jusline®
»» Recht. Schnell

Sie können die QR Codes nützen um später wieder auf die neuste Version eines Gesetzestexts zu gelangen.

TE Vwgh Erkenntnis 2008/4/2 2006/08/0165

JUSLINE Entscheidung

Veröffentlicht am 02.04.2008

Index

66/01 Allgemeines Sozialversicherungsgesetz;
66/02 Andere Sozialversicherungsgesetze;

Norm

ASVG §16 Abs1;
ASVG §16 Abs6;
GSKVG 1971 §2 Abs1 Z1 idF 1976/706;
GSKVGNov 05te 1976 Art2 Abs4;
GSVG 1978 §233 Abs3;
GSVGNov 10te Art2 Abs11 Z1;
GSVGNov 13te Art3 Abs3;
GSVGNov 19te Art2;
GSVGNov 19te;

Betreff

Der Verwaltungsgerichtshof hat durch den Vorsitzenden Senatspräsident Dr. Müller und die Hofräte Dr. Strohmayer, Dr. Köller, Dr. Moritz und Dr. Lehofer als Richter, im Beisein des Schriftführers Mag. Marzi, über die Beschwerde der Tiroler Gebietskrankenkasse, vertreten durch Dr. Hans-Peter Ullmann, Dr. Stefan Geiler, Mag. Priska Seeber, Rechtsanwälte in 6020 Innsbruck, Maria-Theresien-Straße 17-19, gegen den Bescheid der Bundesministerin für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz vom 23. Februar 2006, Zl. BMSG-321179/0001- II/A/3/2006, betreffend Selbstversicherung in der Krankenversicherung gemäß § 16 ASVG (mitbeteiligte Partei: B K in N), zu Recht erkannt:

Spruch

Die Beschwerde wird als unbegründet abgewiesen.

Die beschwerdeführende Gebietskrankenkasse hat dem Bund (Bundesminister für Soziales und Konsumentenschutz) Aufwendungen in der Höhe von EUR 51,50 binnen zwei Wochen zu ersetzen.

Begründung

Mit dem im Instanzenzug ergangenen angefochtenen Bescheid stellte die belangte Behörde fest, dass der Mitbeteiligte vom 1. Jänner 1975 bis zum 31. Dezember 1999 der Selbstversicherung in der Krankenversicherung gemäß § 16 ASVG unterlegen sei; ab 1. Jänner 2000 bis laufend sei er nicht der Selbstversicherung unterlegen.

In der Begründung gab die belangte Behörde das Verwaltungsgeschehen wieder, stellte die Rechtslage dar und ging

von folgendem Sachverhalt aus:

"(Der Mitbeteiligte) hat im Jahr 1975 den elterlichen Gewerbebetrieb übernommen. Da auf Grund der Bestimmungen des Gewerblichen Selbständigen-Krankenversicherungsgesetztes 1971 (GSKVG) keine Pflichtversicherung in der Krankenversicherung bestand, hat (der Mitbeteiligte) sich für die freiwillige Selbstversicherung in der Krankenversicherung nach § 16 Abs. 1 ASVG entschieden.

Nach Einführung der gesetzlichen Krankenversicherung nach dem GSVGK mit 1.1.1977 bestand für (den Mitbeteiligten) mehrmals die Wahlmöglichkeit in die gesetzliche Pflichtkrankenversicherung nach dem GSVGK bzw. in der Folge nach dem Gewerblichen Sozialversicherungsgesetz (GSVG) zu wechseln oder per Antrag in der Selbstversicherung gemäß § 16 Abs. 1 ASVG zu verbleiben. (Der Mitbeteiligte) entschied sich für den Verbleib in der Krankenversicherung nach dem ASVG.

Nebenbei betreibt (der Mitbeteiligte) seit 1.1.2000 einen land(forst)wirtschaftlichen Betrieb, dessen Einheitswert den für die Pflichtversicherung in der bäuerlichen Krankenversicherung maßgeblichen Betrag von ATS 20.000,-- (bis 31.12.2001) bzw. Euro 1.500,-- (ab 1.1.2002) übersteigt. (Dem Mitbeteiligten) ist aufgrund dieser Tätigkeit ab 1.1.2000 in der Krankenversicherung nach dem BSVG pflichtversichert."

Dieser Sachverhalt ergebe sich aus den vorliegenden Verwaltungsakten und Unterlagen.

In rechtlicher Hinsicht führte die belangte Behörde aus, es sei strittig, ob die Selbstversicherung des Mitbeteiligten in der Krankenversicherung nach § 16 Abs. 1 ASVG beendet werden könne bzw. beendet worden sei. Gemäß § 233 Abs. 3 und 4 GSVG hätten sich bei Einführung der Pflichtversicherung der Gewerblichen Selbstständigen-Krankenversicherung (GSKVG) Personen, die in der Krankenversicherung nach dem ASVG selbstversichert gewesen seien, über Antrag von der Pflichtversicherung in der Krankenversicherung nach dem GSVG befreien lassen können. Mit der 10. Novelle zum GSVG seien zwar Abs. 3 und 4 des § 233 aufgehoben worden, Art. II Abs. 11 dieser Novelle (und in der Folge Art. II der 19. GSVG-Novelle, BGBl. 1993/336) habe jedoch in den Übergangsbestimmungen die Möglichkeit vorgesehen, die Ausnahme von der Gewerblichen Pflichtkrankenversicherung wegen Selbstversicherung in der Krankenversicherung nach dem ASVG zu beenden und zur GSVG-Krankenversicherung zu wechseln. Der Mitbeteiligte habe diese Möglichkeit des Wechsels in die GSVG-Krankenversicherung nicht in Anspruch genommen und sei in der ASVG-Krankenversicherung verblieben. Nach dem 30. Juni 1994 sei ein Übertritt in die GSVG Pflichtversicherung nicht mehr möglich gewesen, sodass ab diesem Zeitpunkt ein "ewiger Ausnahmetatbestand" aus dem GSVG vorliege. Die Ausnahme von der Pflichtversicherung bleibe auch dann weiterhin bestehen, wenn die Selbstversicherung nach dem ASVG beendet werde. Hinsichtlich der Möglichkeit zur Beendigung der Selbstversicherung in der Krankenversicherung nach dem ASVG sei anzumerken, dass sich Personen, die nicht in einer gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert seien, in der Krankenversicherung auf Antrag selbst versichern könnten. Diese Selbstversicherung würde nach § 16 Abs. 6 ASVG unter anderem bei Wegfall der Voraussetzungen für die Selbstversicherung enden. Nachdem der Mitbeteiligte wegen seiner land(forst)wirtschaftlichen Tätigkeit auf Grund des Überschreitens des Einheitswertes von EUR 1.500,-- der von ihm bewirtschafteten Liegenschaften ab 1. Jänner 2000 bis laufend in der Krankenversicherung der Bauern pflichtversichert sei, seien die Voraussetzungen für den Bestand einer freiwilligen Krankenversicherung nach § 16 ASVG ab dem Zeitpunkt des Beginns der gesetzlichen Pflichtversicherung im BSVG weggefallen. Die (freiwillige) Krankenversicherung des Mitbeteiligten nach § 16 ASVG habe demnach gemäß § 16 Abs. 6 ASVG ohne Notwendigkeit einer Austrittserklärung mit 31. Dezember 1999 geendet.

Gegen den Ausspruch, der Mitbeteiligte sei ab 1. Jänner 2000 bis laufend nicht der Selbstversicherung in der Krankenversicherung gemäß § 16 ASVG unterlegen, richtet sich die vorliegende Beschwerde mit dem Antrag, den Bescheid der belangten Behörde im angefochtenen Umfang wegen Rechtswidrigkeit seines Inhaltes aufzuheben.

Die belangte Behörde hat die Verwaltungsakten vorgelegt und die kostenpflichtige Abweisung der Beschwerde beantragt.

Der Verwaltungsgerichtshof hat erwogen:

Der Mitbeteiligte hat nach den Feststellungen im Jahre 1975 den elterlichen Gewerbebetrieb übernommen. Da nach dem Gewerblichen Selbstständigen-Krankenversicherungsgesetz - GSKVG 1971, BGBl. Nr. 287/1971, keine Pflichtversicherung in der Krankenversicherung bestand, hat er sich nach § 16 Abs. 1 ASVG, wonach sich Personen, die

nicht in einer gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind, solange ihr Wohnsitz im Inland gelegen ist, in der Krankenversicherung auf Antrag selbst versichern können, selbst versichert.

Gemäß § 2 Abs. 1 Z. 1 der 5. Novelle zum GSKVG, BGBl. Nr. 706/1976 (in Kraft bis zum 31. Dezember 1978) wurden ab 1. Jänner 1977 alle Mitglieder der Kammern der gewerblichen Wirtschaft in die Pflichtversicherung in der Krankenversicherung einbezogen.

Artikel II Abs. 4 (Übergangsbestimmungen) dieser Novelle bestimmt, dass die in die Krankenversicherung einbezogenen Personen, die am 31. Dezember 1976 in der Krankenversicherung nach dem ASVG freiwillig versichert sind bzw. als freiwillig versichert gelten, von der Pflichtversicherung in der Krankenversicherung nach dem GSKVG für die Dauer der am 1. Jänner 1977 bestehenden Selbstversicherung auf Antrag zu befreien sind, wenn der Antrag bis längstens 31. Dezember 1977 bei der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft gestellt wird. Die Befreiung wirkt rückwirkend ab 1. Jänner 1977. Die Entscheidung obliegt der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft.

Mit 1. Jänner 1979 wurde das GSKVG vom Gewerblichen Sozialversicherungsgesetz - GSVG, BGBl. Nr. 560/1978, abgelöst. Weiterhin sind - nunmehr gemäß § 2 Abs. 1 Z 1 GSVG - die Mitglieder der Kammern der gewerblichen Wirtschaft in der Krankenversicherung pflichtversichert, soweit es sich um natürliche Personen handelt.

Nach der bis 31. Dezember 1986 in Geltung gestandenen Bestimmung des § 233 Abs. 3 GSVG bleiben Personen, die am 31. Dezember 1978 gemäß Art. II Abs. 4 der 5. Novelle zum GSKVG, BGBl. Nr. 706/1976, von der Pflichtversicherung in der Krankenversicherung nach dem GSKVG befreit sind, für die Dauer der bestehenden freiwilligen Versicherung in der Krankenversicherung nach dem ASVG von der Pflichtversicherung in der Gewerblichen Krankenversicherung befreit.

Artikel II Abs. 11 Z. 1 (Übergangsbestimmungen) der 10. Novelle zum GSVG, BGBl. Nr. 112/1986, normiert, dass Personen von der Pflichtversicherung in der Krankenversicherung nach dem GSVG ausgenommen sind, die am 30. Juni 1986 gemäß § 233 Abs. 3 bzw. Abs. 4 GSVG von der Pflichtversicherung in der Krankenversicherung befreit waren.

In Artikel III Abs. 3 (Schlussbestimmungen) der 13. Novelle zum GSVG, BGBl. Nr. 610/1987, wird geregelt, dass für Personen, die gemäß Art. II Abs. 11 der 10. Novelle zum GSVG von der Pflichtversicherung in der Krankenversicherung nach dem GSVG ausgenommen sind, diese Ausnahme ihre Wirksamkeit verliert, wenn dies bis 31. Dezember 1988 bei der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft beantragt wird und die freiwillige Versicherung in der Krankenversicherung nach dem ASVG im Kalendermonat der Antragstellung beendet ist. Die Pflichtversicherung in der Krankenversicherung nach dem GSVG beginnt in diesen Fällen mit dem Ersten des Kalendermonates, der der Antragsstellung folgt.

Art. II (Schlussbestimmung) der 19. Novelle zum GSVG, BGBl. Nr. 336/1993, normiert, dass für Personen, die gemäß Art. II Abs. 11 der 10. Novelle zum GSVG von der Pflichtversicherung in der Krankenversicherung nach dem GSVG ausgenommen sind, die Ausnahme ihre Wirksamkeit verliert, wenn dies bis 30. Juni 1994 bei der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft beantragt wird. Die Pflichtversicherung in der Krankenversicherung nach dem GSVG beginnt in diesen Fällen mit dem Ersten des Kalendermonates, der der Antragstellung folgt.

Im vorliegenden Fall hat der Mitbeteiligte keine der aufgezeigten Möglichkeiten eines Wechsels in die Krankenversicherung nach dem GSVG genützt. Seit 1. Jänner 2000 ist der Mitbeteiligte in der Krankenversicherung nach dem BSVG pflichtversichert. Eine Erklärung, aus der Selbstversicherung nach dem ASVG auszutreten, hat der Mitbeteiligte nicht abgegeben.

Gemäß § 16 Abs. 6 Einleitungssatz ASVG endet die Selbstversicherung ua. mit dem Wegfall der Voraussetzungen. Eine der Voraussetzungen für die Selbstversicherung in der Krankenversicherung ist gemäß § 16 Abs. 1 Einleitungssatz ASVG, dass die betreffende Person nicht in einer gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert ist. Mit dem Eintritt einer Pflichtversicherung in der sozialen Krankenversicherung - hier:

nach dem BSVG - endet somit die Selbstversicherung in der Krankenversicherung nach dem ASVG ex lege.

Die beschwerdeführende Gebietskrankenkasse vertritt in der Beschwerde jedoch die Ansicht, eine Auslegung allein auf Basis des Wortlautes der Bestimmung des § 16 Abs. 6 ASVG verbiete sich angesichts des durch den Gesetzgeber

aufgebauten Systems der Pflichtversicherung. Wörtlich wird in der Beschwerde ausgeführt:

"Zum Zeitpunkt der Übernahme des elterlichen Gewebebetriebes im Jahr 1975 hatten die Bestimmungen des damals in Geltung stehenden gewerblichen selbständigen Krankenversicherungsgesetzes 1971 (GSKVG) keine Pflichtversicherung einer Krankenversicherung vorgesehen, was für den Mitbeteiligten auch Anlass dafür war, sich für die (damals) freiwillige (im eigentlichen Wortsinn zu verstehende) Selbstversicherung in der Krankenversicherung nach § 16 Abs. 1 ASVG (in der damals geltenden Fassung) zu entscheiden. Nach der späteren Einführung der gesetzlichen Krankenversicherung nach dem GSKVG mit 01.01.1977 bestand für den Mitbeteiligten, wie auch die Berufungsbehörde zutreffend erkannt hat, mehrmals die Wahlmöglichkeit, in die gesetzliche Pflichtkrankenversicherung nach dem GSVGK bzw. in weiterer Folge auch nach dem gewerblichen Sozialversicherungsgesetz (GSVG) zu wechseln, oder über entsprechenden Antrag in der Selbstversicherung nach § 16 Abs. 1 ASVG zu verbleiben. Ein Übertritt des Mitbeteiligten in das System der gesetzlichen Sozialversicherung (GSVG) ist nicht erfolgt.

Nach der von der Berufungsbehörde zitierten Bestimmung des § 233 Abs 3 und 4 GSVG konnten sich Personen, die in der Krankenversicherung nach dem ASVG selbst versichert waren, über ihren Antrag von der Pflichtversicherung in der Krankenversicherung nach dem GSVG befreien lassen. Sinn und Zweck dieser Befreiung war es aber keinesfalls, jenen Versicherten, die ursprünglich den Krankenversicherungsschutz über die Selbstversicherung (im eigentlichen Sinne) abgedeckt hatten, weiterhin die 'Freiwilligkeit' des Versicherungsschutzes zu überlassen, sondern nur die Option einzuräumen, entweder in die gesetzliche Pflichtversicherung nach dem GSVG zu wechseln, oder aber die bestehende Krankenversicherung in der formal als 'Selbstversicherung' laufenden Versicherungspflicht nach dem ASVG beizubehalten. Es ist dem Gesetzgeber in diesem Zusammenhang nicht zu unterstellen, dass jene Versicherten, die sich seinerzeit für die Selbstversicherung in der Krankenversicherung entschieden hatten, von der gesetzlichen Pflichtversicherung ausgenommen sein und es durch Abgabe einer einseitigen Erklärung in ihren Händen haben sollten, quasi einen Austritt aus der Krankenversicherung zu erklären. Eine solche Regelung wäre noch verständlich, wenn eine solche Beendigung der Selbstversicherung automatisch zur Einbeziehung in die GSVG-Pflichtversicherung führen würde, was aber nach entsprechender Auslegung des § 233 Abs 3 und 4 GSVG definitiv nicht der Fall ist. Mit der 10. Novelle zum GSVG wurden zwar die Absätze 3 und 4 des § 233 aufgehoben, Art. II Abs. 11 der Novelle sah jedoch in den Übergangsbestimmungen vor, dass die Befreiung per 30.06.1986 endet und am 01.07.1986 in einen 'permanenten Ausnahmetatbestand' überging. Diese Ausnahme von der Pflichtversicherung bleibt auch dann weiterhin bestehen, wenn die Selbstversicherung nach dem ASVG beendet wird. Eine spätere Einbeziehung in die GSVG-Pflichtversicherung ist auch dann nicht mehr möglich, wenn nach erfolgter Aufgabe der GSVG versicherungspflichtigen Erwerbstätigkeit eine Pensionsleistung bezogen wird (vgl. dazu SozSi 5/1993-299 mit weiteren Kommentaren zur 19. GSVG-Novelle).

Das grundsätzlich, in den diversen Novellierungen auch zu Tage getretene Interesse des Gesetzgebers (vgl. auch die Erläuterungen zur Regierungsvorlage) zur 10. GSVG-Novelle Art. 1 Zif. 40 (§ 233 Abs. 3 und 4 und Art. II Abs 11) ist es, durch gleichartige Gefahren bedrohte Personen zu einer Gemeinschaft zusammenzuschließen und gemeinsam nach ihrer wirtschaftlichen Leistungskraft zu den Aufwendungen dieser Gemeinschaft beizutragen. Es kann nicht sein, dass durch die Normierung des 'ewigen Ausnahmetatbestandes', wie es die Berufungsbehörde annimmt, letztlich in das Ermessen des einzelnen Versicherers (gemeint: Versicherten) gestellt wird, seinen Krankenversicherungsschutz (für sich gesehen) zu beenden. Dies erst recht, wenn, wie von der Berufungsbehörde erkannt wurde, die Ausnahme von der Pflichtversicherung auch dann weiterhin bestehen bleibt, wenn die Selbstversicherung nach dem ASVG beendet wird. Genau so wenig konnte die Auslegung des § 16 ASVG dazu führen, dass Personen, die nicht in einer gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind sich in der Krankenversicherung auf Antrag selbst versichern können, permanente Wahlmöglichkeiten eingeräumt werden.

Damit wird ein 'Zirkelschluss' eröffnet, wenn dem 'historisch Selbstversicherten', bei Aufnahme einer weiteren, die Versicherungspflicht begründenden Tätigkeit (etwa nach dem BSVG) eine Besserstellung gegenüber demjenigen zukommt, der von allen Anfang an in die gesetzliche Pflichtversicherung (GSVG) gewechselt war. Ein derartiger Effekt kann dem Willen des Gesetzgebers nicht unterstellt werden.

Die Berufungsbehörde hat zudem unerörtert gelassen, dass die mitbeteiligte Partei auch als selbständig Erwerbstätiger aufgrund des von ihm geführten Gewerbebetriebes versicherungspflichtig ist. Eine Einbeziehung in die gesetzliche Versicherungspflicht nach dem GSVG kommt aus den dargestellten Gründen aber nicht (mehr) in Frage. Eine Löschung einer Pflichtversicherung freilich kann nicht einseitig durch die Erklärung des Versicherten hervorgerufen werden. Die Anwendung der gesetzlichen Bestimmungen über die Voraussetzungen für den Bestand einer freiwilligen

Krankenversicherung (im engeren Sinne) nach § 16 ASVG kommen im Hinblick darauf, dass die Versicherung im Anlaßfall als Ersatz für die Versicherungspflicht aufgrund der gewerblichen Tätigkeit des Mitbeteiligten anzusehen ist, nicht in Frage, sondern ist eine teleologische Interpretation im Sinne einer einschränkenden Auslegung der 'Endigungsbestimmungen' zwingend vorzunehmen, um dem Sinn des Gesetzes zu entsprechen."

Der Argumentation der beschwerdeführenden Gebietskrankenkasse ist der klare Wortlaut des § 16 Abs. 6 ASVG entgegen zu halten, nach dem die Selbstversicherung "außer mit dem Wegfall der Voraussetzungen" in näher genannten Fällen endet. Sie endet demnach jedenfalls, wenn die Voraussetzungen für ihre Begründung wegfallen. Voraussetzung für die Selbstversicherung in der Krankenversicherung ist gemäß § 16 Abs. 1 ASVG, dass die Person nicht in einer gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert ist. Liegt diese Voraussetzung nicht mehr vor, weil der Selbstversicherte der Pflichtversicherung in einer gesetzlichen Krankenversicherung unterliegt, endet die Selbstversicherung gemäß § 16 ASVG.

Da der Mitbeteiligte seit 1. Jänner 2000 von der Pflichtversicherung in der Krankenversicherung nach dem BSVG erfasst worden ist, endete mit 31. Dezember 1999 seine Selbstversicherung gemäß § 16 ASVG.

Es ist dem Gesetzgeber nicht zuzusinnen, dass er - wie die beschwerdeführende Gebietskrankenkasse wohl meint - bei der 19. Novelle zum GSVG, mit der der belangten Behörde zufolge ein "ewiger Ausnahmetatbestand" aus der Krankenversicherung nach dem GSVG normiert wurde, die Bestimmung des § 16 Abs. 1 ASVG nicht im Auge gehabt hat. Die Begründung einer gesetzlichen Krankenversicherung ist gemäß § 16 Abs. 6 ASVG als Wegfall einer Voraussetzung für die Begründung der Selbstversicherung zu sehen. Die Bestimmung kann auch nicht so verstanden werden, dass die Voraussetzung des Fehlens einer Pflichtversicherung in einer gesetzlichen Krankenversicherung nur im Zeitpunkt der Antragstellung bzw. des Beginns der Selbstversicherung vorliegen müsse, weil die Selbstversicherung gerade dann greifen soll, wenn eben keine andere Pflichtversicherung in der Krankenversicherung vorliegt (vgl. § 16 Abs. 1 ASVG).

Die beschwerdeführende Gebietskrankenkasse verkennt vor Allem, dass es in der ausdrücklichen Absicht des Gesetzgebers gelegen war, jenen Personen, die lange Jahre aus der Pflichtversicherung nach dem GSVG zufolge Fortdauer einer freiwilligen Versicherung nach dem ASVG ausgenommen waren, die Rückkehr in diese Pflichtversicherung ab dem 1. Juli 1986 endgültig zu verschließen (vgl. RV zur 10. Novelle zum GSVG, 775 Blg. 16. GP NR, 17). Damit sollte offenkundig vermieden werden, dass die betreffenden Versicherten in jüngeren Jahren den Gebietskrankenkassen zugehören und in späteren Jahren (dh als "schlechtes Risiko"), insbesondere auch im Pensionsbezug, als "bislang unsolidarisch Gewesene" wieder in die Krankenversicherung der SVA der gewerblichen Wirtschaft zurückkehren, um diese vermehrt zu belasten. An dieser Absicht haben die durch die späteren, oben im Einzelnen dargestellten Novellen jeweils befristet eingeräumten Optionsmöglichkeiten zu einer Rückkehr in die Krankenversicherung nach dem GSVG nichts geändert. Es konnte dem Gesetzgeber des GSVG - gemessen am Zweck der Regelung - auch gleichgültig sein, ob die betreffende Person freiwillig versichert nach ASVG bleibt oder auch diese freiwillige Versicherung beendet, da es ihm nur darauf ankam, der von der Pflichtversicherung nach dem GSVG ausgenommenen Gruppe eine (möglicherweise spekulative) Rückkehr in das GSVG zu verschließen. Insoweit lag es in der klaren Absicht des Gesetzgebers einen "ewigen Ausnahmetatbestand" nach dem GSVG zu schaffen. Daher liegt insoweit auch eine bewusst geschaffene Ausnahme vom Prinzip der Mehrfachversicherung vor, auf welches sich die beschwerdeführende Gebietskrankenkasse zu stützen scheint. Dass die ab der Schaffung des Ausnahmetatbestandes nunmehr wirklich "freiwillige" Krankenversicherung nach dem ASVG mit Aufnahme einer Pflichtversicherung (hier: nach dem BSVG) endet, ist im gesetzlich angelegten System des Zusammenspiels zwischen freiwilliger und Pflichtversicherung begründet, wie es an den oben im Einzelnen dargestellten Bestimmungen hervorgeht, und ist insoweit keine Besonderheit.

Der angefochtene Bescheid erweist sich demnach als rechtmäßig, weshalb die Beschwerde gemäß § 42 Abs. 1 VwGG als unbegründet abzuweisen war.

Die Entscheidung über den Aufwandersatz beruht auf §§ 47 ff VwGG iVm der VwGH-Aufwandersatzverordnung 2003, BGBl. II Nr. 333. Wien, am 2. April 2008

European Case Law Identifier (ECLI)

ECLI:AT:VWGH:2008:2006080165.X00

Im RIS seit

07.05.2008

Zuletzt aktualisiert am

22.09.2008

Quelle: Verwaltungsgerichtshof VwGH, http://www.vwgh.gv.at

© 2025 JUSLINE

JUSLINE® ist eine Marke der ADVOKAT Unternehmensberatung Greiter & Greiter GmbH.

www.jusline.at