
S 4 R 2147/18

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Baden-Württemberg
Sozialgericht	Landessozialgericht Baden-Württemberg
Sachgebiet	Rentenversicherung
Abteilung	2.
Kategorie	Beschluss
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 4 R 2147/18
Datum	25.11.2020

2. Instanz

Aktenzeichen	L 2 R 20/21
Datum	03.05.2021

3. Instanz

Datum	-
-------	---

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

Außergerichtliche Kosten sind auch für das Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Gründe

I.

Der Kläger begehrt einen höheren Zuschuss zur privaten Krankenversicherung.

Der Kläger bezieht eine Regelaltersrente. Mit E-Mail vom 30. November 2017 beantragte er bei der Beklagten die Neuberechnung des Zuschusses zur Krankenversicherung aufgrund der neuen Beitragsberechnung seiner privaten Krankenversicherung. Auf dem als Anlage eingereichten Versicherungsschein wurde ab 1. Januar 2018 eine monatliche Beitragsrate von insgesamt 410,86 € ausgewiesen, die sich folgendermaßen zusammensetzte: Beitrag in Höhe von 383,31 € für den Tarif AV 1, von 56,78 € für den Tarif CG 2, von

14,52Â € fÃ¼r den Tarif PHN 1, in HÃ¶he von 56,94Â € fÃ¼r den Tarif PVN, in HÃ¶he von 2,00Â € fÃ¼r den Tarif URZ, in HÃ¶he von 113,71Â € fÃ¼r den Tarif MBZ 200 und aus einer ErmÃ¤Ã¶igung aus MBZflex, Tarifbezeichnung MBZ 200 in HÃ¶he von 216,40Â €. Dabei betreffen die Tarife PHN1 und PVN Tarife der Pflegeversicherung.

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

Mit Schreiben vom 12.Â Dezember 2017 erhob der KlÃ¤ger Widerspruch. Durch die Teilnahme am ErmÃ¤Ã¶igungsprogramm seiner Versicherungsgesellschaft H1 Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit habe er monatlich einen zusÃ¤tzlichen Betrag gezahlt, den die Versicherung angelegt habe, um ihn im Alter zurÃ¼ckzuzahlen. Diese kÃ¼nstliche Beitragsreduzierung berÃ¼hre die eigentliche Krankenversicherung nicht. Die ErmÃ¤Ã¶igung betrÃ¼ffe in gleicher Weise die Pflegeversicherung. Mit Schreiben vom 14.Â Februar 2018 fÃ¼gte der KlÃ¤ger hinzu, dass auch der in seiner Krankenversicherung vereinbarte Selbstbehalt in HÃ¶he von 1.100,00Â € jÃ¤hrlich bei der Berechnung berÃ¼cksichtigt werden mÃ¼sse.

Mit Widerspruchsbescheid vom 26.Â MÃ¤rz 2018 wies die Beklagte den Widerspruch zurÃ¼ck. Aus einem Rentenbetrag von 2.462,57Â € und einem Beitragssatz von 7,3% (errechnet aus dem allgemeinen Beitragssatz seit 1.Â Januar 2011 in HÃ¶he von 15,5% abÃ¼glich 0,9 Beitragssatzpunkten) ergebe sich gemÃ¤Ã¶ Â§ 106 Sechstes Sozialgesetzbuch (SGB VI) ein Beitragszuschuss in HÃ¶he von 179,77Â €. FÃ¼r die private Versicherung sei ein Betrag in HÃ¶he von 339,40Â € ab 1.Â Januar 2018 gemeldet worden. Der Zuschuss sei nach [Â§ 106 Abs. 3 Satz 2 SGB VI](#) auf die HÃ¤lfte der monatlichen Aufwendungen des Rentners fÃ¼r die Krankenversicherung zu begrenzen und betrage demnach 167,70Â € (gemeint 169,70Â €). Als Berechnungsgrundlage sei immer der tatsÃ¤chlich zu zahlende monatliche Betrag anzunehmen. Enthaltene ErmÃ¤Ã¶igungen spielten keine Rolle. Die BeitrÃ¤ge zur Pflegeversicherung seien (seit 1.Â April 2004) nicht zu berÃ¼cksichtigen, da kein Beitragszuschuss zur Pflegeversicherung zu gewÃ¤hren sei.

Hiergegen hat der KlÃ¤ger am 24.Â April 2018 Klage zum Sozialgericht Stuttgart (SG) erhoben. Zur BegrÃ¼ndung hat er ausgefÃ¼hrt, die Beklagte habe als monatliche Aufwendungen des KlÃ¤gers einen falschen Betrag zugrunde gelegt. Seit 1.Â Januar 2018 wende er fÃ¼r die Krankenversicherung 442,09Â € auf. ZusÃ¤tzlich und separat habe er die Versicherung â€œMBZâ€ abgeschlossen, aus der er ab dem 1.Â Januar 2018 eine ErmÃ¤Ã¶igung in HÃ¶he von 216,40Â € und ab dem 1.Â Juli 2018 eine ErmÃ¤Ã¶igung in HÃ¶he von 259,20Â € erhalte. Zugleich werde fÃ¼r die Versicherung â€œMBZâ€ ein Betrag in HÃ¶he von 113,71Â € verlangt. Er habe monatlich einen zusÃ¤tzlichen Betrag gezahlt, den die Krankenversicherung anlege, um im Alter wieder einen Betrag zurÃ¼ckzuzahlen. Diese Versicherung zur Beitragsreduzierung hÃ¤tte er jederzeit bei einem anderen Anbieter abschlieÃ¶en kÃ¶nnen und sei mit einem Sparbuch,

Sparplan oder einer Zusatzrentenversicherung vergleichbar. Dieser Sparbetrag dürfte von der Beklagten nicht berücksichtigt werden. Wenn er den zusätzlichen Versicherungsvertrag â€œMBZ 200â€œ nicht abgeschlossen hätte, hätte die Beklagte einen höheren Zuschuss zur Krankenversicherung gewährt. Auf die Eigenleistung des Klägers durch Abschluss des Vertrages â€œMBZ 200â€œ könne es nicht ankommen. Der Kläger habe eine Zusatzversicherung zur späteren Reduzierung seines Aufwands im Alter erstmals 1994 abgeschlossen. Vorsorgeaufwendungen seien jedoch erst ab 2005 von der Steuer befreit. Es sei daher nicht nachvollziehbar, weshalb der Ertrag einer zusätzlich abgeschlossenen Versicherung in voller Höhe bei den nachweislich in Rechnung gestellten monatlichen Beiträgen zum Abzug gebracht werden solle. Die in Rechnung gestellten monatlichen Beiträge seien als tatsächliche Aufwendungen im Sinne des Gesetzes anzusehen. Dass das Versicherungsunternehmen die wechselseitig geschuldeten Beiträge saldiere und in der Rechnung einen Endbetrag ausweise, sei unerheblich. Es handle sich nicht um Altersrückstellungen, da die zusätzliche Versicherung von jedem Versicherten individuell abgeschlossen werden könne und die daraufhin entrichteten Beiträge für die MBZ nicht ohne Abgrenzung in die allgemeine Altersrückstellung einfließen würden. Die Altersrückstellungen seien für alle Mitglieder innerhalb des Tarifs gleich.

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

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

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

Mit Urteil vom 25. November 2020 hat das SG die Klage abgewiesen. Zur Begründung hat es im Wesentlichen ausgeführt, der Bescheid vom 4. Dezember 2017 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 26. März 2018 in der Fassung des Bescheids vom 13. Juli 2018 sei rechtmäßig und verletze den Kläger nicht in seinen Rechten. Der Bescheid vom 13. Juli 2018 sei gemäß [§ 96 Abs. 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) Gegenstand des vorliegenden

Klageverfahrens geworden. Der Kläger habe keinen Anspruch auf einen höheren Zuschuss zur Krankenversicherung. Ein Anspruch bestehe in Höhe von 169,70 € ab 1. Januar 2018 bzw. in Höhe von 148,30 € ab 1. Juli 2018. Dies entspreche den von der Beklagten bewilligten Zuschüssen zur Krankenversicherung. Gemäß [§ 106 Abs. 1 Satz 1 SGB VI](#) erhielten Rentenbezieher, die freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung oder bei einem Krankenversicherungsunternehmen, das der deutschen Aufsicht unterliege, versichert seien, zu ihrer Rente einen Zuschuss zu den Aufwendungen für die Krankenversicherung. Der Zuschuss werde gemäß [§ 106 Abs. 3 Satz 1 SGB VI](#) i.d.F. vom 21. Juli 2014 (gültig vom 1. Januar 2015 bis 31. Dezember 2018) in Höhe des halben Betrags geleistet, der sich aus der Aufwendung des allgemeinen Beitragssatzes der gesetzlichen Krankenversicherung auf den Zahlbetrag der Rente ergebe. Gemäß [§ 106 Abs. 3 Satz 1 SGB VI](#) i.d.F. vom 11. Dezember 2018 (gültig ab 1. Januar 2019) werde er in Höhe des halben Betrags geleistet, der sich aus der Anwendung des allgemeinen Beitragssatzes der gesetzlichen Krankenversicherung zuzüglich des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach [§ 242a](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) auf den Zahlbetrag der Rente ergebe. Gemäß [§ 106 Abs. 3 Satz 2 SGB VI](#) werde der monatliche Zuschuss auf die Hälfte der tatsächlichen Aufwendungen für die Krankenversicherung begrenzt. Ein Anspruch auf einen höheren als den von der Beklagten gewährten Zuschuss ergebe sich weder aus [§ 106 SGB VI](#) in der ab 1. Januar 2015 geltenden Fassung noch aus der seit 1. Januar 2019 geltenden Fassung. Denn in beiden Fassungen sei die Höhe des monatlichen Zuschusses gemäß [§ 106 Abs. 3 Satz 2 SGB VI](#) auf die Hälfte der tatsächlichen Aufwendungen für die Krankenversicherung begrenzt. Dass [§ 106 Abs. 3 Satz 1 SGB VI](#) ab 1. Januar 2019 für die Berechnung des Zuschusses nicht nur den allgemeinen Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung, sondern auch den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz nach [§ 242a SGB V](#) heranziehe, sei von der Beklagten soweit ersichtlich ab 1. Januar 2019 zwar nicht berücksichtigt worden, wirke sich aber durch die Begrenzung auf die Hälfte der tatsächlichen Aufwendungen in [§ 106 Abs. 3 Satz 2 SGB VI](#) nicht aus. Genauso wirke es sich nicht aus, dass die Beklagte im Widerspruchsbescheid von einer Beitragsberechnung anhand des um 0,9 Beitragssatzpunkte verminderten allgemeinen Beitragssatzes der gesetzlichen Krankenversicherung ausgehe und damit die Fassung von [§ 106 SGB VI](#) vom 20. April 2007 anwende, da sie gleichwohl von einer Begrenzung auf die Hälfte der tatsächlichen Aufwendungen ausgehe. Der allgemeine Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung hätte gemäß [§ 241 SGB V](#) seit 1. Januar 2015 14,6% betragen. Nach [§ 106 Abs. 3 Satz 1 SGB VI](#) in der bis 31. Dezember 2018 geltenden Fassung kämen mithin 7,3% des Zahlbetrags der Rente ab 1. Januar 2018 in Höhe von 2.462,57 € (also 179,77 €) und ab 1. Juli 2018 185,56 € (bei einem Zahlbetrag der Rente von 2.541,93 €) gewährt werden. Ausgehend von einem durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz nach [§ 242a SGB V](#) in Höhe von 0,9% ab 1. Januar 2019 bzw. von 1,1% ab 1. Januar 2020 käme ab 1. Januar 2019 nach der dann geltenden Fassung von [§ 106 Abs. 3 Satz 1 SGB VI](#) ein Zuschuss in Höhe von 197,00 € (also der Hälfte von 14,6% + 0,9% von 2.541,93 €) bzw. ab 1. Januar 2020 ein Zuschuss in Höhe von 199,54 € (also der Hälfte

aus 14,6% + 1,1% von 2.541,93Â €) gewährt werden. Diese Beträge seien wiederum gemäß [Â§ 106 Abs. 3 Satz 2 SGB VI](#) auf die Hälfte der tatsächlichen Aufwendungen zu begrenzen, ab 1. Januar 2018 also auf 169,70Â € und ab 1. Juli 2018 auf 148,30Â €. Der Kläger wende ausweislich der im Verwaltungs- und Klageverfahren vorgelegten Versicherungsscheine für seine private Kranken- und Pflegeversicherung ab 1. Januar 2018 einen Gesamtbeitrag in Höhe von 410,86Â € bzw. ab 1. Juli 2018 in Höhe von 368,06Â € auf. Da ein Zuschuss zur Pflegeversicherung nicht zu gewähren sei, seien von den Gesamtbeiträgen die Beiträge für die Pflegeversicherung (Tarif PHN 1 in Höhe von 14,52Â €, Tarif PVN in Höhe von 56,94Â €) abzuziehen. Damit ergäbe sich ein monatlicher Beitrag zur privaten Krankenversicherung in Höhe von 339,40Â € ab 1. Januar 2018 und in Höhe von 296,80Â € ab 1. Juli 2018. Hiervon sei kein weiterer Abzug in Höhe des Beitrags von der Ermäßigung des Tarifs MBZ 200 vorzunehmen. Der Beitrag und der Erlös aus dem Tarif MBZ 200 sei ebenfalls als Aufwendung für die Krankenversicherung anzusehen.

[Â§ 106 Abs. 3 Satz 2 SGB VI](#) stelle im Wortlaut ausdrücklich auf die tatsächlichen Aufwendungen für die Krankenversicherung ab. Der Kläger habe durch den von ihm zusätzlich gewährten Tarifbestandteil MBZ 200 tatsächlich geringere Aufwendungen für die private Krankenversicherung. Der Beitrag und der Erlös aus dem Tarif MBZ 200 müsse nicht deshalb bei der Berechnung des Zuschusses unberücksichtigt bleiben, weil es sich um eine eigene, von der privaten Krankenversicherung zu trennende, abstrakte Versicherung handle. Ausweislich der vorgelegten Versicherungsscheine handle es sich um einen besonderen Tarif (vgl. die Darstellung in der Spalte "Tarifbezeichnung"), der als Sonderbedingung aufgeführt werde. Das Versicherungsunternehmen weise den Tarif MBZ 200 auf demselben Versicherungsschein aus, in dem die private Krankenversicherung im übrigen dargestellt werde. Nach der Darstellung des Krankenversicherungsunternehmens handle es sich also um einen besonderen Tarif, der gerade in Bezug zu den übrigen Tarifen besondere Bedingungen aufstelle und nicht grundsätzlich losgelöst davon eine Ansparung eines Guthabens ermöglichen oder eine eigene Versicherung darstellen würde. Die vom Kläger mit dem Tarif MBZ 200 gewährte Art und Weise der Beitragsfinanzierung im Alter mindere tatsächlich die gegen ihn gerichtete Forderung des privaten Krankenversicherungsunternehmens und stelle gerade nicht nur eine getrennte Gutschrift dar, die er wahlweise mit anderen privaten Aufwendungen als denjenigen für die Krankenversicherung saldieren könne. Sehe man den Beitrag und die Ermäßigung aus dem Tarif MBZ 200 demnach als Aufwendung für die Krankenversicherung im Sinne von [Â§ 106 Abs. 3 Satz 2 SGB VI](#) an, so beeinflussten sie auch den tatsächlich zu leistenden Betrag. Der Wortlaut des [Â§ 106 Abs. 3 Satz 2 SGB VI](#) impliziere mit dem Begriff des Tatsächlichen, dass es auf den an das Krankenversicherungsunternehmen im Ergebnis monatlich zu zahlenden Betrag ankomme und nicht auf einen hypothetisch zu leistenden Betrag, wenn bestimmte Sonderbedingungen nicht vereinbart worden wären. Der Wortlaut stelle pauschal auf die tatsächlichen Aufwendungen ab, die in der jeweiligen gewährten privaten Krankenversicherung entstünden. Das Gesetz begrenze die tatsächlichen Aufwendungen nicht auf solche, die für eine dem Leistungskatalog des SGB V entsprechende private Krankenversicherung aufgewendet würden.

Daher können auch tatsächliche Aufwendungen für private Krankenversicherungen berücksichtigt werden, die die gesetzliche Krankenversicherung nicht kenne (z.B. Krankentagegeldversicherung). Ein Einzelvergleich finde nicht statt, die Berechnung erfolge pauschal. Dies bedeute zugleich, dass alle Aufwendungen, die im Zusammenhang mit der Krankenversicherung ständen, berücksichtigt würden, auch wenn sie allgemein der Art und Weise der Finanzierung der Krankenversicherungsbeiträge dienten und sich diese Berechnung wie im vorliegenden Fall zu Lasten des Rentenbezieher auswirke. Schließlich können als Aufwendungen auch nicht bloß die Beiträge für den Tarif MBZ 200 berücksichtigt werden, nicht aber die Ermäßigung zugunsten des Krankenversicherten, da der Begriff der Aufwendungen in [§ 106 Abs. 3 SGB VI](#) als im Sinne des an das Krankenversicherungsunternehmen zu leistenden Betrags zu verstehen sei. Der Begriff Aufwendungen diene an dieser Stelle nicht als Gegenbegriff zu Erträgen, weil Erträge im Rahmen der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung begrifflich nicht vorkämen, eine derartige Terminologie dem Gesetz an dieser Stelle fremd sei. Es sei zudem der Besonderheit der Ausgestaltung des Beitragserstattungstarifs geschuldet, dass ab dem Zeitpunkt, zu dem die Beitragserstattung ausgezahlt werde, weiterhin ein Betrag geschuldet werde, nicht aber unmittelbar saldiert werde und nicht noch eine (geringere) Ermäßigung ausgezahlt werde, die dann für sich allein die übrigen Aufwendungen der Krankenversicherung mindern würde.

Auch der Sinn und Zweck der Regelung in [§ 106 Abs. 3 Satz 2 SGB VI](#) spreche dagegen, den Beitrag für und die Ermäßigung durch den Tarif MBZ 200 bei den Aufwendungen für die Krankenversicherung nicht zu berücksichtigen. [§ 106 Abs. 3 Satz 2 SGB VI](#) erlaube dem Rentenversicherungsträger eine vereinfachte Rechtsanwendung durch das Abstellen auf den vom Krankenversicherungsunternehmen verlangten monatlichen Zahlbetrag. Wäre stattdessen eine Überprüfung der einzelnen Tarifbestandteile im Hinblick darauf erforderlich, welche Leistungen ihnen konkret gegenüberstünden, ob sie auch Finanzierungsbestandteile enthielten und aus welchen Gründen der Versicherungsnehmer Beitragsermäßigungen erhalte, etwa allein deswegen, weil er einen bestimmten Tarif abgeschlossen habe und dafür gesonderte Beiträge entrichtet habe oder aber weil er erst bestimmte (eventuell gesundheitliche) Voraussetzungen erfüllen müsse oder weitere Tarifbestandteile in Kombination abschließen müsse, würde dies auch eine erhebliche Darlegungslast für den Rentenbezieher oder dessen Versicherungsunternehmen darstellen. Derartige Vorlage- oder Kennzeichnungsverpflichtungen des privaten Krankenversicherungsunternehmens sehe das Gesetz nicht vor. Es enthalte vielmehr überhaupt keine Differenzierung hinsichtlich einzelner Tarifbestandteile. Dass der Gesetzgeber allein auf die tatsächlichen Aufwendungen abstelle, diene deshalb auch der Verwaltungsvereinfachung. Dies bedeute auch eine pauschale Anerkennung der privaten Krankenversicherung in ihrer konkreten Ausgestaltung mit ihrer jeweiligen Beitragskalkulation und Finanzierung.

Der Umstand, dass der Kläger sich zum Zweck der eigenen Entlastung im Alter für diesen Tarif entschieden habe und nicht mit der Intention, im Ergebnis auch die Beklagte zu entlasten, führe zu keiner anderen Betrachtung. Dass bei Abschluss eines Versicherungsvertrages nicht alle damit einhergehenden

Rechtsfolgen absehbar seien oder jedenfalls in die Entscheidung miteinbezogen wÃ¼rden, vermindere nicht den Geltungsanspruch der getroffenen Regelung. Soweit der KlÃ¤ger im Verwaltungsverfahren auch auf den Selbstbehalt eingegangen sei und dieses Begehren im Rahmen des Klageverfahrens wegen der beantragten Bewilligung des Zuschusses in gesetzlicher HÃ¶he weiterverfolgt werde, dringe er auch damit nicht durch. Ein Selbstbehalt bzw. Selbstbeteiligungsbetrag an den Kosten der privaten Krankenversicherung stelle keinen Beitrag fÃ¼r die Krankenversicherung dar. Ein Selbstbehalt sei zwar Teil der Beitragskalkulation in der privaten Versicherung und bestimme gemeinsam mit den zu zahlenden PrÃ¤mien oder BeitrÃ¤gen den Preis des Versicherungsschutzes. Er unterscheide sich aber von den BeitrÃ¤gen wesentlich. Mit ihnen werde der Versicherte regelmÃÃig und monatlich belastet. Ob er hingegen einen vereinbarten Selbstbehalt zu tragen habe oder nicht, hÃ¤nge davon ab, ob und in welcher HÃ¶he Krankheitskosten entstÃ¼nden. Dies stehe erst nach Ablauf des jeweiligen Kalenderjahres oder eines sonstigen fÃ¼r den Selbstbehalt maÃgeblichen Zeitraums fest. Der Begriff der Aufwendung fÃ¼r die Krankenversicherung in [Ã 106 Abs. 3 SGB VI](#) sei nicht anders zu verstehen als im Sinne von BeitrÃ¤gen fÃ¼r die Krankenversicherung. Der Selbstbeteiligungsbetrag werde unabhÃ¤ngig von den monatlichen BeitrÃ¤gen vom Versicherten im Fall der Leistungsanspruchnahme verlangt. Er mindere wirtschaftlich gesehen die vom Versicherten im Rahmen der Krankenversicherung aufgewendeten Kosten, aber nicht die Aufwendungen, die dafÃ¼r erforderlich seien, dass Ã¼berhaupt Versicherungsschutz gewÃ¤hrt werde. Der Selbstbeteiligungsbetrag stelle stattdessen eine Minderung des vom Krankenversicherungsunternehmen gewÃ¤hrten Versicherungsschutzes selbst dar, indem er die Versicherungsleistung mindere.

Gegen das den BevollmÃ¤chtigten des KlÃ¤gers gegen Empfangsbekanntnis am 4. Dezember 2020 zugestellte Urteil haben diese am 3. Januar 2021 schriftlich beim Landessozialgericht Baden-WÃ¼rttemberg (LSG) Berufung erhoben. Zur BegrÃ¼ndung machen sie geltend, die Beklagte habe die monatlichen Aufwendungen des KlÃ¤gers fÃ¼r seine private Krankenversicherung unrichtig berechnet und daher den Zuschuss zu seinen KrankenversicherungsbeitrÃ¤gen in falscher HÃ¶he festgesetzt. Streitentscheidend sei, wie der Wortlaut des [Ã 106 Abs. 3 Satz 2 SGB VI](#) auszulegen sei. Zur Berechnung fÃ¼r die HÃ¶he des Zuschusses wÃ¼rden die tatsÃ¤chlichen Aufwendungen fÃ¼r die Krankenversicherung herangezogen. Hierbei kÃ¶nne es sich nur um die vom Versicherungsunternehmen fÃ¼r die Tarife AV 100 und CG 2, die eigentlichen Krankenversicherung, in Rechnung gestellten BetrÃ¤ge handeln. Nur hierbei handele es sich um diejenigen Krankenversicherungskosten, die jeder Versicherte in gleicher Weise fÃ¼r seine Krankenversicherung aufzuwenden habe. Der Gleichbehandlungsgrundsatz gebiete, dass nur diese BetrÃ¤ge als tatsÃ¤chliche Aufwendungen der Krankenversicherung anzusehen seien. Damit der Versicherungsbeitrag bei der privaten Krankenversicherung im Alter nicht so hoch ausfalle, nÃ¤hme der KlÃ¤ger am ErmÃÃigungsprogramm seiner Versicherungsgesellschaft teil. Er zahle monatlich einen Betrag zusÃ¤tzlich zur Krankenversicherung ein, den seine Gesellschaft anlege, um ihm im Alter wieder einen Betrag zurÃ¼ckzuzahlen. Dies sei der im Versicherungsschein ausgewiesene

Bestandteil MBZ 200. Für diesen entrichte er einerseits einen Versicherungsbeitrag und andererseits werde eine Ausschüttung gutgeschrieben und von dem für die Krankenversicherung zu zahlenden Betrag abgezogen. Der Kläger wende für die Krankenversicherung ab dem 1. Januar 2018 442,09 € und ab 1. Juli 2018 442,09 € auf. Der Tarif MBZ sei eine separat zusätzlich abgeschlossene Versicherung. Diese Versicherung zur Beitragsreduzierung hätte er jederzeit bei einem anderen Anbieter abschließen können. Genauso gut hätte er ein Sparbuch, einen Sparplan oder eine Zusatzrentenversicherung abschließen können.

Der Kläger beantragt,

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

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

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

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

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

II.

Die Berufung des Klägers hat keinen Erfolg.

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

Beschluss, weil er die Berufung einstimmig für unbegründet und eine mündliche Verhandlung nicht für erforderlich hält.

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

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

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

Bestandteil der einen, privaten Krankenversicherung mit dem Krankenversicherten oder mit dem Krankenversicherungsunternehmen wären. Wie das SG in seinen Entscheidungsgründen ausgeführt hat, ermöglicht [Â§Â 106 Abs.Â 3 SatzÂ 2 SGB VI](#) es nicht, einzelne Bestandteile des privaten Krankenversicherungsschutzes im Sinne ihres unmittelbaren Einflusses auf die Höhe des monatlichen Krankenversicherungsbeitrages nicht zu berücksichtigen. So ist es dem Kläger bei seinem mit dem Krankenversicherungsunternehmen abgeschlossenen privaten Krankenversicherungsvertrag nicht möglich, einen höheren Krankenversicherungsbeitrag als den tatsächlich sich aus dem Versicherungsschein Ergebenden im Sinne der Krankenversicherungstarife AV1 und CG 2 an das Krankenversicherungsunternehmen zu entrichten und andererseits â getrennt davon â wiederum einen Beitrag für den Tarif MBZ 200 zu entrichten sowie sich gleichzeitig die (höhere) Erstattung aus dem Sondertarif MBZÂ 200 monatlich auszahlen zu lassen. Schon die Bezeichnung âErmäßigungâ im Versicherungsschein zu dem Sondertarif MBZ 200 macht deutlich, dass es sich nicht um eine isoliert vom Krankenversicherungsbeitrag zu betrachtende Forderung des Klägers gegen das Krankenversicherungsunternehmen handelt, die er sich auch vollständig auszahlen lassen könnte, sondern sie hat im Sinne einer ermäßigenden Wirkung unmittelbar Einfluss und ist Teil des tatsächlich zu leistenden monatlichen Krankenversicherungsbeitrags.

Nach diesen Gründen ist die Berufung zurückzuweisen.

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

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

Â

Erstellt am: 30.06.2023

Zuletzt verändert am: 23.12.2024