

L 1 KR 315/21

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
1.
1. Instanz
SG Frankfurt (Oder) (BRB)
Aktenzeichen
S 43 KR 226/20
Datum
21.07.2021
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 1 KR 315/21
Datum
26.01.2024
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 12 KR 12/24 B
Datum
-
Kategorie
Beschluss

Die Berufung wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Gründe:

I.

Die Klägerin begehrt die Feststellung, dass sie seit dem 1. Februar 2020 bei der Beklagten in der gesetzlichen Krankenversicherung der Rentner (KVdR) pflichtversichert ist.

Die Beklagte führt die Klägerin seit Februar 2020 als freiwillig Versicherte. Anlässlich eines Antrages der Klägerin auf Regelaltersrente vom 19. Februar 2020 leitete die Deutsche Rentenversicherung Berlin-Brandenburg eine Meldung zur KVdR an die Beklagte weiter.

Mit Schreiben vom 6. März 2020 teilte die Beklagte der Klägerin mit, dass sie von einem Beginn der Rahmenfrist am 1. September 1970 (erstmalige Beschäftigungsaufnahme) und einem Ende der Rahmenfrist am 19. Februar 2020 (Datum der Rentenantragstellung) ausgehe. Die zweite Hälfte dieses Zeitraumes beginne am 26. Mai 1995. Die Dauer der zweiten Hälfte betrage 24 Jahre, 8 Monate und 24 Tage. Um in der KVdR versichert zu sein, müsste 9/10tel hiervon, also 22 Jahre, 3 Monate und 7 Tage, eine Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung bestanden haben. Es lägen der Beklagte aber nur Nachweise für Zeiträume vom 1. August 2006 bis zum 30. Juni 2013 und vom 1. August 2013 bis zum 19. Februar 2020 vor. Außerdem könne für ein Kind eine Vorversicherungszeit von 3 Jahren angerechnet werden. Dies ergebe in der Summe Vorversicherungszeiten von 16 Jahren, 5 Monaten und 19 Tagen.

Die Klägerin antwortete mit Schreiben vom 7. März 2020 und erhob ferner mit Schreiben vom 13. März 2020 Widerspruch. Sie führte aus, trotz Nichterreichens der Voraussetzungen nach der 9/10tel-Regelung sei in ihrem konkreten Fall eine Aufnahme in die KVdR geboten. Die Rahmenfrist erstreckte sich in ihrem Fall von der Aufnahme der Facharbeiterausbildung mit Abitur am 1. September 1970 bis zur Stellung

des Rentenanspruches. Die strikte Anwendung dieser Regelung entspreche nicht dem Willen des Gesetzgebers und verletze sie in ihren Grundrechten. Der Gesetzgeber habe durch die Einführung der 9/10tel-Regelung verhindern wollen, dass Privatversicherte bei steigenden Kosten im Alter in die günstigere gesetzliche Versicherung wechselten. Wer in der ersten Hälfte seines Erwerbslebens mit geringem Einkommen in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig sei, dann aber mit höherem Einkommen und Überschreitung der Versicherungsgrenze in die private Krankenversicherung wechsele, solle im Rentenalter nicht beitragsprivilegiert sein. In ihrem Fall sei die Nichterreichung der 9/10tel-Grenze nicht durch die Tatsache begründet, dass sie aufgrund höheren Einkommens in die private Krankenversicherung gewechselt sei. Vielmehr sei sie bedingt durch die Umstände der Wende über mehrere Jahre in der zweiten Hälfte ihres Erwerbslebens überhaupt nicht krankenversichert gewesen. In der DDR habe sie freiberuflich im künstlerischen Bereich als Diskothekerin gearbeitet und in Betriebsferienheimen sowie Ferienheimen Kinderprogramme und Tanzabende gestaltet. Ergänzend sei sie auch freiberuflich im musikjournalistischen Bereich tätig gewesen. Mit der Wende seien dann zunächst die für 1990 bereits bestehenden Verträge teilweise storniert worden. Mit dem Beitritt im Oktober 1990 habe sich das bestehende System der Ferienheime und Urlauberbetreuung mehr und mehr aufgelöst, sodass sich ihre Arbeitsmöglichkeiten in diesem Bereich weiter reduziert hätten und schließlich ganz weggefallen seien. Ab 1992 sei sie nicht mehr in der Lage gewesen, die nach einer Mindestbemessungsgrenze berechneten Beiträge für eine freiwillige Krankenversicherung bei der AOK (Nachfolgeversicherung der Sozialversicherungskasse der DDR) aufzubringen. Ab April 1993 habe sie Rechtswissenschaften studiert und sei bis 30. September 1998 als Studentin bei der AOK versichert gewesen. Eine Weiterführung dieser Krankenversicherung sei erneut an den weit geringeren Einnahmen im Vergleich zu den Beiträgen aufgrund der Mindestbemessungsgrenze gescheitert. Einen Antrag auf freiwillige Versicherung im Jahr 2001 habe die AOK Brandenburg abgelehnt. Deshalb sei sie gezwungen gewesen, ab dem 1. März 2001 eine private Krankenversicherung abzuschließen, die sie zum 31. Dezember 2001 wieder gekündigt habe.

Bedingt durch die Wende und die Wiedervereinigung habe es in ihrem Erwerbsleben einen massiven Bruch gegeben, durch den ihr letztlich jedwede freiwillige Entscheidung im Hinblick auf den Eintritt in die gesetzliche Krankenkasse genommen worden sei. Bezogen auf die gesamte Spanne der Erwerbstätigkeit sei sie in 81,62 % der Zeiten gesetzlich krankenversichert gewesen, privat hingegen nur einen Zeitraum von 1,69 % und ohne Krankenversicherungsschutz von 16,69 %. Sie dürfe nicht mit denjenigen Personen gleichgestellt werden, die als Besserverdienende die gesetzliche Krankenversicherung verlassen hätten. Der Ausschluss von der KVdR bringe ihr beitragsrechtliche Nachteile. Von freiwillig Versicherten würden Mindestbeiträge erhoben. Beitragspflichtig seien z. B. auch Einkünfte aus Kapitalvermögen. Der Gesetzgeber habe in der Begründung zum Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen (Gesundheits-Reformgesetz) vom 20. Dezember 1988 ([BGBl. I, S. 2477](#)) ausgeführt, dass Rentner grundsätzlich nur dann zu versichern seien, wenn sie mindestens 9/10tel der zweiten Hälfte ihres Erwerbslebens der gesetzlichen Krankenversicherung angehört hätten. Es müssten also Ausnahmen möglich sein.

Mit Bescheid vom 12. Mai 2020 unter dem Betreff „Ihr Widerspruch vom 13.03.2020 gegen die Mitteilung der Kasse vom 06.03.2020“ stellte die Beklagte fest, dass die Durchführung der Pflichtversicherung in der KVdR nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 11](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) aufgrund von Rentenanspruch bzw. Rentenbezug ausgeschlossen sei.

Auch hiergegen erhob die Klägerin mit Schreiben vom 18. Mai 2020 Widerspruch, in welchem sie u.a. ausführte, die Beitragsbelastung in der freiwilligen Versicherung sei unter Abzug des ihr gezahlten Beitragszuschusses mit insgesamt 151,54 € gegenüber der in der KVdR mit 74,67 € mehr als doppelt so hoch. Diesen Widerspruch wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 10. August 2020 zurück. Zu dessen Begründung führte sie ergänzend aus, dass ihr bei der Beurteilung der Vorversicherungszeiten kein Ermessen eingeräumt sei. Weder Zeiten einer privaten Krankenversicherung noch Zeiten ohne Krankenversicherungsschutz könnten bei der Berechnung der Vorversicherungszeiten berücksichtigt werden.

Hiergegen hat die Klägerin am 1. September 2020 Klage beim Sozialgericht Frankfurt (Oder) (SG) erhoben. Zu deren Begründung hat sie ihr außergerichtliches Vorbringen wiederholt. Sie hat sich ergänzend auf eine Antwort der Bundesregierung auf eine kleine Anfrage berufen (BT-Drucksache 19/7665 vom 5. Februar 2019).

Das SG hat die Klage mit Urteil vom 21. Juli 2021, berichtigt durch Beschluss vom 1. September 2021, abgewiesen. Zur Begründung hat es u. a. ausgeführt, die Klägerin mache ihr Begehren zulässigerweise als kombinierte Anfechtungs- und Feststellungsklage gemäß [§§ 54 Abs. 1 Satz 1, 55 Abs. 1 Nr. 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) geltend. Sie begehre u. a. die Aufhebung der Bescheide der Beklagten vom 13. März 2020 und vom 12. Mai 2020. Bei dem Schreiben vom 13. März 2020 habe es sich entgegen der Auffassung der Beklagten bereits um einen Verwaltungsakt gehandelt, weil die Beklagte mit Regelungscharakter den Antrag der Klägerin auf Feststellung der Versicherungspflicht in der KVdR abgelehnt habe. Die Klage sei allerdings unbegründet, weil der von der Klägerin geltend gemachte atypische Fall nicht berücksichtigt werden könne. Sozialversicherungsschutz trete kraft Gesetzes ein, sobald die Tatbestandsvoraussetzungen der Versicherungspflicht erfüllt seien. Einer Umsetzung durch Verwaltungsakt bedürfe es im Regelfall nicht. In Fällen wie hier könne nur eine entsprechende Feststellung durch Verwaltungsakt getroffen werden, ob die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt seien und Versicherungspflicht bestehe. Den Krankenkassen komme keine Entscheidungsbefugnis darüber zu, ob eine Person in die Pflichtversicherung aufgenommen werde. Ihnen sei kein Ermessen eingeräumt, sondern lediglich die Befugnis zur Prüfung des Vorliegens der gesetzlichen Voraussetzungen. Der Gesetzgeber habe in [§ 5 Abs. 2 SGB V](#) bereits abschließend Zeiten geregelt, welche denen in [§ 5 Abs. 1 Nr. 11 SGB V](#) vorgeschriebenen Zeiten gleichgestellt seien.

Das SG halte die Regelungen auch für verfassungsgemäß. Das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) habe sich bereits vor Inkrafttreten des SGB V zum 1. Januar 1989 mit Einschränkungen zum Zugang von Rentnern zur gesetzlichen Krankenversicherung befasst. Schon § 165 Abs.

1 Nr. 3 Reichsversicherungsordnung habe Voraussetzungen für die Einbeziehung von Rentnern zur gesetzlichen Krankenversicherung geregelt, auch bereits mit dem Grundsatz der Halbbelegung. Das BVerfG habe mit Urteil vom 16. Juli 1985 (Az.: [1 BvR 5/80](#)) die Regelungen für verfassungsgemäß angesehen und klargestellt, dass zwar die rentenrechtliche Position der Berechtigten durch [Art. 14 Abs. 1 Satz 1 Grundgesetz \(GG\)](#) geschützt sei, nicht jedoch die krankensicherungsrechtliche Position der betroffenen Rentner. Diese seien nicht Gegenstand des Schutzes der Eigentumsgarantie. Auch habe das BVerfG das Sozialstaatsprinzip nicht als verletzt angesehen. Das BVerfG habe in seinem Beschluss vom 15. März 2000 (1 BvR 16/96, [BVerfGE 102, 68-99](#)) bei der Prüfung der Verfassungsgemäßheit der ab 1. Januar 1993 geltenden zwischenzeitlichen Fassung von [§ 5 Abs. 1 Nr. 11 SGB V](#) zwar eine Verletzung des in [Art. 3 Abs. 1 GG](#) verankerten Gleichheitsgrundsatzes gesehen, jedoch nur im Vergleich der Personengruppe, die als Beschäftigte pflichtversichert in der Krankenversicherung gewesen seien und denen, die der gesetzlichen Krankenkasse nur freiwillig angehört hätten und nach der bis zum 31. März 2007 geltenden Fassung der Vorschrift von der KVdR ausgeschlossen gewesen wären. Letztere hätten nämlich im Gegensatz zu Privatkrankenversicherten oder solchen Personen, die – wie die Klägerin – teilweise überhaupt keine Beiträge in die gesetzliche Krankenversicherung eingezahlt hätten, während ihrer Erwerbsphase in erheblichem Umfang die Kosten für die KVdR mitgetragen. Unter diesem Aspekt habe es das BVerfG auch für gerechtfertigt gehalten, Personen, die wie Beamte oder selbständig Erwerbstätige während ihrer Erwerbsphase überwiegend weder der gesetzlichen Krankenversicherung noch der Rentenversicherung angehört hätten, auch bei geringeren Renteneinkünften typischerweise für nicht schutzbedürftig zu halten und deshalb nicht in die KVdR aufzunehmen.

Gegen diese Entscheidung richtet sich die Berufung der Klägerin vom 11. August 2021. Zu deren Begründung hat sie sich auf das bisherige Vorbringen bezogen. Die Anwendung des [§ 5 Abs. 1 Nr. 11 SGB V](#) verletze im Falle der Klägerin den Gleichheitsgrundsatz des [Art. 3 Abs. 1 GG](#). Als freiwillig Versicherte habe sie Beiträge unter Einbeziehung fiktiver Einkünfte in Höhe eines Auffüllbetrages bis zur Mindestbemessungsgrenze zu tragen, die ihr tatsächlich nicht zur Verfügung stünden. Den beantragten Beitragszuschuss erhalte sie lediglich bezogen auf ihre Einkünfte aus Altersrente in Höhe von derzeit monatlich (nur) 49,42 €. Die Beitragsbelastung sei derzeit mehr als doppelt so hoch wie bei einer Pflichtversicherung (ca. 232 %). Die gesetzliche Regelung benachteilige diejenigen, die wie sie 80 % ihrer Erwerbstätigkeitszeit gesetzlich krankenversichert gewesen seien, nur eben nicht 9/10tel der zweiten Hälfte des Erwerbslebens gegenüber denjenigen, welche nur in der zweiten Hälfte ihres Erwerbslebens gesetzlich krankenversichert gewesen seien. Die nunmehrige Einbeziehung von Kindererziehungszeiten nach [§ 5 Abs. 2 SGB V](#) zeige, dass Ausnahmen vom Grundsatz des [§ 5 Abs. 1 Nr. 11 SGB V](#) sehr wohl möglich seien und vom Gesetzgeber auch registriert würden. Das Verfahren sei auszusetzen und dem BVerfG vorzulegen.

Sie beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt (Oder) vom 21. Juli 2021 aufzuheben und unter Aufhebung der Bescheide der Beklagten vom 6. März 2020 und 12. Mai 2020 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 10. August 2020 festzustellen, dass die Klägerin seit dem 1. Februar 2020 bei der Beklagten pflichtversichert ist,

ferner vorsorglich, die Revision zuzulassen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Wegen des Sachverhalts und Vorbringens der Beteiligten wird im Übrigen auf den Inhalt der Gerichtsakte und des Verwaltungsvorgangs der Beklagten Bezug genommen, die dem Senat vorgelegen haben und Gegenstand der Entscheidung gewesen sind.

II.

Der Senat konnte nach entsprechendem Hinweis im Erörterungstermin am 17. Juli 2023 die Berufung gemäß [§ 153 Abs. 4 SGG](#) durch Beschluss zurückweisen. Er hält sie einstimmig für unbegründet und eine mündliche Verhandlung für nicht erforderlich.

Der Berufung muss Erfolg versagt bleiben. Das SG hat die Klage zurecht abgewiesen. Die Bescheide vom 13. März 2020 und vom 12. Mai 2015 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 10. August 2020 sind rechtmäßig und verletzen die Klägerin nicht in ihren Rechten.

Zur Vermeidung bloßer Wiederholungen verweist der Senat zunächst gemäß [§ 153 Abs. 2 SGG](#) auf die zutreffenden Ausführungen des SG. Im Hinblick auf das Berufungsvorbringen ist nur noch zu ergänzen:

Nachdem die Klägerin wendebedingt ihre bisherigen beruflichen Tätigkeiten nicht mehr ausüben konnte, hat sie sich aus freien Stücken entschieden, sich keine andere Beschäftigung zu suchen, sondern zunächst zu studieren. Anschließend ist sie kein Anstellungsverhältnis eingegangen etwa als Rechtsanwältin, sondern hat sich als Selbständige niedergelassen. Von einer Zwangsläufigkeit kann vor dem Hintergrund dieser Entscheidungen nicht ausgegangen werden. Der Gesetzgeber hat bei der Regelung der grundsätzlich zulässigen Systemabgrenzung der gesetzlichen Krankenversicherung nach der Zugehörigkeit während des Berufslebens einen gesetzgeberischen Freiraum und kann generalisierende, typisierende und pauschalierende Regelungen treffen, ohne allein wegen der damit unvermeidlich verbundenen Härten gegen [Art. 3 Abs. 1 Grundgesetz](#) zu verstoßen (BSG, Urt. vom 4. Juli 2009 - [B 12 KR 26/07 R](#) - [BSGE 103, 235](#) - 243, juris - Rdnr. 19).

Der Senat hat bereits in seinem Beschluss vom 22. März 2011 - [L 1 KR 353/09](#) - (juris) ausgeführt:

„[Art. 3 Abs. 1 GG](#) gebietet, alle Menschen vor dem Gesetz gleich zu behandeln. Damit ist dem Gesetzgeber allerdings nicht jede Differenzierung verwehrt. Er verletzt das Grundrecht, wenn er eine Gruppe von Normadressaten anders als eine andere behandelt, obwohl zwischen beiden Gruppen keine Unterschiede von solcher Art und solchem Gewicht bestehen, dass sie die ungleiche Behandlung rechtfertigen (vgl. Bundesverfassungsgericht -BVerfG- U. v. 12.02.2003 -[1 BvR 624/01 BVerfGE 107, 205](#), 213 f. mit weiteren Nachweisen). Bei der Ordnung von Massenerscheinungen ist er allerdings grundsätzlich berechtigt, typisierende und pauschalierende Regelungen zu treffen, ohne allein wegen der damit verbundenen Härten gegen den allgemeinen Gleichheitsgrundsatz zu verstoßen (BVerfG, B. v. 22.05.2001 -[1 BvL 4/96- BVerfG 103, 392](#), 402 mit weiteren Nachweisen).

Hinsichtlich des Erfordernisses der sog. Halbbelegung hat das BVerfG unter dem Gesichtspunkt des Art. 14 keine verfassungsrechtlichen Bedenken erhoben (so zutreffend Hessisches LSG, U. v. 21.10.2004 -[L 1 KR 737/03-](#) juris Rn 20 mit Bezug auf die [BVerfGE 69, 272](#) sowie [BVerfGE 72, 84](#)). In dem soeben genannten Urteil heißt es weiter zutreffend wörtlich:

„Für die verfassungsrechtliche Bewertung ist im Übrigen von Gewicht, dass Personengruppen wie die Klägerin beim Ausschluss von der KVdR nicht ohne Krankenversicherungsschutz sind, sondern den Versicherungsschutz im Rahmen des freiwilligen Beitrittsrechts fortführen können (BSG, Urteil vom 3. September 1998, Die Beiträge Beilage 1999, 201-205; BVerfG, Urteil vom 3. April 2001, [BVerfGE 103, 225](#)). Der Ausschluss aus dem Kreis der pflichtversicherten Rentner ist nur mit finanziellen Belastungen verbunden, sofern im Rentenalter auch andere Einkünfte als gesetzliche Renten bezogen werden. Er bewirkt über [§ 240 SGB V](#) sowie [§ 248 SGB V](#) in der bis zum 31. Dezember geltenden Fassung, dass freiwillig Versicherte bei geringen Einkünften gegebenenfalls einen Mindestbeitrag leisten müssen, ihre Beiträge auch auf Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung sowie aus dem Vermögen erhoben werden und dass die Beiträge aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen mit dem vollen und nicht nur mit dem halben Beitragssatz belastet sind. Durch [§ 248 SGB V](#) in der Fassung durch das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (- GMG - BGBl. I S. 2189) hat der Gesetzgeber im Übrigen mit Wirkung zum 1. Januar 2004 die unterschiedliche beitragsrechtliche Belastung der pflichtversicherten und freiwillig versicherten Rentner angeglichen.“

Auch der hier erkennende Senat hat bereits wiederholt darauf hingewiesen, dass sich die Beiträge zur KVdR und der zur freiwilligen Versicherung immer mehr angleichen. Die Beitragspflicht der Rentner ist fortlaufend erhöht worden (vgl. Urt. d. Senats vom 07.11.2008 -[L 1 R 1351/06-](#) zum Zusatzbeitrag der Rentenbezieher ab 1. Juli 2005 unter Bezugnahme auf BSG, U. v. 18.07.2007 - [B 12 R 21/06 R](#) -; zur vollen Heranziehung von Versorgungsbezügen U. d. Senats v. 26.10.2007 -[L 1 KR 496/06](#) unter Bezugnahme auf BSG, U. v. 10. Mai 2006 - [B 12 KR 7/05 R](#)).

Der Gesetzgeber ist nämlich von Verfassungs wegen berechtigt, jüngere Krankenversicherte von der Finanzierung des höheren Aufwands für die Rentner zu entlasten und die Rentner entsprechend ihrem Einkommen verstärkt zur Finanzierung heranzuziehen (so BVerfG; B. v. 07.04.2008 -[1 BvR 1924/07-](#) mit Bezugnahme auf vgl. [BVerfGE 69, 272](#) <313>; B. v. 13. 12.2002 - [1 BvR 1660/96](#) - [SozR 3-2500 § 248 Nr. 6](#)).“

Daran wird festgehalten.

Als Folge der Fiktion von Mindesteinnahmen nach [§ 240 Abs. 4 Satz 1 SGB V](#) müssen schließlich die Krankenkassenbeiträge von Mitgliedern auch dann erhoben werden, wenn bei diesen keine oder nur geringe Einnahmen vorhanden sind. Dies trägt dem Versicherungsprinzip Rechnung: Auch wer keine oder nur geringe Einnahmen hat, soll zumindest gewisse Beiträge entrichten und nicht beitragsfrei krankenversichert sein. Im Bedarfsfall muss er Hilfen von Sozialleistungsträgern ([§ 41 Abs. 1 Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch <SGB XII>](#), [§§ 42 Nr. 2 i. V. m. 32 Abs. 2 Nr. 5 SGB XII](#)) in Anspruch nehmen (vgl. bereits LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 9. November 2022 - [L 1 KR 395/20](#) - juris - Rdnr. 42).

Da der Senat nicht von der Verfassungswidrigkeit des [§ 5 Abs. 1 Nr. 11 SGB V](#) überzeugt ist, scheidet eine Vorlage an das BVerfG aus.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 193 SGG](#) und entspricht dem Ergebnis in der Sache.

Gründe für die Zulassung der Revision nach [§ 160 Abs. 2 Nr. 1 oder 2 SGG](#) liegen nicht vor. Die verfassungsrechtlichen Fragen sind geklärt.

Rechtskraft

Aus

Saved

2024-03-21