulassung bedurfte.

III. Gegenstand des Berufungsverfahrens im Sinne von § 157 SGG i.V.m. § 95 SGG ist, nachdem die Klägerin in der mündlichen Verhandlung des Senats das Leistungsbegehren zeitlich beschränkt hat, nur noch der Bescheid vom 25. Oktober 2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 16. Februar 2015 soweit darin die Gewährung einer höheren Zulage zu den vom Versicherten zur niederländischen KVS gezahlten Beiträgen für das Rentenbezugsjahr 2011 abgelehnt worden ist. Die Klägerin verfolgt als Rechtsnachfolgerin des Versicherten mit der kombinierten Anfechtungs- und Leistungsklage (§ 54 Abs. 1 und 4 SGG) nur noch dessen Klagebegehren, gerichtet auf die Änderung des Bescheides vom 25. Oktober 2013 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 16. Februar 2015 und die Verurteilung der Beklagten zur Zahlung eines höheren Zuschusses zu den Beiträgen zur niederländischen KVS des Versicherten gemäß § 106 SGB VI bzw. gemäß § 249a SGB V für das Jahr 2011 bis zu maximal 7,3 % des deutschen Altersrentenbetrages, weiter.

B. Die Berufung ist jedoch unbegründet. Zu Recht hat das SG die Klage abgewiesen, denn der Bescheid der Beklagten vom 25. Oktober 2013 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 16. Februar 2015 erweist sich als rechtmäßig. Der Versicherte hatte keinen Anspruch auf Gewährung einer höheren Zulage zu den von ihm im Jahr 2011 zu tragenden Beiträgen zur niederländischen KVS gemäß (entsprechend) § 106 SGB VI bzw. § 249a SGB V.

Da es hier um die Gewährung eines Zuschusses zu den in den Niederlanden erhobenen Beiträgen zur Krankenversicherung geht, ist neben dem innerstaatlichen Recht der europarechtliche Rahmen zu beachten, der bis zu ihrem Außerkrafttreten am 30. April 2010 durch die VO (EWG) Nr. 1408/71 gebildet wurde bzw. ab dem 01. Mai 2010 durch die VO (EG) Nr. 883/2004 i.V.m. der VO (EG) Nr. 987/2009 gebildet wird. Danach finden § 106 SGB VI bzw. § 249a SGB V wegen der europarechtlichen Überformung durch die VO (EWG) Nr. 1408/71 bzw. VO (EG) Nr. 883/2004 i.V.m. der VO (EG) Nr. 987/2009 (entsprechend) Anwendung, unbeschadet des Umstandes, dass der Versicherte im streitigen Zeitraum nicht in Deutschland krankenversichert war (vgl. BSG, Urteile vom 27. Mai 2014 – B 5 RE 6/14 R –, Rn. 31 ff., und - B 5 RE 8/14 R –, Rn. 38 ff.; LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 27. April 2022 – L 5 R 1399/21 –, Rn. 21; LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 16. Januar 2019 – L 6 R 36/17 –, Rn. 27, 34; jeweils in juris). So hat der Europäische Gerichtshof (EuGH) bereits in seinem Urteil vom 06. Juli 2000 (C-73/99, „Movrin“, juris) entschieden, dass nach Art. 10 Abs. 1 der VO (EWG) Nr. 1408/71 die Geldleistungen im Alter, auf die nach den Rechtsvorschriften eines oder mehrerer Mitgliedstaaten ein Anspruch besteht, nicht deshalb gekürzt, geändert, zum Ruhen gebracht, entzogen oder beschlagnahmt werden dürfen, weil der Berechtigte in dem Gebiet eines anderen Mitgliedstaates als des Staates wohnt, in dessen Gebiet der zur Zahlung verpflichtete Träger seinen Sitz hat. Daher können weder die Entstehung noch die Aufrechterhaltung des Anspruchs auf die in dieser Bestimmung genannten Leistungen allein deshalb verneint werden, weil der Betroffene nicht im Gebiet des Mitgliedstaates wohnt, in dem der zur Zahlung verpflichtete Träger seinen Sitz hat. Zu den Geldleistungen bei Alter im Sinne der Art. 1 Buchst. t und Art. 10 Abs. 1 VO (EWG) Nr. 1408/71 zähle auch ein im Recht eines Mitgliedstaates vorgesehener Zuschuss zu den Aufwendungen zur Krankenversicherung. Nichts anderes gilt für die, den zuvor genannten Vorschriften entsprechenden, in der VO (EG) Nr. 883/2004 in Art. 1 Buchst. w und Art. 7 getroffenen Nachfolgeregelungen.

I. Der Versicherte hatte für den streitigen Zeitraum keinen Anspruch auf Gewährung eines Zuschusses nach § 106 SGB VI.

Nach [§ 106 Abs. 1 S. 1 SGB VI](#) erhalten Rentenbezieher, die freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung oder bei einem Krankenversicherungsunternehmen, das der deutschen Aufsicht unterliegt, versichert sind, zu ihrer Rente einen Zuschuss zu den Aufwendungen für die Krankenversicherung. Nach [§ 106 Abs. 1 S. 2 SGB VI](#) in der ab dem 01. Januar 2009 geltenden Fassung des Art. 1 Nr. 33 des Gesetzes zur Anpassung der Regelaltersgrenze an die demographische Entwicklung und zur Stärkung der Finanzgrundlagen der gesetzlichen Rentenversicherung (RV-Altersgrenzenanpassungsgesetz) vom 20. April 2007 ([BGBl. I 554](#)), erhalten Rentenbezieher den Zuschuss nicht, wenn sie gleichzeitig in einer in- oder ausländischen gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind. Gemäß [§ 106 Abs. 3 S. 1 SGB VI](#) wird für Rentenbezieher, die bei einem der deutschen Aufsicht unterliegenden Krankenversicherungsunternehmen versichert sind, der monatliche Zuschuss in Höhe des halben Beitrages geleistet, der sich aus der Anwendung des um 0,9 Beitragsatzpunkte verminderten allgemeinen Beitragssatzes der gesetzlichen Krankenversicherung auf den Zahlbetrag der Rente ergibt. Der monatliche Zuschuss wird gemäß [§ 106 Abs. 3 S. 2 SGB VI](#) auf die Hälfte der tatsächlichen Aufwendungen für die Krankenversicherung begrenzt.

1. Der Versicherte gehörte zwar zu dem berechtigten Personenkreis, da er gemäß Rentenbescheid vom 07. März 2005 seit dem 01. April 2005 eine Regelaltersrente aus der deutschen gesetzlichen Rentenversicherung bezog.

Der Versicherte war, wie sich aus den vorgelegten Policen vom 30. Oktober 2010, 12. November 2011 und 10. November 2012 nebst den vorgelegten Erstattungsübersichten für die verschiedenen Tarife ergibt, im streitigen Zeitraum und danach bei dem niederländischen Krankenversicherungsunternehmen CZ zu den Tarifen Natura polis (Krankenversicherung, Sachleistungen in Form von ärztlicher Versorgung, Physiotherapie, Arzneimitteln, Rehabilitation, ambulanter Pflege, kurzfristiger Krankenhauspflege, Zahnbehandlung und -prothetik, Psychotherapie, Prävention; dem sogenannten Basispaket nach dem Zvw) sowie den Zusatzversicherungstarifen 50+ (ergänzende Leistungen in Form von Alternativmedizin, Notfallversorgung im Ausland, Ergo- und Physiotherapie, Hilfsmitteln <Brille, Stützsohlen und ähnliches>, Hospizaufenthalt) und Tandarts (zusätzliche zahnärztliche und kieferorthopädische Leistungen) versichert. Hierfür hatte er ausweislich der vorgelegten Policen für die Jahre 2011 bis 2013 bei Inanspruchnahme eines Rabattes wegen einer Gruppenversicherung für die Natura polis folgende Beiträge monatlich zu entrichten:

	2011	2012	2013
Natura polis	99,27 €	102,41 €	100,32 €
50+	13,80 €	15,75 €	15,75 €
Tandarts	<u>16,25 €</u>	<u>17,55 €</u>	<u>17,55 €</u>
Gesamt	129,32 €	135,71 €	133,62 €.

Krankenversicherungsunternehmen im Sinne von [§ 106 Abs. 1 S. 1 SGB VI](#) sind alle (deutschen oder ausländischen) Versicherungsunternehmen, die eine Krankenversicherung durchführen, und nicht Träger der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung sind, mögen sie im Übrigen privat oder öffentlich-rechtlich organisiert sein. Entscheidend ist, ob das niederländische Krankenversicherungsunternehmen CZ eine private Krankenversicherung im Sinne des [§ 106 Abs. 1 S. 1 SGB VI](#) durchführt (vgl. BSG, Urteil vom 27. Mai 2014 - [B 5 RE 8/14 R](#) -, Rn. 30 ff., juris, m.w.N.). Dies trifft hier nur auf die abgeschlossenen Zusatzversicherungen zu den Tarifen 50+ und Tandarts zu, die ergänzende Leistungen zu dem gesetzlichen Basispaket nach dem Zvw betreffen und für deren Abschluss keine gesetzliche Verpflichtung bestand. Bei der Krankenversicherung zum Tarif Natura polis, dem obligatorischen Basispaket nach dem Zvw, handelt es sich dagegen um die Durchführung einer gesetzlichen Krankenversicherung (dazu unten 3.).

2. Unter Beachtung der oben angeführten unionsrechtlichen Vorgaben ist es auch ausreichend, wenn das ausländische Krankenversicherungsunternehmen (CZ), bei dem der Rentenbezieher versichert ist, der Aufsicht des Mitgliedstaates untersteht, in dem das Krankenversicherungsunternehmen seinen Sitz hat. Ansonsten liefe die von Art. 10 Abs. 1 VO (EWG) Nr. 1408/71 bzw. Art. 7 VO (EG) Nr. 883/2004 gewährleistete Exportierbarkeit einer Geldleistung im Alter bei Rentenbeziehern, die in einem anderen Mitgliedstaat wohnen und bei einem dort ansässigen Krankenversicherungsunternehmen versichert sind, letztlich wegen ihrer Wohnsitznahme leer (vgl. BSG, Urteil vom 27. Mai 2014 - [B 5 RE 8/14 R](#) -, Rn. 39, juris; Kolakowski in: Kreikebohm/Roßbach, SGB VI, 6. Aufl. 2021, [§ 106 SGB VI](#), Rn. 8a).

3. Ein Anspruch des Versicherten auf Gewährung eines Zuschusses nach [§ 106 SGB VI](#) für den streitigen Zeitraum ist vorliegend ausgeschlossen, da der Versicherte im Sinne von [§ 106 Abs. 1 S. 2 SGB VI](#) - gleichzeitig - pflichtversichert in der niederländischen gesetzlichen Krankenversicherung war.

Entgegen der von der Klägerin vertretenen Auffassung handelt es sich bei dem vom Versicherten mit der CZ abgeschlossenen Versicherungsvertrag zum Tarif Natura polis um eine gesetzliche Pflichtversicherung gegen das Risiko „Krankheit“. Nach der Reform des Gesundheitssystems in den Niederlanden zum 01. Januar 2006 beruht dieses auf 3 Säulen, d.h. der Pflichtversicherung nach dem AWBZ (der

sogenannten Langzeitpflegeversicherung, die etwa der deutschen Pflegeversicherung entspricht, aber deren Leistungsumfang über den der deutschen Pflegeversicherung hinausgeht), der Pflichtversicherung nach dem Zvw (der eigentlichen Krankenversicherung, die der Basis- und Akutversorgung dient) und den freiwilligen privaten Zusatzversicherungen (die ergänzende Leistungen zum Leistungskatalog der Pflichtversicherung anbieten), vgl. Thomas Berlinger „Die Finanzierung des Gesundheitswesens in den Niederlanden“, 22. September 2014 (abrufbar unter: <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72969/finanzierung>; Christina Walser „Nach der Gesundheitsreform in den Niederlanden: Eine neue Krankenversicherung für jeden“, in Soziale Sicherheit 3/2006, S. 87, 90). Die nach dem Zvw vorgesehenen Leistungen („basispaket“), die jährlich von der niederländischen Regierung festgelegt und angepasst werden, umfassen die haus- und fachärztliche Versorgung, die zahnärztliche Versorgung bis zum Alter von 18 Jahren, Leistungen im Bereich der Schwangerschaft und Geburt, die Krankenhausversorgung, verschreibungspflichtige Arzneimittel, Hilfsmittel, die ambulante Pflege, die ambulante und stationäre psychische Versorgung bis zu einer Behandlungsdauer von 3 Jahren; Physiotherapie für Kinder und Chroniker; Logopädie, Ergotherapie, Sucht- und Ernährungsberatung sind ebenfalls in begrenztem Umfang im Basiskatalog enthalten. Der Schwerpunkt der Leistungen nach dem bis Ende 2014 geltenden AWBZ lag bei der Langzeitpflege, d.h. der Pflege älterer Menschen, Menschen mit Behinderung und chronisch erkrankter psychiatrischer Patienten, in Form der ambulanten Grund- und Behandlungspflege als auch der Versorgung in einem stationären Heim. Vom Leistungskatalog des Zvw ausgeschlossen sind Sehhilfen, die zahnärztliche Behandlung für Erwachsene, Physiotherapie für erwachsene Nicht-Chroniker, Logopädie und Ergotherapie über den begrenzten Umfang des Basiskatalogs hinaus sowie bestimmte Medikamente, alternative Medizin und Homöopathie. Diesbezüglich bieten die Versicherer freiwillige private Zusatzversicherungen als Ergänzungen zum Basispaket an (Christine Arentz „Die Krankenversicherung in den Niederlanden seit 2006, Analyse der Reform und ihrer Auswirkungen“ März 2018, WIP-Analyse I/2018 S. 6 f, abrufbar bei www.wip-pkv.de; Petra Fuhrmann und Christoph J. Rupprecht, „Pflegebedürftige ältere Menschen - Selbstbestimmung stärken, Teilhabe ermöglichen, Lebensqualität erhöhen - Anregungen aus den Niederlanden“ in: Pflege-Report 2015 „Pflege zwischen Heim und Häuslichkeit“, Kapitel 5, Verlag Schattauer (Stuttgart) 2015, Kap. 5.2, abrufbar unter: https://www.wido>wido_pr2015_kap05).

Seit dem Inkrafttreten des Zvw am 01. Januar 2006 besteht für alle Einwohner der Niederlande neben der schon 1968 eingeführten Pflichtversicherung nach dem AWBZ gemäß Art. 2 Zvw auch die Pflicht zum Abschluss eines Versicherungsvertrages für die nach dem Zvw vorgesehenen Standardleistungen mit einem Krankenversicherungsunternehmen. Die Versicherungsunternehmen selbst sind gemäß Art. 3 Zvw verpflichtet, mit jedem Einwohner der Niederlande, der dies möchte, einen Krankenversicherungsvertrag für das nach dem Zvw vorgesehene Standardleistungspaket abzuschließen (Christina Walser „Nach der Gesundheitsreform in den Niederlanden: Eine neue Krankenversicherung für jeden“, in: Soziale Sicherheit 3/2006, S. 87, 89 ff.; Geert Jan A. Hamilton „Das Krankenversicherungssystem in den Niederlanden: Von der Dualität zur Einheit“ in: Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement 2013; 23; 123-135 (124,129 ff.)). Gesetzlich vorgesehene Verfahren ermöglichen die Durchsetzung der Krankenversicherungspflicht wie auch der Prämienzahlungspflicht durch das College voor Zorgverzekeringen (CVZ), die von Geldstrafen bis zu einer Versicherung bei einem Krankenversicherer von Amts wegen reichen (vgl. Geert Jan A. Hamilton „Das Krankenversicherungssystem in den Niederlanden: Von der Dualität zur Einheit“ in: Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement 2013; 23; 123-135 (134); Christine Arentz „Die Krankenversicherung in den Niederlanden seit 2006, Analyse der Reform und ihrer Auswirkungen“ März 2018, WIP-Analyse I/2018 S. 7, abrufbar bei www.wip-pkv.de). Die Krankenversicherer bedürfen der staatlichen Zulassung und unterliegen einer umfassenden staatlichen Kontrolle und Aufsicht, insbesondere durch die nach Einführung des Zvw neugegründete Niederlande Zorgautoriteit (NZa) (Christina Walser „Nach der Gesundheitsreform in den Niederlanden: Eine neue Krankenversicherung für jeden“, in Soziale Sicherheit 3/2006, S. 87, 92; Geert Jan A. Hamilton „Das Krankenversicherungssystem in den Niederlanden: Von der Dualität zur Einheit“ in: Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement 2013; 23; 123-135 (129 f., 131)). Die Ausführung der gesetzlichen Krankenpflichtversicherung nach dem Zvw obliegt nunmehr privaten Versicherungsunternehmen, die zum Teil mit den früheren Krankenkassen fusionierten bzw. teilweise aus den früheren Krankenkassen entstanden sind. Die Versicherten können bei Vertragsabschluss nunmehr selbst zwischen dem Sachleistungsprinzip („Natura“-Verträge) und dem Kostenerstattungsprinzip („Restitute“-Verträge) wählen, wobei die Versicherer auch Mischformen („Combinatie“-Verträge) anbieten können. Da für die Versicherer ein Kontrahierungszwang und ein Verbot der Prämien differenzierung nach Alter, Geschlecht, Gesundheitszustand und sozialer Situation besteht, findet ein gesetzlich vorgesehener morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich durch Zuweisungen aus dem neu geschaffenen nationalen Krankenversicherungsfond, in den auch Steuermittel fließen, statt (Christina Walser „Nach der Gesundheitsreform in den Niederlanden: Eine neue Krankenversicherung für jeden“, in: Soziale Sicherheit 3/2006, S. 87, 90 f.; Geert Jan A. Hamilton „Das Krankenversicherungssystem in den Niederlanden: Von der Dualität zur Einheit“ in: Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement 2013; 23; 123-135 (130), Christine Arentz „Die Krankenversicherung in den Niederlanden seit 2006, Analyse der Reform und ihrer Auswirkungen“ März 2018, WIP-Analyse I/2018 S. 10 f., abrufbar bei www.wip-pkv.de). Jeder Einwohner der Niederlande hat zum einen neben seinen einkommensabhängigen Beiträgen zur AWBZ auch für die Pflichtversicherung nach dem Zvw einkommensabhängige Beiträge, die mit der Steuer jährlich von der niederländischen Steuerverwaltung (Belastingdienst) erhoben und im nationalen Krankenversicherungsfond deponiert werden, und zum anderen eine monatliche nominale Prämie an den Krankenversicherer zu zahlen. Die Versicherer haben für das nach dem Zvw vorgesehene Standardleistungspaket von jedem Versicherten ab 18 Jahren eine einkommensunabhängige nominale Prämie zu erheben. Dabei können sie verschiedene Tarife, differenziert nach der angebotenen Leistungserbringungsart, festlegen, wobei für jede Tarifart nur ein Prämienniveau festgesetzt werden darf. Zudem können sie Rabatte für Gruppenversicherungen und freiwillige Selbstbeteiligungen, die über den für Versicherte ab 18 Jahren seit Januar 2008 (an Stelle der früher möglichen Schadensfreiheitrabatte) gesetzlich normierten generellen Selbstbehalt hinausgehen, festlegen. Die Beiträge für nicht erwerbstätige Kinder und Jugendliche bis 18 Jahren werden vom Staat getragen. Zudem besteht für Personen mit geringem Einkommen die Möglichkeit, von der Steuerverwaltung eine staatliche Zulage zur nominalen Prämie nach dem Wet op de zorgtoeslag zu erhalten (Christina Walser „Nach der Gesundheitsreform in den Niederlanden: Eine neue Krankenversicherung für jeden“, in: Soziale Sicherheit 3/2006, S. 87, 91, 92; Geert Jan A. Hamilton „Das Krankenversicherungssystem in den Niederlanden: Von der Dualität zur Einheit“ in: Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement 2013; 23; 123-135 (130,133); siehe auch das vom SG aus dem Verfahren [L 22 R 543/10](#) beigezogene, an das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung gerichtete Informations schreiben des niederländischen Ministeriums für Volksundheit, Wohlfahrt und Sport (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport) zu dem ab Januar 2006 geltenden Krankenversicherungsrecht, S. 2, Beiheft zur Gerichtsakte). Die Verpflichtung zum Abschluss einer den Vorgaben des Zvw entsprechenden Versicherung, der vom Gesetzgeber vorgegebene Leistungskatalog, der gesetzlich normierte Kontrahierungszwang, das Verbot der Prämien differenzierung wie auch die umfassende Kontrolle und Aufsicht über die privat rechtlich organisierten Krankenversicherer machen deutlich, dass es sich bei der Versicherung zum Basispaket nach dem Zvw gerade nicht um eine private Versicherung, in der Leistungsangebot und Prämien vom Versicherer völlig frei gestaltet werden können, sondern um die gesetzliche (Pflicht)-Krankenversicherung der Niederlande handelt.

Der Bewertung der Krankenversicherung nach dem Zvw als einer mit der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung annähernd vergleichbaren Pflichtversicherung steht auch nicht entgegen, dass die Pflichtversicherung nicht kraft Gesetzes mit der Verwirklichung eines bestimmten Tatbestandes beginnt (so die deutsche gesetzliche Krankenversicherung), sondern „nur“ eine Versicherungspflicht besteht, aufgrund der sich alle Personen mit Wohnsitz in den Niederlanden versichern müssen (Art. 2 Zvw), was den Abschluss eines Versicherungsvertrages erfordert. Sowohl Pflichtversicherung als auch Versicherungspflicht bewirken, dass die von ihnen erfassten Personen verbindlich einer Versicherung zugeführt werden (vgl. BSG, Urteile vom 27. Mai 2014 – [B 5 RE 6/14 R](#) –, Rn. 42 ff., und – [B 5 RE 8/14 R](#) –, Rn. 49 ff., juris, jeweils zur schweizerischen OKPV).

Entgegen der von der Klägerin vertretenen Auffassung ist die Pflichtversicherung nach dem Zvw auch nicht mit der Versicherung nach [§ 193 Abs. 3 VVG](#) vergleichbar. Ebenso wie die deutsche gesetzliche Krankenversicherung ist die Versicherung nach dem Zvw eine vorrangige Versicherung, die die gesamte Wohnbevölkerung der Niederlande erfasst. Demgegenüber stellt sich die Versicherung nach [§ 193 Abs. 3 VVG](#) als Auffangversicherung dar, die lediglich den Teil der Wohnbevölkerung betrifft, der keine andere Absicherung im Krankheitsfall hat; dieser Teil beläuft sich auf ca. 10 % (vgl. BSG, Urteile vom 27. Mai 2014 – [B 5 RE 6/14 R](#) –, Rn. 47, und – [B 5 RE 8/14 R](#) –, Rn. 54, juris, jeweils m.w.N.). Die Versicherungspflicht nach [§ 193 Abs. 3 S. 1 VVG](#) gilt unter anderem nicht für Personen, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert oder versicherungspflichtig sind ([§ 193 Abs. 3 S. 2 Nr. 1 VVG](#)). Allein die gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland schützt aber über 90 % der Wohnbevölkerung (vgl. BSG, Urteile vom 27. Mai 2014 – [B 5 RE 6/14 R](#) –, Rn. 47, und – [B 5 RE 8/14 R](#) –, Rn. 54, juris; Beck in: beck-online Grosskommentar, Stand 15. Mai 2023, [§ 1 SGB V](#), Rn. 5).

4. Von dem Ausschluss nach [§ 106 Abs. 1 S. 2 SGB VI](#) ist auch die private (freiwillige) Zusatzkrankenversicherung des Versicherten nach den Tarifen 50+ und Tandarts unter dem Aspekt der Gleichzeitigkeit erfasst, und zwar unabhängig davon, ob diese Tarife überhaupt einen ausreichenden Krankenversicherungsschutz im Sinne des [§ 106 Abs. 1 S. 1 SGB VI](#) beinhalten. Der Ausschlussbestand des [§ 106 Absatz 1 S. 2 SGB VI](#) ist unter dem Gesichtspunkt der Gleichzeitigkeit verwirklicht, wenn neben der privaten Krankenzusatzversicherung zeitgleich Versicherungspflicht in einer in- oder ausländischen gesetzlichen Krankenversicherung besteht (Peters in: beck-online Grosskommentar, [§ 106 SGB VI](#), Rn. 13, Stand 01. März 2019; BSG, Urteile vom 27. Mai 2014 – [B 5 RE 6/14 R](#) –, Rn. 60 f., und – [B 5 RE 8/14 R](#) –, Rn. 66 f., juris). Der Versicherte unterlag im streitigen Zeitraum aufgrund seiner Wohnsitznahme in den Niederlanden der Versicherungspflicht nach dem Zvw und war gleichzeitig bei demselben Krankenversicherungsträger - der CZ - freiwillig krankenzusatzversichert.

5. [§ 106 Abs. 1 SGB VI](#) ist weder verfassungs- noch unionsrechtlich zu beanstanden.

Inländischer Prüfungsmaßstab ist insoweit [Art. 3 Abs. 1 GG](#), nach dem einem Auslandsrentner ein Beitragszuschuss zuzuerkennen ist, wenn bei vergleichbarer Sachlage, die in Anknüpfung an die gesetzlichen Tatbestandsmerkmale der maßgeblichen Vorschriften zu beurteilen ist, auch einem Inlandsrentner diese Leistungen zu gewähren wären. Da die Pflichtmitgliedschaft eines Inlandsrentners in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung die Gewährung eines Beitragszuschusses nach [§ 106 SGB VI](#) ausschließt, ist es nicht zu beanstanden, wenn die Pflichteinbeziehung in ein ausländisches gesetzliches Krankenschutzsystem dieselbe Wirkung hat (BSG, Urteile vom 27. Mai 2014 – [B 5 RE 6/14 R](#) –, Rn. 55 f., und – [B 5 RE 8/14 R](#) –, Rn. 61 f., juris).

Auch nach Unionsrecht ergibt sich keine andere Beurteilung. So liegt dem zur Auslegung unionsrechtlicher Vorschriften ergangenen Urteil des EuGH vom 06. Juli 2000 ([C-73/99](#), „Movrin“, juris) der Rechtsgedanke zugrunde, dass dem Auslandsrentner nichts versagt werden darf, worauf er als Inlandsrentner einen Anspruch hätte. Als Inlandsrentner und Pflichtmitglied in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung stünde dem Versicherten aber ebenfalls kein Anspruch aus [§ 106 Abs. 1 SGB VI](#) zu.

II. Der Versicherte hatte im streitigen Zeitraum auch keinen Anspruch auf Gewährung einer höheren als von der Beklagten in den streitgegenständlichen Bescheiden bewilligten Zulage zu den von ihm für die gesetzliche Pflichtkrankenversicherung in den Niederlanden an den Belastingdienst und die CZ (Natura polis) für das Jahr 2011 zu entrichtenden Beiträgen in analoger Anwendung von [§ 249a SGB V](#).

Gemäß [§ 249a SGB V](#) in der vom 01. Januar 2009 bis zum 30. Juni 2011 geltenden Fassung trägt bei Versicherungspflichtigen, die eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, der Träger der Rentenversicherung die Hälfte der nach der Rente zu bemessenden Beiträge nach dem um 0,9 Beitragssatzpunkte verminderten allgemeinen Beitragssatz; im Übrigen tragen die Rentner die Beiträge. Nach [§ 249a SGB V](#) in der ab dem 01. Juli 2011 geltenden Fassung (geändert durch Art. 4 Nr. 10 Buchst. a i.V.m. Art. 13 Nr. 3 des Gesetzes zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit in Europa und zur Änderung anderer Gesetze vom 22. Juni 2011, [BGBl. I, 1202](#)) trägt bei Versicherungspflichtigen, die eine Rente nach [§ 228 Abs. 1 S. 1](#) beziehen, der Träger der Rentenversicherung die Hälfte der nach der Rente zu bemessenden Beiträge nach dem um 0,9 Beitragssatzpunkte verminderten allgemeinen Beitragssatz; im Übrigen tragen die Rentner die Beiträge. Nach [§ 249a Abs. 1 S. 2 SGB V](#) tragen die Beiträge aus ausländischen Renten nach [§ 228 Abs. 1 S. 2](#) die Rentner allein. Im Zuge der Einbeziehung ausländischer Renten in die Beitragspflicht nach [§ 228 SGB V](#) wurde auch [§ 249a SGB V](#) angepasst und um eine gesonderte Regelung zur Tragung der Beiträge bei ausländischen Renten ergänzt. Art. 5 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 regelt den Grundsatz der Gleichstellung von Leistungen, Einkünften, Sachverhalten und Ereignissen. Im Bereich der Krankenversicherung für Rentner wurde dies dadurch umgesetzt, dass auch ausländische Renten zur deutschen Krankenversicherung verarbeitet werden (zur Zulässigkeit der Verarbeitung ausländischer Renten schon unter Geltung der VO (EWG) Nr. 1408/71: EuGH, Urteil vom 18. Juli 2006, „Nikula“, [C-50/05](#), juris). Wie der Begriff der „Tragung der Beiträge“ verdeutlicht, geht es bei [§ 249a SGB V](#) um die Verteilung der Beitragslast. Die Bestimmung zeigt an, wer letztendlich die Beiträge aufzubringen hat, unabhängig davon, wer diese Beiträge abzuführen hat (Steege in: Hauck/Noftz SGB

V, 7. Ergänzungslieferung 2024, [§ 249a SGB V](#), Rn. 1, 7; LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 16. Januar 2019 - [L 6 R 36/17](#) -, Rn. 35, juris). Die auf den Rentenversicherungsträger entfallende Beitragslast wird gemäß [§ 247 S. 1 SGB V](#) aus dem allgemeinen Beitragssatz nach [§ 241 SGB V](#) ermittelt, der im streitigen Zeitraum 15,5 % der beitragspflichtigen Einnahmen betrug. Der Beitragsbemessung ist der Zahlbetrag der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung zugrunde zu legen (Hornig in: Krauskopf, Soziale Krankenversicherung, Pflegeversicherung, Werkstand: 121. Ergänzungslieferung Februar 2024, [§ 249a SGB V](#), Rn. 3). Demzufolge hatte der Rentenversicherungsträger bei einem Inlandsrentner im Jahr 2011 den aus der (deutschen) Rentenleistung ausgehend von der Hälfte des um 0,9 Beitragssatzpunkte verminderten allgemeinen Beitragssatzes (15,5 - 0,9 = 14,6) ermittelten Beitrag, d.h. 7,3 % der (deutschen) Rentenleistung, zu tragen. Damit soll [§ 249a SGB V](#) den Rentner teilweise von der finanziellen Belastung durch Krankenversicherungsbeiträge freistellen, die auf der deutschen Rentenleistung beruhen. Gewollt ist daher eine Entlastung nur, soweit eine Belastung aufgrund der deutschen Rentenzahlung (tatsächlich) erfolgt (vgl. LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 16. Januar 2019 - [L 6 R 36/17](#) -, Rn. 35, juris).

Vorliegend hatte der Versicherte jedoch weder aus seiner niederländischen Altersgrundrente noch aus seiner deutschen Altersrente Beiträge zur deutschen gesetzlichen Krankenversicherung der Rentner (vgl. [§ 5 Abs. 1 Nr. 11 SGB V](#)) zu entrichten, da er nur in seinem Wohnsitzstaat – dem Königreich der Niederlande – aufgrund der dortigen Krankenversicherungspflicht unter Heranziehung beider Renten verarbeitet wurde (vgl. zur Zulässigkeit der Verarbeitung auch ausländischer Renten unter Geltung der VO (EWG) Nr. 1408/71: EuGH, Urteil vom 18. Juli 2006 - [C-50/05](#) -, „Nikula“, juris, bzw. Art. 23 und 24 i.V.m. Art. 30 Abs. 1 VO (EG) Nr. 883/2004). Zudem regelt [§ 249a SGB V](#) nicht die Zahlung von Beiträgen bzw. die Zahlung eines – bis zum Rentenreformgesetz 1992 normierten - Zuschusses zu den Beiträgen (Steege in: Hauck/Noftz SGB V, 7. Ergänzungslieferung 2024, [§ 249a SGB V](#), Rn. 1, 5, 7, 20).

Nach der Rechtsprechung des EuGH (Urteil vom 06. Juli 2000 - [C-73/99](#) - „Movrin“, juris) sind jedoch bei Bezug einer deutschen Rentenleistung und Wohnsitz in einem anderen Mitgliedsstaat, in dem die Krankenversicherungspflicht besteht, die deutschen Rechtsvorschriften, die bei Krankenversicherungspflicht in Deutschland maßgebend wären, d.h. [§ 249a SGB V](#), entsprechend anzuwenden (vgl. Urteile des LSG Baden-Württemberg vom 27. April 2022 - [L 5 R 1399/21](#) -, Rn. 21, und des LSG Berlin-Brandenburg vom 16. Januar 2019 - [L 6 R 36/17](#) -, Rn. 34, jeweils in juris).

1. Bei der Bestimmung der Höhe der dem Versicherten zu gewährenden „Zulage“ („Zuschuss“) zu den niederländischen KVS-Beiträgen entsprechend [§ 249a SGB V](#) sind die pauschalen Beiträge zur Pflichtversicherung bei der CZ (Natura polis) nicht zu berücksichtigen, da es sich hierbei nicht um „nach der Rente zu bemessende Beiträge“ handelt. [§ 249a SGB V](#) soll nach dem eindeutigen Wortlaut der Norm Rentner teilweise von der finanziellen Belastung durch Krankenversicherungsbeiträge freistellen, die auf dem deutschen Rentenbezug beruhen. Gewollt ist daher eine Entlastung nur, soweit eine Belastung aufgrund der deutschen Rentenzahlung erfolgt (vgl. Urteile des LSG Baden-Württemberg vom 27. April 2022 - [L 5 R 1399/21](#) -, Rn. 22, und des LSG Berlin-Brandenburg vom 16. Januar 2019 - [L 6 R 36/17](#) -, Rn. 35 f., jeweils in juris). Dies ist bei der von der CZ entsprechend den Vorgaben des Zwv festgelegten nominalen Prämie (Kopfpauschale) aber nicht der Fall. Denn die von der CZ erhobenen Beiträge wurden völlig unabhängig vom Einkommen des jeweiligen Versicherten und damit auch unabhängig von einer deutschen Rentenleistung festgesetzt. Soweit für Personen mit geringem Einkommen die Möglichkeit besteht, von der niederländischen Steuerverwaltung eine staatliche Zulage zur nominalen Prämie nach dem Wet op de zorgtoeslag zu erhalten, berührt dies die konkrete – völlig einkommensunabhängige – Tarifgestaltung bzw. Beitragserhebung durch die Krankenversicherungsunternehmen nicht. Vielmehr handelt es sich bei der staatlichen Zulage um eine zusätzliche Sozialleistung bei entsprechender Bedürftigkeit.

Dass pauschal bemessene Kopfprämien einer (ausländischen) Krankenversicherung nicht unter [§ 249a SGB V](#) fallen, verstößt auch nicht gegen [Art. 3 Abs. 1 GG](#), [Art. 14 Abs. 1 GG](#) oder gegen die Art. 7 VO (EG) 883/2004 bzw. (zuvor) Art. 10 Abs. 1 VO (EWG) Nr. 1408/71. Nach Art. 7 VO (EG) 883/2004 bzw. (zuvor) Art. 10 Abs. 1 VO (EWG) Nr. 1408/71 dürfen zwar Geldleistungen, die nach den Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaates zu zahlen sind, nicht aufgrund der Tatsache gekürzt, geändert, zum Ruhen gebracht, entzogen oder beschlagnahmt werden, dass der Berechtigte in einem anderen als dem Mitgliedstaat wohnt, in dem der zur Zahlung verpflichtete Träger seinen Sitz hat. Vorliegend fehlt es schon an einer Kürzung der Rentenleistung, denn der Zahlbetrag der Rente des Versicherten wurde weder angetastet noch zur Beitragsbemessung herangezogen. Die Beiträge zur CZ Krankenversicherung (Natura polis) waren völlig unabhängig vom Bezug einer deutschen Rente zu entrichten. Es besteht auch keine verfassungs- oder unionswidrige Ungleichbehandlung zu privat oder freiwillig versicherten Rentenbeziehern, weil für diese Gruppen [§ 249a SGB V](#) keine Anwendung findet, sondern [§ 106 SGB VI](#). Eine Vermengung der Anwendungsbereiche von [§ 106 Abs. 1 S. 2 SGB VI](#) und [§ 249a SGB V](#) verbietet sich aber und ist weder verfassungs- noch unionsrechtlich geboten (BSG, Urteile vom 27. Mai 2014 - [B 5 RE 6/14 R](#) -, Rn. 51, und - [B 5 RE 8/14 R](#) -, Rn. 57, juris).

2. Soweit der Versicherte für den streitigen Zeitraum einkommensabhängige Beiträge sowohl nach dem AWBZ als auch nach dem Zwv an die niederländische Steuerverwaltung (Belastingdienst) zu entrichten hatte, ist bei der Bestimmung der Höhe der Zulage in entsprechender Anwendung von [§ 249a SGB V](#) Folgendes zu beachten:

[§ 249a SGB V](#) geht im Grundsatz von einer paritätischen Tragung der Beiträge zur (deutschen) gesetzlichen Krankenversicherung der Rentner durch den Versicherten und den Rentenversicherungsträger aus, sodass bei entsprechender Anwendung auch nur der hälftige, sich aus der deutschen Altersrente bemessende Beitrag zur niederländischen Pflichtkrankenversicherung als Zulage gezahlt werden kann. Da nach den Regelungen des anderen Mitgliedsstaates, in dem der Versicherte seinen Wohnsitz hat und dessen Krankenversicherungspflicht er unterliegt, im Vergleich zum deutschen Beitragsrecht auch die Erhebung höherer, aus der deutschen Rentenleistung zu bemessender Beiträge in Betracht kommt, darf die Zulage nicht den Betrag überschreiten, den der Rentenversicherungsträger maximal bei Wohnsitz des Versicherten in Deutschland und Mitgliedschaft in der KvDR aus der deutschen Altersrente zu tragen hätte. Denn nach der oben angeführten

Rechtsprechung des EuGH (Urteil vom 06. Juli 2000 - [C-73/99](#) - „Movrin“, juris) soll nur eine durch die Wohnsitznahme in einem anderen Mitgliedstaat bedingte Benachteiligung in Form des Verlustes der in Deutschland durch den Rentenversicherungsträger gewährten Entlastung bei Tragung der aus der deutschen Rentenleistung bemessenen deutschen Krankenversicherungspflichtbeiträge vermieden werden. Daraus folgt, dass der Anspruch des in einem anderen Mitgliedstaat lebenden Rentenbeziehers auf Zulage zu den aus seiner deutschen Rente bemessenen Beiträgen zur ausländischen Pflichtkrankenversicherung im Jahr 2011 maximal 7,3 % der deutschen Altersrente betragen konnte. Im Fall des Versicherten käme daher für die Zeit von Januar bis Juni 2011 maximal ein monatlicher Betrag von 88 € (87,999 €; 7,3 % von 1.205,47 €) und von Juli 2011 bis Dezember 2011 maximal ein monatlicher Betrag von 88,88 € (88,873 €; 7,3 % von 1.217,44 €) als Zulage in Betracht.

a) Zweifellos ist der Bestimmung der Zulage die vom Belastingdienst in den endgültigen Steuerbescheiden für das Jahr 2011 (Steuerbescheide vom 26. April 2013 und 07. August 2013) festgesetzte Zwv-Beitrag, der ausschließlich nach dem ausländischen Einkommen bestehend aus der deutschen Altersrente bemessen worden ist, zu berücksichtigen. Ausgehend von einem Jahresbetrag der deutschen Altersrente von 14.537,46 € (14.537 €) ergab sich für 2011 ein Jahresbeitrag von 821 € (5,65 % von 14.537 €) bzw. ein Monatsbeitrag von (gerundet) 68,42 €.

Unter Zugrundelegung der vom Versicherten zu zahlenden Zwv-Beiträge, die nur aus der deutschen Altersrente bemessen worden sind, lässt sich in entsprechender Anwendung von [§ 249a SGB V](#) ein Anspruch auf Zulage in Höhe der Hälfte dieser Zwv-Beiträge, d.h. ein monatlicher Anspruch des Versicherten in Höhe von 34,21 € für 2011 begründen.

b) Ein Anspruch auf eine höhere als von der Beklagten im streitigen Zeitraum gewährten Zulage ergibt sich auch nicht aufgrund der vom Belastingdienst in dem endgültigen Steuerbescheid vom 07. August 2013 für das Jahr 2011 anhand des Gesamteinkommens festgesetzten AWBZ-Beitrages.

aa) Der Senat hat bereits rechtliche Bedenken, die vom Belastingdienst nach dem AWBZ erhobenen Beiträge bei Gewährung einer Zulage entsprechend [§ 249a SGB V](#) zu berücksichtigen.

[§ 249a SGB V](#) sieht nur eine anteilige Tragung der Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung durch den Rentenversicherungsträger vor. Dagegen haben in Deutschland Versicherte, die eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen und Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung der Rentner sind, gemäß [§ 59 Abs. 1](#) Elftes Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (SGB XI) seit April 2004 ihre Beiträge zur gesetzlichen Pflegeversicherung alleine zu tragen. Der Rentenversicherungsträger ist nicht (mehr) in die Tragung der Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung einbezogen. Die alleinige Tragung der Beiträge zur gesetzlichen Pflegeversicherung durch die Rentner ist verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden, vgl. BSG, Urteil vom 21. Januar 2009 - [B 12 R 11/06 R](#) -, und BVerfG, Beschluss vom 07. Oktober 2010 - [1 BvR 2995/06](#), [1 BvR 740/07](#) -, (beide in juris). Da der deutsche Rentenversicherungsträger an der Zahlung der Beiträge zur gesetzlichen Pflegeversicherung der Rentner überhaupt nicht beteiligt ist, fehlt es schon dem Grunde nach an einer exportierbaren Geldleistung bei Alter im Sinne der Art. 1 Buchst. t und Art. 10 Abs. 1 VO (EWG) Nr. 1408/71 bzw. Art. 1 Buchst. w und Art. 7 VO (EG) Nr. 883/2004. Daher kommt ein Verstoß gegen Unionsrecht nicht in Betracht.

Vorliegend spricht Einiges dafür, dass es sich bei der Pflichtversicherung nach dem bis zum 31. Dezember 2014 geltenden AWBZ um die mit der deutschen sozialen Pflegeversicherung nach dem SGB XI vergleichbare gesetzliche Pflegeversicherung der Niederlande handelt.

Wie das BSG bereits für die Beurteilung von Ansprüchen der Auslandsrentner in Bezug auf die gesetzliche Krankenversicherung wiederholt entschieden hat, ist hinsichtlich der Prüfung einer gesetzlichen Pflichtversicherung den möglicherweise anders gelagerten Verhältnissen im Ausland Rechnung zu tragen. Insoweit werde lediglich vorausgesetzt, dass die ausländische gesetzliche Krankenversicherung wenigstens annähernd mit der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbar ist (vgl. BSG, Urteile vom 27. Mai 2014 - [B 5 RE 6/14 R](#) -, Rn. 40, und - [B 5 RE 8/14 R](#) -, Rn. 47, juris; BSG [SozR 2200 § 381 Nr. 22](#) S. 56; BSGE 47, 64, 65 = [SozR 2200 § 381 Nr. 30](#)). Nichts anderes gilt für den Vergleich der gesetzlichen Pflegeversicherungen, wonach nur eine annähernd ähnliche Ausgestaltung und keine Deckungsgleichheit zu fordern ist.

In den Niederlanden wurde mit dem Inkrafttreten des AWBZ im Jahr 1968 eine alle Einwohner erfassende Pflichtversicherung eingeführt, die das Risiko der Pflegebedürftigkeit absicherte. Die Finanzierung erfolgte über einkommensabhängige Beiträge, die von der Steuerverwaltung erhoben und an den Pflegeversicherungsfond weitergeleitet wurden (Christine Arentz „Die Krankenversicherung in den Niederlanden seit 2006, Analyse der Reform und ihrer Auswirkungen“ März 2018, WIP-Analyse I/2018 S. 8, abrufbar bei [www.wip-pkv.de](#)). Ähnlich den Pflegekassen in Deutschland wurde die Pflegeversicherung auch in den Niederlanden bei den Krankenversicherungen angesiedelt. Jedoch gab es nur eine Pflegekasse für alle Krankenkassen-/versicherer. Das AWBZ regelte die Pflege für ältere Menschen, Menschen mit Behinderung und chronisch erkrankte psychiatrische Patienten. Es umfasste die Leistungen der ambulanten Grund- und Behandlungspflege als auch die Versorgung in einem stationären Heim (Pflegeheim, Senioren- bzw. Altenheim). Um die häusliche Pflege zu stärken und hilfe- und pflegebedürftigen Menschen ein möglichst selbstverantwortliches Leben zu ermöglichen, wurde bereits im Jahr 1996 ein personengebundenes Budget eingeführt. Dies erlaubte den Betroffenen, selbst darüber zu bestimmen, wie der individuelle Pflegebedarf

gedeckt werden soll, wobei die zweckgebundene Verwendung des Budgets nachgewiesen werden musste. Dagegen sind seit 2007 die Kommunen im Rahmen des Gesetzes über allgemeine Unterstützungsmaßnahmen (Wet maatschappelijke ondersteuning, WMO) für soziale Angebote und Dienstleistungen der ambulant betreuten Pflegebedürftigen (z.B. Freizeitangebote, Essen auf Rädern, Mobilität und hauswirtschaftliche Hilfen, Wohnraumanpassungen und die Bereitstellung von Hilfsmitteln, z.B. Rollatoren/ Rollstühle) verantwortlich, die über Steuermittel finanziert werden (vgl. [Petra Fuhrmann und Christoph J. Rupprecht, „Pflegebedürftige ältere Menschen - Selbstbestimmung stärken, Teilhabe ermöglichen, Lebensqualität erhöhen - Anregungen aus den Niederlanden“ in: Pflege-Report 2015 „Pflege zwischen Heim und Häuslichkeit“, Kapitel 5, Verlag Schattauer \(Stuttgart\) 2015, Kap. 5.2, abrufbar unter: \[https://www.wido-wido_pr2015_kap05\]\(https://www.wido-wido_pr2015_kap05\); „Das System der Pflege in den Niederlanden“, Aktenzeichen: WD 9-3000-080/19, Datum: 30. Dezember 2019, Fachbereich: WD 9: Gesundheit, Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Wissenschaftliche Dienste Deutscher Bundestag; abrufbar unter: <https://www.bundestag.de/WD-9-080-19-pdf-data>\).](#)

Nach [§ 1 Abs. 2 S. 1 SGB XI](#) sind in Deutschland kraft Gesetzes alle Personen in den Schutz der sozialen Pflegeversicherung einbezogen, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, d.h. es werden analog zur gesetzlichen Krankenversicherung ca. 90 % der Wohnbevölkerung erfasst. Zudem muss gemäß [§ 1 Abs. 2 S. 2 SGB XI](#) wer privat versichert ist, eine private Pflegeversicherung abschließen. Aufgabe der Pflegeversicherung ist es, Pflegebedürftigen Hilfe zu leisten, die wegen der Schwere der Pflegebedürftigkeit auf solidarische Unterstützung angewiesen sind ([§ 1 Abs. 4 SGB XI](#)). Träger der sozialen Pflegeversicherung sind die Pflegekassen; ihre Aufgaben werden von den Krankenkassen ([§ 4 SGB V](#)) wahrgenommen ([§ 1 Abs. 3 SGB XI](#)). Die Ausgaben der Pflegeversicherung werden durch Beiträge der Mitglieder und der Arbeitgeber finanziert, die sich nach den beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder richten ([§ 1 Abs. 6 S. 1](#) und [2 SGB XI](#)). Nach [§ 14 Abs. 1 SGB XI](#) werden als pflegebedürftig Personen angesehen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens 6 Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen. Krankheiten oder Behinderungen im Sinne der Pflegebedürftigkeit sind: 1. Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat, 2. Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane sowie 3. Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen ([§ 14 Abs. 2 SGB XI](#)).

[§ 13 Abs. 1](#), 2 und 3 S. 3 SGB XI regelt das Nachrangverhältnis der Leistungen der Pflegeversicherung zu anderen Sozialleistungen (nach dem Versorgungsrecht, der gesetzlichen Unfallversicherung, der gesetzlich geregelten Unfallversorgung oder Unfallfürsorge, der häuslichen Krankenpflege nach [§ 37 SGB V](#), den Leistungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch <SGB XII>, dem Bundesversorgungsgesetz und dem Achten Buch Sozialgesetzbuch <SGB VIII>).

Die deutsche Pflegeversicherung sah im streitigen Zeitraum verschiedene Leistungen zugunsten pflegebedürftiger Personen vor: Pflegesachleistungen nach [§ 36 SGB XI](#), ein Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen nach [§ 37 SGB XI](#), eine Kombination von Geldleistung und Sachleistung nach [§ 38 SGB XI](#) sowie eine Pflege in vollstationären Einrichtungen nach [§ 43 SGB XI](#). Nach [§ 36 SGB XI](#) hatten Pflegebedürftige bei häuslicher Pflege Anspruch auf Sachleistungen in Form von Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung, die von Mitarbeitern ambulanter Pflegedienste erbracht werden, bei denen die Pflegekasse einen Versorgungsvertrag geschlossen hatte. Die Kosten für diese Hilfeleistungen wurden nur bis zu einem Höchstbetrag übernommen, dessen Höhe von der Stufe der Pflegebedürftigkeit des Anspruchsberechtigten abhängig war. Die häusliche medizinische Behandlungspflege gehörte jedoch nicht zu den Sachleistungen im Sinne des [§ 36 SGB XI](#) sondern wurde von der Krankenversicherung abgedeckt, da [§ 13 Abs. 2 SGB XI](#) anordnete, dass die Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach [§ 37 SGB V](#) unberührt bleiben. Mit dem Pflegegeld nach [§ 37 SGB XI](#) erhielten Pflegebedürftige einen monatlichen Geldbetrag für die Pflege, wenn sie sie selbst in eigener Verantwortung die von Ihnen benötigte Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung beschaffen wollten. Dieser Geldbetrag konnte von den Anspruchsberechtigten frei und daher auch für die Bezahlung von Leistungen verwendet werden, die Pflegeversicherung nicht absicherte oder von Dienstleistern erbracht werden, die keine zugelassenen Pflegedienste sind. Die Höhe des Pflegegeldes richtete sich ebenfalls nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit. Nach [§ 38 SGB XI](#) konnte ein Versicherter, der die ihm nach [§ 36 SGB XI](#) zustehenden Sachleistung nicht in voller Höhe in Anspruch nahm, daneben Pflegegeld nach [§ 37 SGB XI](#) erhalten, das allerdings um den Prozentsatz gemindert wurde, in dem er Sachleistungen nach [§ 36 SGB XI](#) in Anspruch nahm. Der Leistungsberechtigte hatte sich jedoch vorab zu entscheiden, in welchem Umfang er die letzten genannten Leistungen in Anspruch nehmen möchte, und war daran für 6 Monate gebunden.

Ferner hatten Pflegebedürftige nach [§ 43 SGB XI](#) Anspruch auf Pflege in einer vollstationären Pflegeeinrichtung, wenn häusliche Pflege oder teilstationäre Pflege nicht möglich war oder wegen der Besonderheiten des Einzelfalls nicht in Betracht kam. In diesen Fällen übernahmen die Pflegekassen die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen zu der medizinischen Behandlungspflege und die soziale Betreuung pauschal. Die Höhe der Pauschale hing von der jeweiligen Stufe der Pflegebedürftigkeit ab. Dabei durfte der von der Pflegekasse zu übernehmende Betrag 75 vom Hundert des Gesamtbetrages aus Pflegesatz, Entgelt für Unterkunft und Verpflegung und gesondert berechenbarer Investitionskosten nicht übersteigen. Zudem gab es noch die Möglichkeit der Kurzzeitpflege in einer stationären Einrichtung nach [§ 42 SGB XI](#), für den Fall dass die häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden konnte und auch eine teilstationäre Pflege nicht ausreichte. Hierbei übernahm die Pflegekasse die pflegebedürftigen Aufwendungen, die Aufwendungen der sozialen Betreuung sowie die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege bis zu einem bestimmten Betrag pro Kalenderjahr.

Weiterhin hatten Pflegebedürftige nach [§ 41 SGB XI](#) Anspruch auf teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege, wenn häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden konnte oder wenn dies zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich war. Die Pflegekasse übernahm dann die pflegebedingten Aufwendungen der teilstationären Pflege, die Aufwendungen der sozialen Betreuung und die Aufwendungen für die in der Einrichtung notwendigen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege bis zu einem nach der Pflegestufe gestaffelten Gesamtbetrag. Die teilstationäre Pflege umfasste auch die notwendige Beförderung des Pflegebedürftigen von der Wohnung zur Einrichtung der Tagespflege oder der Nachtpflege und zurück.

Nach [§ 40 SGB XI](#) hatten Pflegebedürftige Anspruch auf Versorgung mit Pflegehilfsmitteln, die zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung der Beschwerden beitrugen oder ihm eine selbstständige Lebensführung ermöglichten, soweit die Hilfsmittel nicht wegen Krankheit oder Behinderung von der Krankenversicherung oder anderen zuständigen Leistungsträgern zu leisten waren. Dabei sollten technische Pflegehilfsmittel möglichst vorrangig leihweise überlassen werden.

Nach den von der Klägerin zur Akte gereichten Unterlagen, dem Besluit zorgaanspraaken AWBZ (Erlass Pflegeansprüche AWBZ) betreffend den Leistungskatalog ab Januar 2010 sowie dem Wijzigingen Besluit zorgaanspraaken AWBZ (Änderungen des Erlasses Pflegeansprüche AWBZ) betreffend die ab Januar 2011 geltenden Änderungen im Leistungskatalog der AWBZ - Informationsschreiben des CVZ - vom 23. Dezember 2010) ergeben sich mit dem SGB XI vergleichbare Leistungsansprüche nach dem AWBZ. So erfassen die Art. 4 bis 9a des Besluit zorgaanspraaken AWBZ i.V.m. dem Wijzigingen Besluit zorgaanspraaken AWBZ Pflege und Betreuung in stationären Einrichtungen (vollstationär, teilstationär, Tages- oder Nachtpflege, Kurzzeitpflege). Nach Art. 10 des Besluit zorgaanspraaken AWBZ besteht bei Pflege nur für einen Tagesteil - bei medizinischer Notwendigkeit - auch ein Anspruch auf Transport, vergleichbar mit [§ 41 Abs. 1 S. 2 SGB XI](#). Das AWBZ geht ebenso wie [§ 13 Abs. 1](#), 2 und 3 S. 3 SGB XI davon aus, dass eine Leistungspflicht für die unter Art. 2 Nr. 1 Buchst. a bis i aufgeführten Leistungen nur besteht, soweit es sich nicht um Leistungen handelt, die bereits aufgrund einer anderen gesetzlichen Regelung oder einer Krankenversicherung im Sinne des Zw bestritten werden können (Art. 2 Nr. 1 Besluit zorgaanspraaken AWBZ). Wie aus der dem Wijzigingen Besluit zorgaanspraaken AWBZ beigefügten Anlage deutlich wird, garantiert auch das AWBZ (wie das SGB XI) keine volle Kostenübernahme sondern haben die Leistungsberechtigten einen Eigenanteil zu tragen, der u.a. von der jeweiligen Einstufung der (notwendigen) Pflegeintensität abhängig ist. Insbesondere knüpft der stationäre oder teilstationäre Aufenthalt in einer Einrichtung (Art. 9 und 9a Besluit zorgaanspraaken AWBZ i.V.m. dem Wijzigingen Besluit zorgaanspraaken AWBZ) an einen Einstufungsbeschluss nach dem Pflegeeinstufungserlass an. Die nach dem SGB XI vorgesehene Zahlung von Pflegegeld ist vergleichbar mit dem nach dem AWBZ möglichen persönlichen Budget, denn beides ermöglicht den Pflegebedürftigen eine selbstbestimmte Gestaltung der Pflege.

Zwar ist nicht zu verkennen, dass nach dem Besluit zorgaanspraaken AWBZ in stationären Einrichtungen auch Leistungen, die auf Heilung oder Verhinderung einer Verschlimmerung von Erkrankungen bzw. Behinderungen ausgerichtet sind, erbracht werden können (vgl. Art. 5, Art. 13 Nr. 2 - bzgl. psychiatrischer Erkrankungen bei länger als ein Jahr andauernder stationärer Behandlung -) oder dass z.B. die Versorgung mit Arzneimitteln und die zahnärztliche Versorgung bei einer stationären Pflege nach Art. 8 und 13 (vgl. Art. 15 Nr. 1 Buchst. c und e) mit umfasst sind, also Leistungen erbracht werden können, die in Deutschland der gesetzlichen Krankenversicherung zugeordnet werden. Da jedoch nur eine annähernde Vergleichbarkeit zu fordern ist, vermögen einzelne über den Leistungsumfang der deutschen sozialen Pflegeversicherung hinausgehende Leistungen nach dem AWBZ noch nicht eine Gleichsetzung mit der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung zu begründen. Zumal zu berücksichtigen ist, dass das AWBZ auch Leistungsansprüche regelt, die in Deutschland von anderen Sozialleistungsträgern, wie z.B. der gesetzlichen Unfallversicherung bei Arbeitsunfall und Berufskrankheit, der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen nach dem SGB XII oder SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfe) erbracht werden, für die keine Beitragspflicht der Rentner (mit anteiliger Beitragslast der Rentenversicherungsträger) besteht.

bb) Selbst bei Annahme einer Vergleichbarkeit der Pflichtversicherung nach dem AWBZ mit der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung führt die Berücksichtigung der aus der deutschen Rente bemessenen AWBZ-Beiträge bei der Bestimmung der Zulage nach [§ 249a SGB V](#) analog nicht zu einer höheren als von der Beklagten bereits gezahlten Zulage.

(1) Soweit die Klägerin, gestützt auf die vom Versicherten vorgelegte Auskunft des Belastingdienst Kantoor E vom 26. Januar 2018, die Auffassung vertritt, bei Bestimmung der Zulage seien die auf die deutsche Altersrente entfallenden AWBZ-Beiträge ohne Berücksichtigung der (anteiligen) Heffingskortingen (Beitrags- bzw. Steuernachlässe, Seniorenrabatte, Abzug anderweitig versteuerter Alterseinkommen) in Ansatz zu bringen, entspricht dies nicht [§ 249a SGB V](#). [§ 249a SGB V](#) geht von den in Deutschland tatsächlich anfallenden, nach der Rentenleistung bemessenen Beiträgen zur gesetzlichen Krankenversicherung, d.h. von den tatsächlich zu zahlenden Beiträgen aus, die zwischen dem Rentenbezieher und dem Rentenversicherungsträger aufgeteilt werden. Hierbei geht es nicht um fiktive Beiträge, sondern um ganz real zu zahlende Beiträge. Dies ist auch bei der analogen Anwendung des [§ 249a SGB V](#) zu beachten. Soweit Beiträge vom Belastingdienst tatsächlich nicht erhoben wurden, konnte auch keine Belastung des Versicherten wegen seiner deutschen Rentenleistung entstehen. Dies hat zur Folge, dass der Versicherte auch keine Entlastung benötigte und daher eine solche auch nicht beanspruchen konnte (siehe auch LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 16. Januar 2019 - [L 6 R 36/17](#) -, Rn. 37, juris).

Aus diesem Grunde vermag der Senat auch nicht die vom Belastingdienst B ermittelten Beträge für die - nach Ansicht des Belastingdienst B - auf die deutsche Rentenleistung entfallenden AWBZ-Beiträge (vgl. die Darstellung in der letzten Auskunft vom 31. Juli 2024), bei der Bestimmung der Höhe der Zulage zu berücksichtigen. Denn vom Versicherten waren ausweislich der endgültigen Steuerbescheide für die Jahre 2011, 2012 und 2013 (Steuerbescheide vom 07. August 2013, 19. Dezember 2014 und 04. Februar 2015), was vom Belastingdienst B in der Auskunft vom 31. Juli 2024 im Wesentlichen bestätigt worden ist, tatsächlich (inklusive Einkommensteuer) AWBZ- und ANW-Beiträge nur in Höhe von insgesamt 344 € für 2011 bzw. AWBZ-Beiträge nur in Höhe von insgesamt 471 € für 2012 und 558 € für 2013 zu zahlen. Demzufolge kann der auf die deutsche Altersrente in diesen Jahren jeweils entfallende AWBZ-Beitrag tatsächlich nur niedriger als der vom Belastingdienst B angeführte Betrag gewesen sein.

Im Übrigen sind die Auskünfte des Belastingdienst B widersprüchlich und nicht mit der Darstellung in den Steuerbescheiden in Einklang zu bringen. Einerseits erklärt der Belastingdienst, es gebe bei den Freibeträgen (Heffingskortingen) keine Rangfolge im niederländischen Steuerrecht, andererseits nimmt er dann in seinen Erläuterungen eine konkrete Zuordnung von Heffingskorting-Beträgen zu den Komplexen Einkommensteuer, AWBZ- und ANW-Beiträgen vor, ohne dass erkennbar wird, woraus sich diese Aufteilung ergeben soll. Nach der letzten Darstellung in der Auskunft vom 31. Juli 2024 soll in den Jahren 2011 bis 2013 überhaupt keine Einkommensteuer angefallen sein, da zunächst ein Abzug der Allgemeinen Heffingskorting sowie der Ouderenkorting vorgenommen worden sei und bei der erst danach anschließenden Anrechnung des „Abzugs anderweitig versteuerter Alterseinkommen“ (Aftrek elders belast inkomen), dieser den Einkommensteuerbetrag überstiegen habe. Dies steht im krassen Widerspruch zu der Darstellung in den Steuerbescheiden. Nach den

vorliegenden Steuerbescheiden ist nach Ermittlung des zu versteuernden und zu verbeitragenden Gesamteinkommens (14.986 € im Jahr 2011, 16.563 € im Jahr 2012 und 19.422 € im Jahr 2013) hieraus nach Feststellung des ursprünglichen Einkommensteuerbetrages (277 € für 2011, 322 € für 2012 und 1.136 € für 2013) unter Abzug des „Aftrek elders belast inkomen“ (Abzug für anderweitig versteuertes Alterseinkommen: 269 € für 2011, 288 € für 2012 und 1.031 € für 2013) eine Resteinkommensteuerschuld von 8 € für 2011, 34 € für 2012 und 105 € für 2013 festgestellt worden. Entgegen der Auskunft des Belastingdienst B vom 31. Juli 2024 wurde auf die Einkommensteuerschuld also zuerst der Abzug für anderweitig versteuertes Alterseinkommen (Aftrek elders belast inkomen) angerechnet und erst danach von der Summe aus Resteinkommensteuerschuld plus Sozialversicherungsabgaben (AWBZ- und ANW-Beiträgen) die Summe der Heffingskortingen (Allgemeine Heffingskorting und Ouderenkorting) abgezogen. Um hieraus die auf die Sozialversicherungsabgaben entfallenden Heffingskortingen festzustellen, muss eine Aufteilung der Summe der Heffingskortingen entsprechend dem Verhältnis von Resteinkommensteuerschuld (2011 = 8 €) zur Summe der Sozialversicherungsabgaben (2011 = 1.985 €) vorgenommen werden. Dies führt im hier streitigen Jahr 2011 zu einer Aufteilung der Heffingskortingensumme von 1.649 € i.H.v. 6,62 € auf die Resteinkommensteuerschuld (8 € \cdot 1.993 € \times 1.649 € = 6,62 €) und i.H.v. 1.642,38 € auf die Sozialversicherungsabgaben (1.985 € \cdot 1.993 € \times 1.649 € = 1.642,38 €). Die auf die Summe der Sozialversicherungsabgaben entfallenden Heffingskortingen (1.642,38 €) ist entsprechend dem Verhältnis von AWBZ-Beiträgen (1.820 €) zu ANW-Beiträgen (165 €) weiter aufzuteilen, sodass auf die AWBZ-Beiträge anteilige Heffingskortingen von 1.505,86 € (1.820 € \cdot 1.985 € \times 1.642,38 € = 1.505,86 €) und auf die ANW-Beiträge anteilige Heffingskortingen von 136,52 € (165 € \cdot 1.985 € \times 1.642,38 € = 136,52 €) entfallen. Zieht man von den AWBZ-Beiträgen i.H.v. 1.820 € die darauf entfallenden Heffingskortingen von 1.505,86 € ab, so verbleibt letztlich nur ein Gesamt-AWBZ-Beitrag von 314,14 €. Der auf die deutsche Altersrente entfallende AWBZ-Beitrag ist entsprechend dem Verhältnis der gemeldeten Einkünfte (deutsche Rente = 14.537 €, AOW-Rente = 1.844 €) zueinander zu bestimmen, d.h. für 2011 mit 278,78 € (14.537 € \cdot 16.381 € \times 314,14 € = 278,78 €). Zu einer von der Klägerin im Hinblick auf die Auskunft des Belastingdienst B vom 31. Juli 2024 gerügten Anrechnung eines Teilbetrages des „Aftrek elders belast inkomen“ auf die Sozialversicherungsabgaben ist es nach der Darstellung in den Steuerbescheiden überhaupt nicht gekommen.

(2) Letztlich kann es offen bleiben, wie hoch der um die anteilige Heffingskortingen bereinigte, aus der deutschen Rentenleistung bemessene AWBZ-Beitrag wirklich war. Denn der Versicherte war im noch streitigen Zeitraum, d.h. für das Jahr 2011, tatsächlich nur mit einer Gesamtsumme aus AWBZ-Beiträgen (aus deutscher und niederländischer Rente bemessen) nebst ANW-Beiträgen und Steuern in Höhe von 344 € belastet. Dieser Betrag ergibt zusammen mit dem aus der deutschen Rentenleistung bemessenen Zwv-Beitrag von 821 € schon rein rechnerisch keine höhere Beitragsbelastung aus der deutschen Rente als 1.165 € (821 € + 344 €). Die Beklagte hat aber der Ermittlung der Zulage zu den Beiträgen für die niederländische Krankenversicherung bereits die vom Belastingdienst für das Jahr 2011 gemeldeten (höheren) Beiträge von 1.258 € zugrunde gelegt, so dass sich ein Anspruch auf eine höhere Zulage nicht rechtfertigen lässt.

3. Der Senat vermag vorliegend einen Verstoß gegen Unionsrecht nicht zu erkennen. Die Beklagte hat mit der Festsetzung der Zulage zu den vom Versicherten wegen seiner deutschen Altersrente in den Niederlanden tatsächlich zu tragenden Beiträgen zur gesetzlichen Krankenversicherung in entsprechender Anwendung von [§ 249a SGB V](#) das aus Art. 1 Buchst. t und Art. 10 Abs. 1 VO (EWG) Nr. 1408/71 bzw. Art. 1 Buchst. w und Art. 7 VO (EG) Nr. 883/2004 folgende Benachteiligungsverbot wegen Wohnsitznahme in einem anderen Mitgliedstaat beachtet. Dass das Zulagebegehren des Versicherten nicht in voller Höhe durchdrang, ist der unterschiedlichen Ausgestaltung der sozialen Sicherungssysteme bei Krankheit (und Pflege) in Deutschland und dem Königreich der Niederlande geschuldet. [Art. 48](#) des Vertrages über die Arbeitsweise der Europäischen Union (AEUV) sieht wie zuvor [Art. 42](#) des Vertrages zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft (EGV) aber nur eine Koordinierung und keine Harmonisierung der Rechtsvorschriften vor, sodass die materiellen und formellen Unterschiede zwischen den Systemen der sozialen Sicherheit der einzelnen Mitgliedstaaten und folglich zwischen den Ansprüchen der dort Versicherten durch diese Bestimmung nicht berührt werden. In diesem Rahmen kann das Primärrecht der Union einem Versicherten nicht garantieren, dass ein Umzug in einen anderen Mitgliedstaat hinsichtlich der sozialen Sicherheit und deren Ausgestaltung neutral ist (vgl. EuGH, Urteile vom 30. Juni 2011, [C-388/09](#), da Silva Martins, und vom 16. Juli 2009, [C-208/07](#), Chamiers-Glisczinski, beide in juris).

C. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#) und trägt dem Ausgang des Rechtsstreits in der Hauptsache Rechnung.

D. Die Revision war nach [§ 160 Abs. 2 SGG](#) wegen grundsätzlicher Bedeutung zuzulassen, da bisher keine höchstrichterliche Entscheidung zur Frage der Vereinbarkeit von [§ 249a SGB V](#) (in entsprechender Anwendung) mit verfassungs- und unionsrechtlichen Vorgaben vorliegt, soweit a) die Beteiligung der Rentenversicherungsträger nach dieser Vorschrift an den Kosten einer ausländischen Pflichtkrankenversicherung ausscheidet, wenn diese Beiträge nicht nach der Rente bemessen, sondern wie bei der niederländischen Krankenversicherung nach dem Zwv zum Teil als Kopfprämie erhoben werden, und b) eine Beteiligung der Rentenversicherungsträger nach dieser Vorschrift an den Kosten einer ausländischen Pflichtkrankenversicherung, deren Beiträge aus der deutschen Rentenleistung bemessen werden und deren Beitragssätze geringer als der nach [§ 249a SGB V](#) maßgebliche Beitragssatz sind, nur in Höhe der Hälfte dieser aus der deutschen Rente bemessenen und unter Berücksichtigung von Nachlässen festgesetzten Beiträge zur ausländischen Pflichtkrankenversicherung erfolgt.

Rechtskraft
Aus
Saved
2024-10-18