

Bundessozialgericht
Urt. v. 27.05.2014, Az.: B 5 RE 6/14 R

Anspruch auf einen Zuschuss zu einer privaten Krankenzusatzversicherung für einen Rentenbezieher mit Auslandswohnsitz in der Schweiz

Gericht: BSG

Entscheidungsform: Urteil

Datum: 27.05.2014

Referenz: JurionRS 2014, 22268

Aktenzeichen: B 5 RE 6/14 R

ECLI: [keine Angabe]

Verfahrensgang:

vorgehend:

SG Karlsruhe - 25.07.2011 - AZ: S 16 R 1794/10

Rechtsgrundlagen:

§ 249a SGB V

§ 106 Abs. 1 S. 1 und S. 2 SGB VI

§ 193 Abs. 3 VVG

Fundstellen:

Breith. 2015, 241-252

SGb 2014, 441-442

BSG, 27.05.2014 - B 5 RE 6/14 R

in dem Rechtsstreit

Az: B 5 RE 6/14 R

L 11 R 3594/11 (LSG Baden-Württemberg)

S 16 R 1794/10 (SG Karlsruhe)

.....,

Kläger und Revisionsbeklagter,

gegen

Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg,

Gartenstraße 105, 76135 Karlsruhe,

Beklagte und Revisionsklägerin.

Der 5. Senat des Bundessozialgerichts hat auf die mündliche Verhandlung vom 27. Mai 2014 durch den Vorsitzenden Richter Dr. B e r c h t o l d , die Richterin Dr. G ü n n i k e r und den Richter K a r m a n s k i sowie die ehrenamtlichen Richter v a n N i e u w e n b o r g und G ü n t h e r

für Recht erkannt:

Tenor:

Auf die Revision der Beklagten wird das Urteil des Landessozialgerichts Baden-Württemberg vom 4. Dezember 2012 aufgehoben und das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 25. Juli 2011 geändert.

Die Klage wird insgesamt abgewiesen.

Außergerichtliche Kosten des Rechtsstreits sind nicht zu erstatten.

Gründe

I

- 1 Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob dem Kläger ein Anspruch auf einen Zuschuss zu den Aufwendungen für seine in der Schweiz durchgeführte freiwillige Krankenversicherung nach § 106 Abs 1 SGB VI zusteht.
- 2 Der 1935 geborene Kläger, der seinen Wohnsitz in der Schweiz hat, bezieht eine Altersrente nach schweizerischem Recht sowie seit dem 1.1.2001 eine Altersrente aus der deutschen gesetzlichen Rentenversicherung (Rentenbescheid vom 31.1.2001), die mit Wirkung zum 1.6.2002 unter Berücksichtigung ausländischer Versicherungszeiten neu festgestellt worden ist (Rentenbescheid vom 10.2.2010).
- 3 Seit 1999 ist der Kläger bei der Schweizer Groupe Mutuel in Bezug auf ambulante Arztbehandlungen, stationäre Krankenhausbehandlungen, Arzneimittel, Heilmittel und zahnärztliche Behandlungen sowie Zahnersatz versichert. Nach den weiteren Feststellungen des LSG besteht bei demselben Unternehmen eine freiwillige Zusatzversicherung in Bezug auf weitere Risiken im Krankheitsfall.
- 4 Mit Schreiben vom 10.8.2009 beantragte der Kläger bei der Beklagten "einen Zuschuss zum (freiwilligen) Krankenversicherungsbeitrag gem. § 106 SGB VI " ab Beginn seiner Altersrente nebst gesetzlicher Verzinsung.
- 5 Zur Begründung gab er an, jedenfalls vor der Gesetzesänderung zum 1.5.2007 einen Anspruch auf Zuschuss zu seiner schweizerischen Krankenversicherung gehabt zu haben. Aufgrund der geltenden Besitzstandsregelung gelte der Anspruch auch über dieses Datum hinaus fort. Einen früheren Antrag habe er nicht gestellt, weil es die Rechtsvorgängerin der Beklagten, die LVA Baden-Württemberg, versäumt habe, ihm im Rahmen des Rentenverfahrens das entsprechende Formular zugänglich zu machen. Er habe davon ausgehen müssen, dass ihm sämtliche Formulare übersandt worden seien.
- 6 Mit Bescheid vom 28.8.2009 lehnte die Beklagte den Antrag ab. Der Kläger unterliege als Bezieher einer Rente aus der schweizerischen Rentenversicherung mit Wohnsitz in der Schweiz der obligatorischen Krankenversicherungspflicht nach dem schweizerischen Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18.3.1994 (KV-Obligatorium nach dem KVG). Damit sei ein Anspruch auf Zuschuss zu den Aufwendungen ausgeschlossen. Den hiergegen am 5.10.2009 eingelegten Widerspruch wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 3.2.2010 zurück. Nach dem ab dem 1.5.2007 geltenden Recht sei kein Zuschuss zu gewähren, weil die schweizerische Krankenversicherung als Pflichtversicherung zu werten sei. Auch im Zeitpunkt des Rentenbeginns habe keine Möglichkeit zur Zahlung eines Beitragszuschusses bestanden, weil nach dem damals gültigen deutsch-schweizerischen Sozialversicherungsabkommen die Zahlung eines Beitragszuschusses ausgeschlossen gewesen sei, wenn der Rentner in der Schweiz dem KV-Obligatorium unterliege. Ab Inkrafttreten des zwischen der Europäischen Union und der schweizerischen Eidgenossenschaft geschlossenen Abkommens über die Koordinierung der Sozialversicherungssysteme (Freizügigkeitsabkommen) am 1.6.2002 sei hinsichtlich von

Zusatzversicherungen die Zahlung eines Beitragszuschusses zwar möglich gewesen. Es habe jedoch keine Veranlassung bestanden, den Kläger zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Abkommens hinsichtlich seiner Rechte zu beraten oder entsprechende Antragsformulare zu versenden.

- 7 Auf die hiergegen erhobene Klage hat das SG Karlsruhe den Bescheid der Beklagten vom 28.8.2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 3.2.2010 aufgehoben und die Beklagte verurteilt, dem Kläger ab dem 1.1.2005 einen Zuschuss zu dessen Aufwendungen für die Krankenversicherung unter Berücksichtigung der Kosten seiner obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKPV) zu zahlen sowie die jeweiligen Zahlungsansprüche ab 1.3.2005 mit 4 vH zu verzinsen. Im Übrigen hat das SG die Klage abgewiesen (Urteil vom 25.7.2011).

- 8 Die hiergegen eingelegte Berufung der Beklagten hat das LSG Baden-Württemberg mit Urteil vom 4.12.2012 zurückgewiesen. Zur Begründung hat es im Wesentlichen ausgeführt: Dem Kläger stehe ab dem 1.1.2005 ein Anspruch auf Gewährung eines Zuschusses zu den Aufwendungen für die Krankenversicherung unter Berücksichtigung der Kosten der OKPV bei der Groupe Mutuel zu. Die Voraussetzungen des § 106 Abs 1 S 1 SGB VI lägen vor. Der Kläger beziehe eine Altersrente aus der deutschen gesetzlichen Rentenversicherung. Zwar sei er nicht freiwillig in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung und auch nicht bei einem Krankenversicherungsunternehmen versichert, das der deutschen Aufsicht unterliege. Der schweizerische Krankenversicherungsträger sei einem solchen Krankenversicherungsunternehmen aber gleichzustellen. Dies folge aus zwischenstaatlichem Recht iVm Europarecht und der Rechtsprechung des EuGH. Im Urteil vom 6.7.2000 (C-73/99 , Movrin - SozR 3-6050 Art 10 Nr 6) habe der EuGH ausdrücklich ausgeführt, dass ein im Recht eines Mitgliedstaates vorgesehener Zuschuss zu den Aufwendungen für die Krankenversicherung - wie § 106 SGB VI und § 249a SGB V - eine Geldleistung bei Alter im Sinne der Verordnung (EWG) Nr 1408/71 sei, auf die der Bezieher einer nach dem Recht eines Staates zu zahlenden Rente auch dann Anspruch habe, wenn er in einem anderen Mitgliedstaat wohne und dort der Krankenversicherungspflicht unterliege. Dies gelte über das Freizügigkeitsabkommen auch für die Schweiz. Vor dem Hintergrund dieser Rechtsprechung sei § 106 Abs 1 S 1 SGB VI in seiner zweiten Alternative ("bei einem Krankenversicherungsunternehmen, das der deutschen Aufsicht unterliegt") dahingehend europarechtskonform auszulegen, dass hierunter auch Krankenversicherungsunternehmen fielen, die - wie hier - der Aufsicht eines anderen EU-Mitgliedstaates oder der Schweiz unterlägen, wenn zur Bemessung der Krankenversicherungsbeiträge die deutsche Rente nicht herangezogen werde. Umgekehrt bedeute dies, dass eine Pflichtkrankenversicherung, für die auch nach Ansicht des Senats kein Anspruch auf Zahlung eines Zuschusses nach § 106 SGB VI bestehe, bei einer ausländischen Krankenversicherung im Geltungsbereich der Verordnungen (EWG) Nr 1408/71 bzw (EG) Nr 883/2004 nur vorliege, wenn der Abschluss der Krankenversicherung gesetzlich vorgeschrieben sei und die Beiträge zu dieser Versicherung kraft Gesetzes auch aus der deutschen Rente erhoben würden. Damit werde sichergestellt, dass der Versicherte vom deutschen Rentenversicherungsträger einen Beitragszuschuss zur ausländischen Krankenversicherung entweder über § 249a SGB V (analog) oder nach § 106 SGB VI erhalte. Dieses Verständnis des § 106 SGB VI trage dem Umstand Rechnung, dass die Organisation der Krankenversicherung der anderen EU-Mitgliedstaaten bzw der Schweiz mit dem inländischen System nicht ohne Weiteres vergleichbar sei. Die nach deutschem Recht vorgesehene Unterscheidung zwischen Pflichtversicherung und freiwilliger bzw privater Versicherung habe zur Folge, dass entweder an den Versicherten ein Zuschuss ausgezahlt (§ 106 SGB VI) oder ein Teil der aus der Rente zu zahlenden gesetzlichen Beiträge übernommen werde (§ 249a SGB V). Wenn aber Letzteres - wie im vorliegenden Fall - aufgrund der ausländischen Regelungen zur Finanzierung der Krankenversicherung nicht umsetzbar sei, weil keine einkommensabhängigen Beiträge, sondern Kopfpauschalen zu entrichten seien, könne dies nicht dazu führen, dass dem Bezieher einer deutschen Rente aufgrund seines Wohnsitzes in einem anderen EU-Mitgliedstaat bzw der Schweiz der Zuschuss zu den Kosten der Krankenversicherung als Teil seines Rentenanspruchs verwehrt bleibe. Dies verstoße gegen den Grundsatz der Freizügigkeit der Arbeitnehmer, auf dem die genannten EG-Verordnungen beruhen. Seien demnach die Voraussetzungen des § 249a SGB V - wie vorliegend - nicht erfüllt und entstünden dem Bezieher einer Rente aus der deutschen gesetzlichen Rentenversicherung für seinen Krankenversicherungsschutz in einem anderen

EU-Mitgliedstaat bzw der Schweiz Kosten, dann habe sich die Beklagte über eine entsprechende Anwendung des § 106 Abs 1 S 1 SGB VI hieran zu beteiligen.

- 9 § 106 Abs 1 S 2 SGB VI in der ab dem 1.5.2007 geltenden Fassung stehe dem Anspruch des Klägers nicht entgegen. Es fehle am Kriterium der "Gleichzeitigkeit". Unter Berücksichtigung dieses Kriteriums greife die Ausschlussregelung nur dann ein, wenn neben einer bestehenden Pflichtversicherung ein Zuschuss zu einer weiteren privaten Krankenversicherung begehrt werde. Der Kläger begehre aber keinen Zuschuss zu seinen Aufwendungen für eine private Krankenversicherung, sondern für seinen originären Krankenversicherungsschutz in der Schweiz. Die Ausschlussregelung des § 106 Abs 1 S 2 SGB VI finde daher keine Anwendung.
- 10 Schließlich habe der Kläger den Zuschuss auch beantragt. Zwar sei die Antragstellung erst im August 2009 erfolgt. In Anwendung des sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs sei der Kläger jedoch so zu stellen, als habe er rechtzeitig zum 1.6.2002 (Inkrafttreten des Freizügigkeitsabkommens) den Zuschuss beantragt. Die Beklagte habe ihre Pflicht zur Beratung anlässlich des Rentenanspruchs des Klägers vom 10.2.2000 verletzt, wodurch diesem ein Nachteil entstanden sei. Gemäß § 44 Abs 4 S 1 SGB X sei der Zuschuss allerdings nur rückwirkend für vier Jahre zu gewähren. Der Zinsanspruch ergebe sich aus § 44 Abs 1 SGB I .
- 11 Mit der vom LSG zugelassenen Revision rügt die Beklagte sinngemäß eine Verletzung des § 106 SGB VI .
- 12 Ob dem Kläger ein Anspruch auf einen Zuschuss nach § 106 SGB VI in der ab dem 1.5.2007 gültigen Fassung zustehe, hänge davon ab, ob es sich bei dem KV-Obligatorium der Schweiz um eine gesetzliche Pflichtkrankenversicherung handele. Dies sei der Fall. Die Krankenversicherung in der Schweiz erfasse alle Personen mit Wohnsitz in der Schweiz. Diese müssten sich innerhalb von drei Monaten nach Wohnsitznahme oder Geburt versichern oder versichern lassen, wenn sie selbst keine Verträge schließen könnten. Träger der Krankenversicherung könnten zwar juristische Personen des privaten oder öffentlichen Rechts sein. Anders als in Deutschland gälten für die öffentlich-rechtlichen Krankenkassen und die privaten Krankenversicherungsunternehmen aber dieselben gesetzlichen Regelungen hinsichtlich der von der Krankenversicherungspflicht erfassten Personen, des Leistungskatalogs, der Voraussetzungen für die Leistungserbringung usw. Das KV-Obligatorium gehöre als Teil der schweizerischen Sozialversicherung in den Bereich des öffentlichen Rechts. Die Versicherten genössen nur in ganz beschränktem Umfang Wahlfreiheiten. Insbesondere die Frage, ob eine Person dem KV-Obligatorium unterliege, sowie das Beitrags- und Leistungsrecht seien gesetzlich zwingend festgelegt. Ein Leistungsausschluss bestimmter Risiken sei nicht möglich. Zudem könnten Versicherte die Krankenkasse wechseln, ohne hierdurch Nachteile zu erleiden. Der Versicherer habe dagegen kein Kündigungsrecht. Auch wenn das KV-Obligatorium zum Teil durch private Krankenversicherungsunternehmen durchgeführt und die Pflichtversicherung durch einen Vertrag geregelt werde, handele es sich doch um eine gesetzliche Pflichtkrankenversicherung. Lediglich die Zusatzversicherungen seien privatrechtliche Versicherungen, bei deren Ausgestaltung Versicherte und Versicherer die Gestaltungsmöglichkeiten des Vertragsrechts nutzen könnten. Entgegen der Auffassung des LSG könne aus dem Urteil des EuGH vom 6.7.2000 (aaO) nicht abgeleitet werden, dass eine Pflichtkrankenversicherung bei einer ausländischen Krankenversicherung nur dann vorliege, wenn die Beiträge zu dieser Versicherung kraft Gesetzes auch aus der deutschen Rente erhoben würden. Diese Auffassung entbehre auch sonst jeglicher Grundlage.
- 13 Die Beklagte weist weiter sinngemäß darauf hin, dass zudem das Kriterium der Gleichzeitigkeit erfüllt sei. Hierzu trägt sie vor, der Kläger unterhalte bei der Groupe Mutuel zwei verschiedene Versicherungsverhältnisse, zum einen die obligatorische Krankenversicherung und zum anderen eine private Krankenzusatzversicherung nach dem schweizerischen Versicherungsvertragsgesetz (VVG).
- 14 Die Zahlung eines Zuschusses nach § 106 SGB VI zu einer Pflichtversicherung sei ausgeschlossen. Dies verstoße entgegen der Ansicht des LSG auch nicht gegen den Grundsatz der Freizügigkeit der

Arbeitnehmer. Die grundsätzliche Exportierbarkeit von Geldleistungen nach Art 10 Abs 1 VO (EWG) Nr 1408/71 bzw Art 7 VO (EG) Nr 883/2004 werde von den Rentenversicherungsträgern nicht in Frage gestellt. Voraussetzung für den Leistungsexport sei jedoch, dass die entsprechenden nationalen Anspruchsvoraussetzungen (unabhängig vom Wohnort) erfüllt seien.

- 15** Bei rechtzeitiger Antragstellung vor dem 1.5.2007 hätte dem Kläger zwar nach der damals geltenden Rechtslage ein Anspruch auf einen Zuschuss nach § 106 SGB VI (frühestens ab dem 1.6.2002, dem Inkrafttreten des Freizügigkeitsabkommens) zu seiner Krankenzusatzversicherung nach dem VVG zugestanden. Der Kläger habe den Zuschuss jedoch erst am 17.8.2009 beantragt. Zum Zeitpunkt der Antragstellung sei aber die Gewährung eines Beitragszuschusses gemäß § 106 Abs 1 S 2 SGB VI in der ab dem 1.5.2007 gültigen Fassung nicht mehr zulässig gewesen. Eine Pflicht, den Kläger anlässlich seines Rentenanspruchs vom 10.2.2000 auf die Möglichkeit der Beantragung eines Zuschusses zu den Aufwendungen für seine private Krankenzusatzversicherung nach Inkrafttreten des zu erwartenden Freizügigkeitsabkommens hinzuweisen, habe nicht bestanden.
- 16** Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Landessozialgerichts Baden-Württemberg vom 4. Dezember 2012 aufzuheben sowie das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 25. Juli 2011 zu ändern und die Klage insgesamt abzuweisen.
- 17** Der Kläger ist im Revisionsverfahren nicht vertreten.
- II
- 18** Die zulässige Revision der Beklagten ist begründet. Das Rechtsmittel hat zum Teil schon aus prozessrechtlichen Gründen Erfolg (A.I.). Im Übrigen sind die angefochtenen Entscheidungen nicht mit der materiellen Rechtslage vereinbar (A.II.).
- 19** A.I. LSG und SG haben die Beklagte verurteilt, dem Kläger "einen Zuschuss zu dessen Aufwendungen für die Krankenversicherung unter Berücksichtigung der Kosten seiner obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu zahlen". Nach dem Verständnis des erkennenden Senats umfasst dieser Tenor eine Verurteilung der Beklagten zu einer Beteiligung an den Kosten des Klägers sowohl für seine obligatorische Krankenversicherung als auch seine freiwillige Krankenversicherung. Soweit die vorinstanzlichen Entscheidungen die Beklagte mit der Tragung von Zuschüssen zu der obligatorischen Krankenversicherung des Klägers belasten, gehen sie über dessen Klagebegehren hinaus und verletzen damit § 123 SGG. Der Kläger hat mit der Klageschrift vom 23.4.2010 ebenso wie zuvor mit seinem Schreiben vom 10.8.2009 lediglich einen Zuschuss zu seiner freiwilligen bzw privaten Krankenversicherung beantragt. Allein hierüber befindet der Bescheid der Beklagten vom 28.8.2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 3.2.2010. Eine über diesen Regelungsgegenstand hinausgehende Klage wäre unzulässig gewesen.
- 20** Zwar hat die Beklagte eine Verletzung des § 123 SGG nicht gerügt. Einen Verstoß gegen diese Vorschrift und damit eine Verkennung des Streitgegenstands hat der erkennende Senat aber von Amts wegen zu beachten. Hierbei handelt es sich um einen Mangel, der im Revisionsverfahren fortwirkt, sodass er bei Nichtbeachtung auch das Verfahren des Revisionsgerichts fehlerhaft machen würde (vgl allgemein BSG SozR 4-1500 § 155 Nr 1 RdNr 31), weshalb seine Überprüfung dem Belieben der Beteiligten entzogen ist (vgl allgemein BSGE 99, 189 [BSG 08.11.2007 - B 9/9a SB 3/06 R] = SozR 4-1500 § 155 Nr 2, RdNr 13).
- 21** II. Der Bescheid der Beklagten vom 28.8.2009 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 3.2.2010 ist entgegen der Auffassung der Vorinstanzen rechtmäßig. Dem Kläger steht kein Anspruch auf Gewährung eines Zuschusses zu den Aufwendungen für seine freiwillige bzw private Krankenversicherung gemäß § 106 Abs 1 SGB VI zu.

- 22** Auf der Grundlage der vom LSG getroffenen Tatsachenfeststellungen ist zwar nicht entscheidbar, ob die Anspruchsvoraussetzungen des § 106 Abs 1 S 1 SGB VI erfüllt sind. Gleichwohl ist eine Zurückverweisung der Sache an das Berufungsgericht nach § 170 Abs 2 SGG entbehrlich. Denn selbst wenn die Voraussetzungen des S 1 gegeben wären, stünde dem Kläger der geltend gemachte Anspruch nicht zu. Es ist zumindest der Ausschlussgrund des § 106 Abs 1 S 2 SGB VI verwirklicht, und zwar sowohl in der ab dem 1.5.2007 als auch der davor geltenden Fassung.
- 23** 1. Gemäß § 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.
- 24** Zu Recht hat das LSG festgestellt, dass der Kläger zu dem berechtigten Personenkreis im Sinne der Vorschrift gehört, weil er seit dem 1.1.2001 eine Altersrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung bezieht (Bescheid vom 31.1.2001). Hingegen ist für den erkennenden Senat nicht beurteilbar, ob es sich bei der Groupe Mutuel um ein Krankenversicherungsunternehmen iS von § 106 Abs 1 S 1 SGB VI handelt.
- 25** Krankenversicherungsunternehmen im Sinne der Vorschrift 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 (vgl BSGE 14, 116, 118 = SozR Nr 2 zu § 381 RVO; BSGE 27, 129, 130 [BSG 23.08.1967 - 3 RK 55/66], 131 = SozR Nr 15 zu § 381 RVO; BSG SozR 2200 § 385 Nr 11 S 50 zu § 534 Abs 1 RVO und § 173a RVO ; BSGE 58, 224, 225 [BSG 10.07.1985 - 5a RKn 24/83] = SozR 2600 § 239 Nr 1 zu § 239 Abs 1 S 1 RKG, § 534 RVO und § 173a Abs 1 RVO ; s auch KomGRV § 106 SGB VI RdNr 4, Stand: März 2009). In dieser Definition erschöpft sich die Bedeutung des Begriffs Krankenversicherungsunternehmen. Für die Auffassung des LSG, bei ausländischen Unternehmen sei darauf abzustellen, dass diese zur Bemessung der Krankenversicherungsbeiträge die deutsche Rente nicht heranziehen, gibt der Wortlaut des § 106 Abs 1 S 1 SGB VI nichts her. Ebenso wenig sind dem Urteil des EuGH vom 6.7.2000 (aaO) Anhaltspunkte für eine solche Auslegung zu entnehmen.
- 26** Zwar ist offensichtlich, dass die Schweizer Groupe Mutuel nicht Träger der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung ist, und angesichts der genannten Vorgaben unschädlich, dass das Berufungsgericht keine Feststellungen dazu getroffen hat, ob die Groupe Mutuel privat- oder öffentlich-rechtlich organisiert ist. Entscheidungserheblich iS des § 106 Abs 1 S 1 SGB VI , den Feststellungen des LSG aber nicht entnehmbar, ist dagegen, ob dieses Unternehmen auch eine private Krankenversicherung iS des § 106 Abs 1 S 1 SGB VI durchführt.
- 27** Nach den Ausführungen des Berufungsgerichts umfasst die bei der Groupe Mutuel bestehende OKPV des Klägers ambulante Arztbehandlungen, stationäre Krankenhausbehandlungen, Arznei- und Heilmittel sowie zahnärztliche Behandlungen und Zahnersatz, während die bei demselben Unternehmen bestehende freiwillige Zusatzversicherung weitere Risiken im Krankheitsfall abdeckt. Um welche Risiken es sich hierbei handelt, lässt sich dem Urteil nicht entnehmen. Nicht jede private Versicherung - gleich welchen Umfangs - ist indes zuschusspflichtig (vgl BSGE 20, 159, 161 [BSG 13.02.1964 - 3 RK 28/62] = SozR Nr 5 zu § 381 RVO; BSG Urteil vom 2.8.1989 - 1 RA 33/88 - SozR 2200 § 1304e Nr 22 S 34 = Juris RdNr 16).
- 28** Zwar ist nicht erforderlich, dass die private Krankenversicherung des Rentenbeziehers eine Vollversicherung ist, die nach Art und Höhe Leistungen gewährt wie die gesetzliche Krankenversicherung bei versicherungspflichtigen Rentnern (vgl Peters in Kasseler Komm, Sozialversicherungsrecht, § 106 SGB VI RdNr 10, Stand: Dezember 2010). Im Interesse zumindest einer gewissen Vergleichbarkeit mit der ebenfalls zuschusspflichtigen freiwilligen gesetzlichen Krankenversicherung, die eine Vollversicherung ist, ist in Fortführung der zu § 1304e RVO entwickelten Rechtsprechung des BSG aber eine Krankenversicherung von nennenswerter Bedeutung zu verlangen (BSGE 50, 61 [BSG 20.03.1980 - 11 RJz 7/79] = SozR 2200 § 1304e Nr 5

in einem Auslandsfall und allgemein BSG Urteil vom 2.8.1989 - 1 RA 33/88 - SozR 2200 § 1304e Nr 22 S 34 = Juris RdNr 16). Hiervon dürfte jedenfalls dann auszugehen sein, wenn die private Versicherung einen Teilbereich der im SGB V vorgesehenen Leistungen bei Krankheit - entweder ambulante, stationäre oder zahnärztliche Behandlung, Heil- und Hilfsmittel, Arzneien, medizinische Leistungen zur Rehabilitation oder Ähnliches - abdeckt (so auch Zweng/Scherer/Buschmann/Dörr, Handbuch der Rentenversicherung, Teil II Bd 2, § 106 SGB VI RdNr 22, Stand: 01/08).

- 29** Sollte der Kläger bei der Groupe Mutuel eine private Krankenversicherung mit einem nicht ausreichenden Krankenversicherungsschutz unterhalten, lägen die Voraussetzungen des § 106 Abs 1 S 1 SGB VI nicht vor.
- 30** Anderenfalls wäre den Anforderungen der Norm genügt. Zu Recht hat das LSG hinsichtlich der weiteren Voraussetzung des § 106 Abs 1 S 1 SGB VI ausgeführt, es sei ausreichend im Sinne der Vorschrift, dass die Groupe Mutuel der schweizerischen Aufsicht untersteht.
- 31** Nach Art 10 Abs 1 der im Februar 2010 noch in Kraft befindlichen VO (EWG) Nr 1408/71, die im Verhältnis zwischen der Bundesrepublik Deutschland und der Schweiz Anwendung findet (Art 8 iVm Anhang II Abschn A Nr 1 des Abkommens zwischen der Europäischen Gemeinschaft und ihren Mitgliedstaaten einerseits und der Schweizerischen Eidgenossenschaft andererseits über die Freizügigkeit vom 21.6.1999 [ABI EG L 114/6 vom 30.4.2002; BGBl II 2001, 810], durch Zusatzprotokoll [ABI EU L 89/30 vom 28.3.2006] auf die am 1.5.2004 beigetretenen Mitgliedstaaten erweitert), dürfen die Geldleistungen bei Alter, auf die nach den Rechtsvorschriften eines oder mehrerer Mitgliedstaaten ein Anspruch besteht, nicht deshalb gekürzt, geändert, zum Ruhen gebracht, entzogen oder beschlagnahmt werden, weil der Berechtigte im Gebiet eines anderen Mitgliedstaates als des Staates wohnt, in dessen Gebiet der zur Zahlung verpflichtete Träger seinen Sitz hat. Daher kann 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 (EuGH, aaO, S 19 mwN). Zu den Geldleistungen bei Alter iS der Art 1 Buchst t und Art 10 Abs 1 VO (EWG) Nr 1408/71 zählt auch ein im Recht eines Mitgliedstaates vorgesehener Zuschuss zu den Aufwendungen zur Krankenversicherung (EuGH, aaO).
- 32** Unter Berücksichtigung dieser im Verhältnis zwischen der Bundesrepublik Deutschland und der Schweiz zu berücksichtigenden Vorgaben ist ausreichend, wenn das ausländische Krankenversicherungsunternehmen, bei dem der Rentenbezieher versichert ist, der Aufsicht des Mitgliedstaates oder gleichgestellten Staates unterliegt, in dem das Krankenversicherungsunternehmen seinen Sitz hat (vgl auch Peters, aaO, § 106 SGB VI RdNr 12, Stand: Dezember 2010). Ansonsten liefe die von Art 10 Abs 1 VO (EWG) Nr 1408/71 gewährleistete Exportierbarkeit einer Geldleistung im Alter bei Rentenbeziehern, die in einem anderen Mitgliedstaat oder gleichgestellten Staat wohnen und bei einem dort ansässigen Krankenversicherungsunternehmen versichert sind, letztlich wegen ihrer Wohnsitznahme leer.
- 33** Sollten die Voraussetzungen des § 106 Abs 1 S 1 SGB VI vorliegen, wäre der Anspruch des Klägers jedoch gleichwohl ausgeschlossen, weil der Ausschlussgrund des § 106 Abs 1 S 2 SGB VI verwirklicht ist.
- 34** 2.a) Gemäß § 106 Abs 1 S 2 SGB VI in der mit Wirkung vom 1.5.2007 geltenden Fassung des Art 1 Nr 33 des Gesetzes zur Anpassung der Regelaltersgrenze an die demografische Entwicklung und zur Stärkung der Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Rentenversicherung (RV-Altersgrenzenanpassungsgesetz) vom 20.4.2007 (BGBl I 554) erhalten Rentenbezieher den Zuschuss nicht, wenn sie gleichzeitig in einer in- oder ausländischen gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind.
- 35** aa) Die schweizerische OKPV ist eine ausländische gesetzliche Krankenversicherung, die den Kläger als Pflichtmitglied erfasst. Dies ergibt sich unter Berücksichtigung der Vorschriften des schweizerischen KVG im Vergleich mit den im vorliegenden Zusammenhang wesentlichen

- 36** Zwar ist ausländisches Recht nicht revisibel, sodass das Revisionsgericht grundsätzlich an die Feststellungen des Tatsachengerichts und dessen rechtliche Schlussfolgerungen gebunden ist (BSGE 68, 184, 187 = SozR 3-2400 § 18a Nr 2 mwN; BSGE 80, 295, 298 ff [BSG 24.07.1997 - 11 RAr 95/96] = SozR 3-4100 § 142 Nr 1; BSG SozR 4-4200 § 11 Nr 7 RdNr 25; BSGE 102, 211 [BSG 18.12.2008 - B 11 AL 32/07 R] = SozR 4-4300 § 142 Nr 4, RdNr 14). Dies gilt jedoch nicht, wenn das Tatsachengericht eine ausländische Rechtsnorm übersehen und in der angefochtenen Entscheidung nicht gewürdigt hat; denn dann handelt es sich nicht um die Überprüfung der Auslegung einer irrevisiblen Norm, sondern um die Anwendung des geltenden Rechts auf einen vom Berufungsgericht festgestellten Sachverhalt (BSGE 71, 163, 165 [BSG 13.10.1992 - 4 RA 24/91] = SozR 3-5050 § 15 Nr 4; BSGE 100, 1 [BSG 29.01.2008 - B 5a/5 R 20/06 R] = SozR 4-3250 § 33 Nr 1, RdNr 14; BSGE 102, 211 [BSG 18.12.2008 - B 11 AL 32/07 R] = SozR 4-4300 § 142 Nr 4, RdNr 14; Leitherer in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 10. Aufl 2012, § 162 RdNr 6c). Aus diesem Grund ist der erkennende Senat zur Anwendung der Vorschriften des KVG befugt. Das LSG hat keine Norm dieses Gesetzes seiner Entscheidung zugrunde gelegt. Ebenso ist der erkennende Senat berechtigt, generelle Tatsachen - wie die Strukturen einer Krankenversicherung - selbst festzustellen (vgl hierzu Leitherer, aaO, § 163 RdNr 7 mwN).
- 37** (1) Die OKPV ist zunächst eine gesetzliche Krankenversicherung.
- 38** Sie ist eine "Versicherung" ua gegen das Risiko der "Krankheit" (Art 1a Abs 1 und Abs 2 Buchst a KVG). Sie erbringt bei Eintritt eines Versicherungsfalles Kosten für Leistungen (insbesondere Art 24, 25 und 31 KVG), an denen sich die Versicherten beteiligen müssen (Art 64 KVG). Dafür erhebt sie Beiträge (Prämien) von den Versicherten (Art 61 KVG; vgl auch Gerlinger, Das Schweizer Modell der Krankenversicherung - Zu den Auswirkungen der Reform von 1996, 2003, S 8 zu Nr 2.2). Sie ist also - ebenso wie die deutsche gesetzliche Krankenversicherung - keine Einrichtung eines staatlichen Gesundheitswesens mit Versorgungscharakter (vgl Peters, aaO, Vor § 1 SGB V RdNr 17, Stand: Juni 2007). Die OKPV ist auch eine "gesetzliche" Krankenversicherung. Sie ist - wie die deutsche gesetzliche Krankenversicherung - bis in Einzelheiten gesetzlich geregelt (vgl Peters, aaO, Vor § 1 SGB V RdNr 19). Das KVG enthält Vorschriften über die Versicherungspflicht (2. Titel, 1. Kapitel), die Organisation (2. Titel, 2. Kapitel), die Leistungen (2. Titel, 3. Kapitel), die Leistungserbringer (2. Titel, 4. Kapitel) und die Finanzierung (2. Titel, 5. Kapitel). Die OKPV ist schließlich auch eine soziale Krankenversicherung (Art 1a Abs 1 KVG).
- 39** (2) Die schweizerische OKPV ist zudem eine Pflichtversicherung iS des § 106 Abs 1 S 2 SGB VI .
- 40** Bei der Beurteilung von Ansprüchen der Auslandsrentner hat die Rechtsprechung wiederholt ua hinsichtlich der Prüfung einer gesetzlichen Pflichtversicherung den möglicherweise anders gelagerten Verhältnissen im Ausland Rechnung getragen. Insoweit wird lediglich vorausgesetzt, dass die ausländische gesetzliche Krankenversicherung wenigstens annähernd mit der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbar ist (BSG SozR 2200 § 381 Nr 22 S 56; BSGE 47, 64, 65 = SozR 2200 § 381 Nr 30).
- 41** Dies trifft auf die schweizerische OKPV unter dem Gesichtspunkt der Pflichtversicherung zu.
- 42** Zwar beginnt die Pflichtversicherung in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung kraft Gesetzes mit der Verwirklichung eines bestimmten Tatbestandes, während in der Schweiz Versicherungspflicht besteht, aufgrund derer sich alle Personen mit dortigem Wohnsitz versichern müssen (Art 3 Abs 1 KVG), was den Abschluss eines Versicherungsvertrages erfordert.
- 43** Dieser Unterschied ist allerdings unwesentlich und steht einer Bewertung der OKPV als einer mit der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung annähernd vergleichbaren Versicherung nicht entgegen.
- 44**

Sowohl Pflichtversicherung als auch Versicherungspflicht bewirken, dass die von ihnen erfassten Personen verbindlich einer Versicherung zugeführt werden. Dass der Versicherungspflicht nach dem KVG auch tatsächlich nachgekommen wird, wird nicht dem freiwilligen Entschluss der Betroffenen überlassen, sondern durch Rechtszwang sichergestellt (Johannes W. Pichler in ders., Pflichtversicherung oder Versicherungspflicht in der Krankenversicherung, 2001, S 1, 15). Personen, die ihrer Versicherungspflicht nicht rechtzeitig nachkommen, werden von den zuständigen kantonalen Behörden einem Versicherer zugewiesen (Art 6 Abs 2 KVG). Die Versicherer müssen in ihrem örtlichen Tätigkeitsbereich jede versicherungspflichtige Person aufnehmen (Art 4 Abs 2 KVG). Dieser Kontrahierungszwang bewirkt, dass Alters-, Geschlechts-, Gesundheits- oder ethnische Selektionen ausgeschlossen sind (vgl auch Johannes W. Pichler, aaO, S 16 und Richner in Johannes W. Pichler, aaO, S 41, 53) und damit jede versicherungspflichtige Person tatsächlich einen Versicherungsschutz erhält.

- 45 Der Versicherungsschutz wird auch nicht dadurch vermindert, dass die OKPV von Krankenkassen, die sowohl juristische Personen des öffentlichen als auch des privaten Rechts sein können (Art 11 Buchst a iVm Art 12 Abs 1 KVG), und zudem von privaten Versicherungsunternehmen (Art 11 Buchst b KVG) betrieben wird.
- 46 Abgesehen davon, dass alle Versicherer die Bewilligung zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung benötigen (Art 13 KVG) und jede versicherungspflichtige Person aufnehmen müssen (Art 4 Abs 2 KVG), können sie auch keiner versicherten Person kündigen (Richner, aaO, S 53). Solange die Versicherungspflicht dauert, müssen sie die Versicherten behalten (Art 5 Abs 3 KVG). Nur die Versicherten können den Versicherer wechseln (Art 7 Abs 1 bis 3 KVG), es sei denn, die Versicherer führen die soziale Krankenversicherung nicht mehr durch (Art 7 Abs 4 KVG). Auch in diesem Fall droht den Versicherten allerdings nicht der Verlust der Krankenversicherung. Zwar entzieht die zuständige Behörde einem Versicherer die Bewilligung zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung, wenn er darum ersucht oder die gesetzlichen Voraussetzungen nicht mehr erfüllt (Art 13 Abs 3 S 1 KVG). Der Entzug wird aber erst dann wirksam, wenn alle Versicherten von anderen Versicherern übernommen worden sind (Art 13 Abs 3 S 2 KVG). Auch gelten bezüglich der sozialen Krankenversicherung für alle Versicherer, dh sowohl für die privaten und öffentlich-rechtlichen Krankenkassen als auch die privaten Versicherungsunternehmen, identische Grundsätze (Richner, aaO, S 54).
- 47 (3) Die OKPV ist schließlich nicht mit der Versicherung nach § 193 Abs 3 des deutschen VVG vergleichbar. Ebenso wie die deutsche gesetzliche Krankenversicherung ist die OKPV eine vorrangige Versicherung, die - mit geringfügigen Ausnahmen - die gesamte Wohnbevölkerung erfasst (vgl Maurer/Scartazzini/Hürzeler, Bundessozialversicherungsrecht, 3. Aufl 2009, S 284 RdNr 2). 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 (Langheid in Römer/Langheid, VVG, 4. Aufl 2014, § 193 RdNr 23); dieser Teil beläuft sich auf unter 10 %. Die Versicherungspflicht nach § 193 Abs 3 S 1 VVG gilt ua nicht für Personen, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert oder versicherungspflichtig sind (§ 193 Abs 3 S 2 Nr 1 VVG). Allein die gesetzliche Krankenversicherung schützt aber über 90 % der Wohnbevölkerung (Peters, aaO, § 1 SGB V RdNr 4, Stand: Juni 2007).
- 48 (4) Entgegen der Auffassung des LSG kann das Vorliegen einer Pflichtkrankenversicherung iS des § 106 Abs 1 S 2 SGB VI bei ausländischen Krankenversicherungen nicht davon abhängig gemacht werden, dass deren Beiträge kraft Gesetzes aus der deutschen Rente erhoben werden. Hierfür geben weder der Wortlaut der Norm noch die Pflichtversicherung im Sinne des SGB V etwas her (vgl § 5 Abs 1 SGB V).
- 49 Das LSG stützt seine Auslegung auf die Überlegung, dass die Beiträge für die schweizerische obligatorische Krankenversicherung unabhängig vom Einkommen nach Kopfprämien erhoben werden (Art 61 KVG), diese Beitragserhebung nicht zu § 249a SGB V "passt", nach dem die Träger der Rentenversicherung "die Hälfte der nach der Rente zu bemessenden Beiträge ..." tragen, und der Kläger daher bei Qualifizierung der obligatorischen Krankenversicherung als Pflichtversicherung keinerlei Ansprüche gegen die Beklagte auf Beteiligung an seinen Aufwendungen zur

Krankenversicherung habe, was gegen europäisches Recht verstoße.

- 50** Derartige "Ergebnisauslegungen" genügen indes nicht den anerkannten Auslegungsgrundsätzen und verbieten sich insoweit von selbst. Die vom LSG vorgenommene Interpretation des § 106 Abs 1 S 2 SGB VI unter Berücksichtigung des § 249a SGB V vermengt unzulässig die Anwendungsbereiche beider Normen und ist weder verfassungs- noch unionsrechtlich geboten.
- 51** § 106 Abs 1 SGB VI einerseits und § 249a SGB V andererseits sind selbstständige Vorschriften, die für Rentenbezieher unter bestimmten Voraussetzungen zu unterschiedlichen Rechtsfolgen (Zuschuss zu den Aufwendungen für die Krankenversicherung oder anteilige hälftige Beitragstragung) hinsichtlich unterschiedlicher Versicherungen (freiwillige gesetzliche Krankenversicherung bzw private Krankenversicherung oder in- oder ausländische gesetzliche Pflichtkrankenversicherung) führen. Ihre Auslegung hat unabhängig voneinander zu erfolgen. Verfassungs- oder unionsrechtliche Zweifelsfragen bei der einen Vorschrift berühren die andere Vorschrift nicht, sondern sind vielmehr begrenzt auf die jeweilige Norm zu beurteilen.
- 52** Aus der Verpflichtung zur unionsrechtskonformen Auslegung des nationalen Rechts (vgl BVerfGE 75, 223, 237 [BVerfG 08.04.1987 - 2 BvR 687/85] ; Jarass in Jarass/Pieroth, GG, 12. Aufl 2012, Art 23 RdNr 27; Streinz in ders, EUV/AEUV, 2. Aufl 2012, Art 4 EUV RdNr 33, jeweils mwN) ergibt sich kein anderes Ergebnis.
- 53** Die unionsrechtskonforme Auslegung unterliegt den gleichen Grenzen wie die verfassungskonforme Auslegung (BAGE 105, 32, 48 f; Jarass, aaO). Diese darf einem nach Wortlaut und Sinn eindeutigen Gesetz keinen entgegengesetzten Sinn verleihen oder den normativen Gehalt der auszulegenden Norm nicht grundlegend neu bestimmen (BVerfGE 71, 81, 105 [BVerfG 22.10.1985 - 1 BvL 44/83] ; 90, 263, 275; 109, 279, 316 f). Mit diesen Grenzen zulässiger Auslegung wäre es nicht vereinbar, die eindeutig getrennten Anwendungsbereiche des § 106 Abs 1 SGB VI einerseits und des § 249a SGB V andererseits miteinander zu vermengen.
- 54** Eine derartige Auslegung hat auch der EuGH im Urteil vom 6.7.2000 (aaO) nicht vorgenommen. Statthafter Gegenstand einer Auslegungs- oder Gültigkeitsfrage im Vorabentscheidungsverfahren nach Art 267 des Vertrages über die Arbeitsweise der Europäischen Union (AEUV) sind Rechtssätze des Unionsrechts (vgl Ehrlicke in Streinz, aaO, Art 267 AEUV RdNr 13, 17). Fragen der Auslegung nationalen Rechts sind daher ausgenommen (vgl zB EuGH Urteil vom 3.10.2000 - C-58/98 , Corsten - Juris RdNr 24; EuGH Urteil vom 2.6.2005 - C-136/03, Dörr und Ünal - Juris RdNr 46). Dementsprechend hat sich der EuGH in dem dem Urteil vom 6.7.2000 zugrunde liegenden Vorabentscheidungsverfahren (aaO) auch nur mit den Fragen beschäftigt, ob eine im Recht eines Mitgliedstaates vorgesehene Beteiligung eines Rentenversicherers an den Beiträgen zur Krankenversicherung eine Geldleistung bei Alter iS von Art 1 Buchst t und Art 10 Abs 1 VO (EWG) Nr 1408/71 darstellt, und ob diese Leistung unter Berücksichtigung unionsrechtlicher Bestimmungen dem in einem anderen Mitgliedstaat wohnenden und dort der Krankenversicherungspflicht unterliegenden Rentner verwehrt werden darf.
- 55** § 106 Abs 1 SGB VI ist weder verfassungs- noch unionsrechtlich zu beanstanden.
- 56** 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 (so schon im Ergebnis BSG SozR 2200 § 381 Nr 23). Da die Pflichtmitgliedschaft eines Inlandsrentners in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung die Gewährung eines Beitragszuschusses ausschließt, ist es nicht zu beanstanden, wenn die Pflichteinbeziehung in ein ausländisches gesetzliches Krankenschutzsystem dieselbe Wirkung hat.
- 57** Nichts anderes gilt unter Berücksichtigung von Unionsrecht.

- 58** Dem zur Auslegung unionsrechtlicher Vorschriften ergangenen Urteil des EuGH vom 6.7.2000 (aaO) liegt 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 Kläger aber ebenfalls kein Anspruch aus § 106 Abs 1 SGB VI zu.
- 59** Ob auch § 249a SGB V mit verfassungs- und unionsrechtlichen Vorgaben vereinbar ist, falls eine Beteiligung der Rentenversicherungsträger nach dieser Vorschrift an den Kosten einer ausländischen Pflichtkrankenversicherung ausscheiden sollte, die wie die schweizerische obligatorische Krankenversicherung Beiträge als Kopfprämien (Art 61 KVG) erhebt, hat der Senat nicht zu entscheiden. Streitgegenstand des anhängigen Verfahrens ist allein ein Anspruch des Klägers auf Gewährung eines Zuschusses zu seiner freiwilligen bzw privaten Krankenversicherung nach § 106 Abs 1 SGB VI und nicht die anteilige Tragung seiner Beiträge zur obligatorischen Krankenversicherung nach § 249a SGB V .
- 60** bb) Unterhielte der Kläger eine private Krankenversicherung bei der Groupe Mutuel mit einem ausreichenden Krankenversicherungsschutz iS des § 106 Abs 1 S 1 SGB VI - nur dann wären die Anspruchsvoraussetzungen der Norm erfüllt -, wäre auch das Kriterium der Gleichzeitigkeit gegeben.
- 61** Der Ausschlussstatbestand des § 106 Abs 1 S 2 SGB VI ist unter dem Gesichtspunkt der Gleichzeitigkeit verwirklicht, wenn neben der privaten Krankenversicherung zeitgleich Versicherungspflicht in einer in- oder ausländischen gesetzlichen Krankenversicherung besteht (vgl Peters, aaO, § 106 SGB VI RdNr 13, Stand: Dezember 2010). Der Kläger unterliegt aufgrund seiner Wohnsitznahme in der Schweiz der Versicherungspflicht in der OKPV und wäre zeitgleich bei demselben Krankenversicherungsträger freiwillig krankenzusatzversichert.
- 62** 2.b) Auch vor Inkrafttreten der Neufassung des § 106 Abs 1 S 2 SGB VI zum 1.5.2007 hat dem Kläger kein Anspruch auf einen Beitragszuschuss nach § 106 Abs 1 S 1 SGB VI zugestanden.
- 63** Gemäß § 106 Abs 1 S 2 SGB VI in der bis 30.4.2007 geltenden Bekanntmachung der Neufassung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch vom 19.2.2002 (BGBl I 754 - nachfolgend alter Fassung [aF]) war ein Anspruch nach S 1 ausgeschlossen, wenn Rentenbezieher gleichzeitig in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert waren.
- 64** Nach der Rechtsprechung des BSG zur früheren Gesetzeslage (vgl zB BSG SozR 2200 § 381 Nr 16; Nr 22 S 55; BSGE 47, 64, 65 = SozR 2200 § 381 Nr 30; s auch BT-Drucks 16/3794, S 37 zu Nr 33) ist einem Auslandsrentner, der die Voraussetzungen für die Gewährung des Beitragszuschusses erfüllt, dieser jedoch gleichwohl zu versagen, wenn er von einer ausländischen gesetzlichen Krankenversicherung als Pflichtmitglied erfasst wird, soweit diese wenigstens annähernd mit der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbar ist, was bejaht wurde, wenn sich das ausländische Versicherungssystem im Kern als Vollversicherung darstellt, dh mindestens die stationäre als auch ambulante Behandlung umfasst (BSGE 35, 15 [BSG 20.10.1972 - 3 RK 10/72] = SozR Nr 32 zu § 381 RVO; BSGE 47, 64, 66 = SozR 2200 § 381 Nr 30). Diese Folge ist aus dem Gleichheitssatz des Art 3 Abs 1 GG abzuleiten. Ein Auslandsrentner soll einen Beitragszuschuss nur erhalten können, wenn bei vergleichbarer Sachlage auch einem Inlandsrentner diese Leistung zu gewähren wäre. Da die Pflichtmitgliedschaft eines Inlandsrentners in der gesetzlichen Krankenversicherung die Gewährung des Beitragszuschusses ausschließt, muss die Einbeziehung in ein ausländisches gesetzliches Krankenschutzsystem dieselbe Wirkung haben. Insoweit zieht der Gleichheitsgrundsatz dem an sich nach dem Gesetzeswortlaut gegebenen Anspruch eine Grenze (BSGE 47, 64, 65 = SozR 2200 § 381 Nr 30).
- 65** Die schweizerische OKPV stellt nicht nur eine ausländische gesetzliche Krankenversicherung dar, die den Kläger als Pflichtmitglied erfasst (vgl A.II.2.aa)). Sie ist darüber hinaus auch inhaltlich mit der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung annähernd vergleichbar, weil sie sich ebenfalls als Vollversicherung darstellt.

- 66** Sie übernimmt die Kosten für die Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen (Art 25 Abs 1 KVG). Diese Leistungen umfassen die Untersuchungen und Behandlungen, die ambulant, stationär oder in einem Pflegeheim sowie die Pflegeleistungen, die in einem Spital von Ärzten/Ärztinnen, Chiropraktoren/Chiropraktorinnen oder von Personen durchgeführt werden, die auf Anordnung oder im Auftrag dieser Leistungserbringer Leistungen erbringen (Art 25 Abs 2 Buchst a KVG). Ferner gehören zum Leistungskatalog insbesondere die ärztlich verordneten Analysen, Arzneimittel und die der Untersuchung oder Behandlung dienenden Mittel und Gegenstände (Art 25 Abs 2 Buchst b KVG), ein Beitrag zu den Kosten von ärztlich angeordneten Badekuren (Art 25 Abs 2 Buchst c KVG), die ärztlich durchgeführten oder angeordneten Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation (Art 25 Abs 2 Buchst d KVG) sowie der Aufenthalt im Spital entsprechend dem Standard der allgemeinen Abteilung (Art 25 Abs 2 Buchst e KVG). Kosten für zahnärztliche Behandlungen werden (nur) unter engen Voraussetzungen übernommen (Art 31 KVG).
- 67** Der Qualifizierung der OKPV als Vollversicherung steht nicht entgegen, dass der Versicherte an den Kosten beteiligt wird (Art 64 KVG); auch die deutsche gesetzliche Krankenversicherung kennt eine Kostenbeteiligung der Versicherten etwa in Form von Zuzahlungen (§ 61 SGB V). Auch ist unerheblich, dass die Leistungen der OKPV nicht als Naturalleistung, sondern in Form der Kostenerstattung erbracht (Art 24 KVG; BSGE 47, 64, 65 = SozR 2200 § 381 Nr 30) und die Kosten der Zahnbehandlung nur begrenzt erstattet werden (vgl BSGE 47, 64, 66 = SozR 2200 § 381 Nr 30).
- 68** 3. Da der Kläger keinen Anspruch auf Gewährung eines Zuschusses nach § 106 Abs 1 SGB VI aF hat, kann ihm dieser auch nicht im Wege des Herstellungsanspruchs zuerkannt werden. Dieses Rechtsinstitut findet seine Rechtfertigung im Rechtsstaatsprinzip, und zwar in dessen Ausprägung als Gebot der Herstellung von materieller Gerechtigkeit iVm denjenigen Regelungen des geschriebenen Rechts, in denen dieses Gebot - konkretisierend - umgesetzt werden soll (Seewald in Kasseler Komm, Sozialversicherungsrecht, Vor §§ 38 bis 47 SGB I RdNr 124, Stand: Juni 2012). Damit kann im Wege des Herstellungsanspruchs keine Vergünstigung erwirkt werden, die dem Betroffenen nach geltendem Recht nicht zusteht.
- 69** 4. Schließlich kann der Kläger zu seinen Gunsten auch nichts aus Art 3 Abs 1 GG iVm einer möglicherweise anderen gleichmäßigen Verwaltungspraxis der Beklagten herleiten.
- 70** Nach den Ausführungen der Beklagten in der Revisionsbegründung scheint diese unter Geltung der bis zum 30.4.2007 geltenden Fassung des § 106 Abs 1 SGB VI Beziehern einer Rente aus der deutschen gesetzlichen Rentenversicherung mit Wohnsitz in der Schweiz bei Abschluss einer zusätzlichen privaten Krankenversicherung und rechtzeitigem Antrag einen Beitragszuschuss nach dieser Norm gewährt zu haben. Ob eine derartige Verwaltungspraxis der Beklagten bestanden hat, bedarf indes keiner Aufklärung. Selbst wenn dies der Fall wäre, könnte der Kläger hieraus keine Rechtsvorteile ableiten. Aus den oben dargelegten Gründen hat einem Auslandsrentner, der seinen Wohnsitz in der Schweiz hat und in der OKPV versichert ist, kein Anspruch auf Gewährung eines Zuschusses nach § 106 Abs 1 SGB VI aF zugestanden, sodass eine entsprechende Gewährung rechtswidrig gewesen ist. Auf eine Gleichheit im Unrecht kann sich niemand berufen (BVerfGE 50, 142, 166 [BVerfG 17.01.1979 - 1 BvL 25/77] ; BVerfG NVwZ 1994, 475, 476 [BVerfG 28.06.1993 - 1 BvR 390/89] ; BVerfGE 34, 278, 283 ; 92, 153, 154 f, 157).
- 71** Mangels Bestehens eines Anspruchs auf Gewährung eines Beitragszuschusses nach § 106 Abs 1 SGB VI kommt ein Zinsanspruch nicht in Betracht.
- 72** B. Der Senat kann in der Sache entscheiden, obwohl der Kläger im Revisionsverfahren nicht vertreten ist, sodass er sich nicht äußern kann. Einer Entscheidung steht der Anspruch des Klägers auf Gewährung rechtlichen Gehörs iS von § 62 SGG , Art 103 Abs 1 GG nicht entgegen.
- 73** Eine Versagung rechtlichen Gehörs liegt nicht vor, weil der Kläger nicht von den ihm im Verfahrensrecht eröffneten Möglichkeiten Gebrauch gemacht hat, sich rechtliches Gehör zu

verschaffen (stRspr BSG Beschluss vom 25.11.2008 - B 5 R 308/08 B - Juris RdNr 7; BVerwG Beschluss vom 31.8.1988 - 4 B 153/88 - Juris RdNr 10, mwN).

- 74** Sollte der Kläger bedürftig sein, hätte er einen Antrag auf Bewilligung von Prozesskostenhilfe und Beiordnung eines Rechtsanwalts beantragen können, um sich rechtliches Gehör zu verschaffen. Da die Beklagte das Rechtsmittel der Revision eingelegt hat, hätte diesem Antrag ohne Prüfung der Erfolgsaussichten der Rechtsverteidigung (§ 73a Abs 1 S 1 SGG iVm § 119 Abs 1 S 2 ZPO) stattgegeben werden müssen. Ist der Kläger nicht bedürftig im Sinne des Gesetzes, wäre es seine prozessuale Obliegenheit gewesen, zur Ermöglichung der Teilnahme am Revisionsverfahren einen Rechtsanwalt mit der Vertretung seiner Interessen auf eigene Kosten zu beauftragen.
- 75** Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 Abs 1 und 4 SGG .

Dr. Berchtold
Dr. Günniker
Karmanski
van Nieuwenborg
Günther

Hinweis: Das Dokument wurde redaktionell aufgearbeitet und unterliegt in dieser Form einem besonderen urheberrechtlichen Schutz. Eine Nutzung über die Vertragsbedingungen der Nutzungsvereinbarung hinaus - insbesondere eine gewerbliche Weiterverarbeitung außerhalb der Grenzen der Vertragsbedingungen - ist nicht gestattet.