

## S 19 KR 873/09

Land  
Freistaat Bayern  
Sozialgericht  
SG München (FSB)  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
19  
1. Instanz  
SG München (FSB)  
Aktenzeichen  
S 19 KR 873/09  
Datum  
02.03.2010  
2. Instanz  
Bayerisches LSG  
Aktenzeichen  
L 4 KR 237/10  
Datum  
-  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
-  
Datum  
-

Kategorie  
Urteil

I. Der Bescheid der Beklagten vom 18.12.2008, geändert durch Bescheid vom 20.01.2009, in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 19.08.2009 und in der Fassung des weiteren Änderungsbescheides vom 12.10.2009 wird inso-weit aufgehoben, als monatliche Beiträge zur Krankenversicherung in Höhe von mehr als - 125,16 EUR im Zeitraum vom 01.01. bis zum 30.06.2009, - 120,12 EUR im Zeitraum vom 01.07. bis zum 31.12.2009 und - 121,79 EUR für die Zeit seit dem 01.01.2010 festgesetzt wurden.

II. Im Übrigen wird die Klage abgewiesen.

III. Die Beklagte hat der Klägerin zwei Drittel ihrer notwendigen außergerichtlichen Kosten zu erstatten.

Tatbestand:

Die Parteien streiten über die Höhe der Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung bei freiwilliger Mitgliedschaft.

Die 1951 geborene Klägerin ist bei der Beklagten freiwillig gesetzlich krankenversichert.

Mit Unterschriften vom 12. und 17.06.2002 schloss die Klägerin mit ihrem früheren Arbeit-geber, der IBM Deutschland GmbH, eine Auflösungsvereinbarung, durch die ihr Arbeitsverhältnis beendet wurde, ihr jedoch Leistungen nach dem Frühpensionierungsprogramm der IBM Deutschland GmbH zugesagt wurden. Über diese Leistungen erhielt die Klägerin am 16.07.2002 nochmals eine schriftliche Zusage. Danach erhielt die Klägerin bis zur Vollendung des 60. Lebensjahres folgende monatliche Leistungen von der IBM Deutschland GmbH:

1. vorgezogene IBM-Altersrente 564 EUR 2. Subvention des versicherungsmathematischen Abzuges (VMA-Subvention) 172 EUR 3. Befristetes Übergangsgeld 742 EUR 4. Befristeter Sozialversicherungszuschuss 306,78 EUR

Monatliche Gesamtleistung 1.784,78 EUR Es handelte sich jeweils um Bruttowerte.

Neben den Einnahmen aus dem Frühpensionierungsprogramm der IBM Deutschland GmbH verfügt die Klägerin über Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung sowie aus Kapitalvermögen.

Mit Bescheid vom 18.12.2008 setzte die Beklagte die laufenden monatlichen Beiträge der Klägerin ab dem 01.01.2009 in der Krankenversicherung auf monatlich 379,04 EUR und in der Pflegeversicherung auf monatlich 48,20 EUR fest. Auf den Widerspruch der Klägerin vom 27.12.2008 hin korrigierte die Beklagte durch Bescheid vom 20.01.2009 die laufenden monatlichen Beiträge der Klägerin ab 01.01.2009 auf 347,65 EUR in der Krankenversicherung und auf 44,09 EUR in der Pflegeversicherung. Den dagegen von der Klägerin am 15.02.2009 eingelegten Widerspruch wies die Beklagte durch Widerspruchsbescheid vom 19.08.2009 als unbegründet zurück.

Dagegen hat die Klägerin am 17.09.2009 beim Sozialgericht München die vorliegende Klage erhoben.

Während des Klageverfahrens hat die Beklagte durch Bescheid vom 12.10.2009 die monatlichen Beiträge der Klägerin mit Wirkung vom 01.10.2009 auf 324 EUR in der Krankenversicherung und auf 42,72 EUR in der Pflegeversicherung festgesetzt.

Die Klägerin beantragt,

die Bescheide der Beklagten vom 18.12.2008 und vom 20.01.2009 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 19.08.2009 und des weiteren Änderungsbescheides vom 12.10.2009 dahingehend abzuändern, dass geringere Beiträge zur Krankenversicherung gefordert werden.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Das Gericht hat durch Beschluss vom 23.11.2009 den Anspruch auf Aufhebung der streitgegenständlichen Bescheide, soweit sie Beiträge zur Pflegeversicherung festsetzen, vom vorliegenden Rechtsstreit abgetrennt; der Rechtsstreit betreffend die Beiträge zur Pflegeversicherung wird seitdem unter dem Az. S 19 P 346/09 geführt.

Das Gericht hat behördliche Stellungnahmen sowohl des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen als auch des Bundesministeriums für Gesundheit eingeholt.

Zur Ergänzung des Tatbestandes wird auf die Gerichtsakte sowie auf die beigezogene Akte der Beklagten verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Für die Entscheidung über die zulässige Klage war das Sozialgericht München örtlich ([§ 57 Sozialgerichtsgesetz - SGG](#)) und sachlich ([§ 8 SGG](#)) zuständig. Die Klage wurde gemäß [§§ 87, 90, 92 SGG](#) form- und fristgerecht erhoben. Die Klage war als Anfechtungsklage gemäß [§ 54 Abs. 1 Satz 1](#) 1. Alt. SGG statthaft. Bezüglich des nach Klageerhebung ergangenen Bescheides vom 12.10.2009 brauchte kein Widerspruchsverfahren durchgeführt werden, da dieser Bescheid als Folgebescheid gemäß [§ 96 Abs. 1 SGG](#) Gegenstand des Klageverfahrens wurde.

Die Klage war begründet, soweit höhere Beiträge festgesetzt wurden, als sie sich unter Zugrundelegung von Einnahmen in Höhe des in [§ 240 Abs. 4 Satz 1](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) genannten neunzigsten Teils der monatlichen Bezugsgröße ergaben. Außer diesen gesetzlich fingierten Mindesteinnahmen konnten keine konkreten Einnahmen der Klägerin der Beitragsbemessung zugrunde gelegt werden, weil es dafür an einer wirksamen rechtlichen Grundlage fehlte. Soweit die Beiträge auf die Einnahmen der Klägerin aus dem Frühpensionierungsprogramm ihres früheren Arbeitgebers, aus Vermietung und Verpachtung sowie aus Kapitalvermögen bezogen waren, kam als Rechtsgrundlage lediglich [§ 3 Abs. 1 Satz 1](#) der Einheitlichen Grundsätze zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und weiterer Mitgliedergruppen sowie zur Zahlung und Fälligkeit der von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge (Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler) in Betracht, die der Spitzenverband Bund der Krankenkassen aufgrund der Ermächtigung in [§ 240 Abs. 1 S. 1 SGB V](#) sowie weiteren Vorschriften erlassen hat. Nach [§ 3 Abs. 1 Satz 1](#) Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler gelten bei freiwillig versicherten Mitgliedern der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung als beitragspflichtige Einnahmen alle Einnahmen und Geldmittel, die für den Lebensunterhalt verbraucht werden oder verbraucht werden können, ohne Rücksicht auf ihre steuerliche Behandlung. Diese Vorschrift ist jedoch unwirksam, weil sie gegen höherrangiges Recht verstößt, nämlich gegen [Art. 80 Abs. 1 Satz 1](#) Grundgesetz (GG), wenn man sie als Rechtsverordnung ansieht, oder gegen [§ 217e Abs. 1](#) Sätze 1 und [2 SGB V](#), wenn man von einer Satzung ausgeht.

Gemäß [§ 240 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) wird für freiwillige Mitglieder die Beitragsbemessung einheitlich durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen geregelt. Die hier maßgebliche Fassung beruht auf einer Gesetzesänderung durch Art. 2 Nr. 29a1 des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes vom 26.03.2007 ([BGBl. I S. 378](#), 441), die gemäß Art. 46 Abs. 10 desselben Gesetzes am 01.01.2009 in Kraft getreten ist. Es handelt sich dabei um eine Ermächtigung zum Erlass untergesetzlicher Rechtsnormen. Welcher Rechtsform sich der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bei Erlass dieser Rechtsnormen zu bedienen hat, sagt das Gesetz nicht. Die gesetzliche Ermächtigung ist insofern unbestimmter als ihre bis zum 31.12.2008 geltende Vorläuferfassung, welche die Krankenkassen dazu ermächtigte, die Beitragsbemessung durch Satzung zu regeln.

In welcher Rechtsform die seit dem 01.01.2009 vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen zur Beitragsbemessung zu treffenden Regelungen nach der Vorstellung des Gesetzgebers erlassen werden sollten, lässt sich aus den Gesetzgebungsmaterialien nicht entnehmen. Der Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD für das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz sah die maßgebliche Änderung des [§ 240 Abs. 1 SGB V](#) noch unter Art. 1 Nr. 157 Buchst. a vor, zu dem der Gesetzentwurf folgende Erwägungen enthielt ([BT-Drucks 16/3100](#) vom 24.10.2006 S. 163 f.):

"Der Spitzenverband Bund und nicht mehr die einzelne Krankenkasse legt künftig die Grundsätze für die Beitragseinstufung freiwilliger Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung fest. Da die Krankenkassen ab Einrichtung des Gesundheitsfonds kein originäres Interesse an der Beitragseinstufung freiwillig Versicherter mehr haben, ist es erforderlich, einheitliche, kassenartenübergreifende Regelungen zu schaffen. Zudem wird so eventuellen Verwerfungen im Wettbewerb vorgebeugt, denn die Krankenkassen haben nunmehr keine Möglichkeit, günstigere beitragsrechtliche Einstufungen mit dem Ziel der Mitgliederbindung/-gewinnung vorzunehmen. Bislang fiel die Beitragseinstufung freiwilliger Mitglieder in die Satzungskompetenz der jeweiligen Krankenkasse. Zudem war es damit nach alter Rechtslage möglich, dass die Krankenkassen unterschiedliche Einstufungsgrundsätze praktizierten. Mit der Einführung des Gesundheitsfonds können derartige Unterschiede nicht mehr aufrecht erhalten werden."

Der Gesetzentwurf der Bundesregierung zum GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz vom 20.12.2006 ([BT-Drs 16/3950](#)) enthielt diesbezüglich keine Erwägungen.

Die Rechtsform der Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler ist deshalb von Bedeutung, weil die darin getroffenen Regelungen Beitragszahlungspflichten für freiwillige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung begründen und deshalb Eingriffe in deren von [Art. 2 Abs. 1 GG](#) geschützte Grundrechte der allgemeinen Handlungsfreiheit darstellen. Es handelt sich um klassische Grundrechtseingriffe im Sinne der einseitigen und hoheitlichen Auferlegung von Handlungspflichten, die zwangsweise durchsetzbar sind. Der Eingriffscharakter der Regelung lässt sich auch nicht etwa mit dem Hinweis auf die Freiwilligkeit der Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung in

Frage stellen. Es handelt sich bei der freiwilligen gesetzlichen Krankenversicherung nicht um ein durch Vertrag einvernehmlich ausgestaltetes Rechtsverhältnis, sondern um ein öffentlich-rechtliches Sozialversicherungsverhältnis, das zwar nur durch eine freiwillige Beitrittserklärung des Versicherten nach [§ 9 Abs. 2 SGB V](#) zustande kommen kann, in dem der Versicherte aber für die Dauer seiner Mitgliedschaft den hoheitlichen Befugnissen der Krankenkasse unterliegt. Im Übrigen können sich freiwillig gesetzlich Versicherte seit dem 01.01.2009 den Beiträgen ihrer Krankenkasse auch nicht mehr durch den Wechsel zu einer anderen gesetzlichen Krankenkasse entziehen, da sie dort aufgrund der seit dem 01.01.2009 geltenden Fassung des [§ 240 SGB V](#) Beiträge in gleicher Höhe erwarten. Zu dem ist die Kündigung der Mitgliedschaft nach der seit dem 01.04.2007 geltenden Fassung des [§ 175 Abs. 4 Satz 4 SGB V](#) unwirksam, wenn das Mitglied nicht innerhalb der Kündigungsfrist das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall nachweist. Dadurch ist das Mitglied nicht nur faktisch, sondern sogar rechtlich gezwungen, eine private Krankenversicherung abzuschließen, wenn es der Erhebung von Beiträgen zu einer freiwilligen gesetzlichen Krankenversicherung nach [§ 240 SGB V](#) entgehen will. Zu welchem Beitrag das Mitglied eine gesetzliche Krankenversicherung abschließen kann, hängt von den Anbietern sowie von seinem individuellen Alter und Gesundheitszustand ab. Der Basistarif wird in der Regel keine Alternative darstellen, da der Gesetzgeber in [§ 12 Abs. 1c](#) Versicherungsaufsichtsgesetz die darin zulässigen Beiträge nur auf den Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung begrenzt hat, von Fällen, in denen die Beitragshöhe zu Bedürftigkeit führt, abgesehen. Im Ergebnis kann kein Zweifel daran bestehen, dass die Festlegung von Beitragspflichten in der freiwilligen gesetzlichen Krankenversicherung zu Grundrechtseingriffen führt.

Eingriffe in Grundrechte sind nach der Verfassung jedoch nur durch – formelles – Gesetz oder auf Grund eines – formellen – Gesetzes möglich. Soweit Grundrechte den Vorbehalt des Gesetzes für Eingriffe nicht ausdrücklich – wie [Art. 12 Abs. 1 Satz 2 GG](#) – formulieren, ergibt sich dieser bereits aus allgemeinen rechtsstaatlichen Erwägungen zur Grundrechtsdogmatik (vgl. Grzeszick, in: Maunz-Dürig, Grundgesetz, 2009, Art. 20 Rdnr. 111; Jarass, in: Jarass/Pieroth, GG, 10. A. 2009, Art. 20 Rdnrn. 46 und 50). Wenn der Gesetzgeber die Regelung, die den Grundrechtseingriff beinhaltet, delegieren will, muss er sich dabei bei der im Grundgesetz vorgesehenen Formen bedienen. Das Grundgesetz gestattet in [Art. 80 Abs. 1 Satz 1 GG](#) dem Gesetzgeber insoweit, die Bundesregierung, einen Bundesminister oder die Landesregierungen zum Erlass von Rechtsverordnungen zu ermächtigen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen stellt dagegen kein Verfassungsorgan dar, das gemäß [Art. 80 Abs. 1 Satz 1 GG](#) legitimer Adressat einer gesetzlichen Ermächtigung zum Erlass von Rechtsverordnungen wäre. Damit kommt eine Interpretation des [§ 240 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#), die diese Vorschrift als Ermächtigung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zum Erlass einer Rechtsverordnung ansähe, aus verfassungsrechtlichen Gründen nicht in Betracht.

Möglich erscheint jedoch eine verfassungskonforme Auslegung des [§ 240 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) des Inhalts, dass die Regelung der Beitragsbemessung durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen in Form einer Satzung zu erfolgen hat. Die Möglichkeit, dass der Gesetzgeber Körperschaften des öffentlichen Rechts dazu ermächtigt, eigene Angelegenheiten im Wege der Satzung zu regeln, unterliegt nicht den in [Art. 80 GG](#) gezogenen Beschränkungen für den Erlass untergesetzlicher Rechtsnormen, weil und soweit diese unmittelbar durch die Beschlüsse der von den Mitgliedern dieser Körperschaften demokratisch gewählten Selbstverwaltungsorgane zustande kommen und damit eine eigenständige demokratische Legitimation aufweisen, die es rechtfertigt, sie nicht den in [Art. 80 GG](#) gezogenen Schranken zu unterwerfen (BVerfG, Entscheidung vom 21.12.1966, Az. [1 BvR 33/64](#), Rdnr. 20; BVerfG, Beschluss vom 10.03.1998 Az. [1 BvR 178/97](#) Rdnr. 59; Maunz-Dürig, Grundgesetz, 2009, Art. 80 Rdnrn. 47 ff.; Pieroth, in: Jarass/Pieroth, GG, 10. A. 2009, Art. 80 Rdnr. 3). Jedoch wären die Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler in dieser denkbaren verfassungskonformen Auslegung des [§ 240 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) deshalb nichtig, weil die Voraussetzungen für den wirksamen Erlass einer Satzung seitens des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen nicht eingehalten worden sind. Zuständig für den Erlass von Satzungen ist beim Spitzenverband Bund der Krankenkassen gemäß [§ 217e Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) der Verwaltungsrat. Der 41-köpfige Verwaltungsrat ist gemäß [§ 217b Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) das Selbstverwaltungsorgan des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und wird – mittelbar über die als Wahlorgan fungierende Mitgliederversammlung nach [§ 217b Abs. 3](#) und [§ 217c SGB V](#) – von den Krankenkassen als Mitgliedern des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen gewählt. Die Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler wurden jedoch gerade nicht vom Verwaltungsrat beschlossen, sondern vom Vorstand, der gemäß [§ 217b Abs. 2 SGB V](#) vom Verwaltungsrat gewählt wird und aus höchstens drei Personen besteht. Darüber hinaus bedürfen Satzungen des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen gemäß [§ 217e Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) der Genehmigung der zuständigen Aufsichtsbehörde, also gemäß [§ 217d Satz 1 SGB V](#) des Bundesministeriums für Gesundheit oder des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales. Eine solche Genehmigung liegt jedoch nicht vor. Damit sind die Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler als Satzung nicht wirksam erlassen worden, sowohl weil dem Vorstand die Organzuständigkeit hierfür fehlte als auch weil die erforderliche Genehmigung der Aufsichtsbehörde nicht erteilt wurde (die demokratische Legitimation der Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler in Frage stellend auch Peters, in: Kasseler Kommentar, 63. Erg. Lief. 2009, [§ 240 SGB V](#) Rdnr. 25).

Da die im Gesetz selbst vorgesehenen Voraussetzungen für einen wirksamen Satzungserlass tatsächlich nicht vorlagen, kann ausdrücklich offen bleiben, ob die Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler in dem Fall wirksam wären, dass sie der Verwaltungsrat als Satzung beschlossen hätte und die Genehmigung der Aufsichtsbehörde eingeholt worden wäre. Bemerkenswert sei nur, dass auch gegen die Wirksamkeit einer solchen Satzung wegen folgender weiterer Probleme Bedenken bestünden:

- Zum einen ist zweifelhaft, ob eine Vorschrift, die eine Körperschaft des öffentlichen Rechts zum Erlass einer Satzung über die Bemessung von Beiträgen ermächtigt, mit der Kompetenzordnung des Grundgesetzes in Einklang steht, wenn es sich weder um Beiträge handelt, die von den Mitgliedern der Körperschaft zu zahlen sind, noch diese Beiträge der Körperschaft selbst oder wenigstens ihren Mitgliedern zugute kommen, so dass sich die Frage stellt, ob es sich überhaupt um eine eigene Angelegenheit der Körperschaft handelt, die der Regelung durch autonomes Körperschaftsrecht zugänglich ist. Im vorliegenden Fall liegt eine derartige Konstellation vor: Mitglieder des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen sind nicht die mit Beiträgen belasteten Versicherten, sondern die Krankenkassen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen ist weder Gläubiger der Beitragsschulden der Versicherten noch dienen die Beiträge seiner Finanzierung, so dass seine Haushaltshoheit von der Bemessung dieser Beiträge in keiner Weise betroffen ist. Nichts anderes gilt im Ergebnis für die Krankenkassen: Zwar sind sie gemäß [§ 252 Abs. 2 Satz 2 SGB V](#) als Einzugstellen im Sinne des [§ 28i Satz 1 SGB IV](#) im Verhältnis zu den Versicherten Gläubiger und Empfänger der Beiträge, sie haben jedoch gemäß [§ 252 Abs. 2 Satz 3 SGB V](#) die gezahlten Beiträge arbeitstäglich an den Gesundheitsfonds weiterzuleiten. Der Gesundheitsfonds ist gemäß [§ 271 Abs. 1 SGB V](#) ein Sondermögen des Bundes, das vom Bundesversicherungsamt verwaltet wird. Die Versichertenbeiträge dienen ausschließlich der Finanzierung des als Sondervermögen des Bundes eingerichteten Gesundheitsfonds, nicht aber der Krankenkassen. Die Krankenkassen finanzieren sich vielmehr ausschließlich über versichertenbezogene Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach [§ 266 SGB V](#), die sich jedoch gemäß [§ 266 Abs. 1 SGB V](#) – abgesehen von einer für jeden Versicherten zu zahlenden Grundpauschale – aus alters-, geschlechts- und risikoadjustierten Zu- und Abschlägen zusammensetzen und damit gerade nicht mit der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Versicherten, die gemäß [§ 240](#)

[Abs. 1 SGB V](#) als Maßstab der Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder dienen soll, in Zusammenhang stehen. Auch die Bemessung der Höhe der Zuweisungen, die die Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds erhalten, erfolgt gemäß [§ 266 Abs. 2 SGB V](#) allein nach den Leistungsausgaben der Krankenkassen, nicht aber nach ihren Beitragseinnahmen, so dass auch auf diesem Wege der Beitragsbemessung bei freiwillig Versicherten keine mittelbare Bedeutung für die Finanzierung der Krankenkassen zukommt. Die Finanzierung der Krankenkassen von der Finanzkraft ihrer Mitglieder zu entkoppeln, war gerade das erklärte Ziel, das die zum 01.01.2009 in Kraft getretene Gesundheitsreform durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz mit der Schaffung des Gesundheitsfonds erreichen wollte. Zu Recht findet sich deshalb in den oben zitierten Gesetzgebungsmaterialien zur Änderung des [§ 240 Abs. 1 SGB V](#) die Feststellung, dass die Krankenkassen ab Einrichtung des Gesundheitsfonds kein originäres Interesse an der Beitragseinstufung freiwillig Versicherter mehr hätten. Nachvollziehbar war deshalb der gesetzgeberische Schritt, den Krankenkassen die Befugnis, die Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder durch Satzung zu regeln, zu nehmen. Nicht nachvollziehbar ist allerdings, warum der Gesetzgeber dieselbe Befugnis dann – nur ohne die hierbei zu wählende Rechtsform festzulegen – in [§ 240 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) auf den Spitzenverband der Krankenkassen übertragen hat, der selbst kein größeres "originäres Interesse" an der Beitragseinstufung freiwillig Versicherter haben kann als alle seine Mitglieder – die gesetzlichen Krankenkassen – zusammen. Das einzige originäre Interesse an der Bemessung der Beiträge freiwilliger Mitglieder der Krankenversicherung liegt vielmehr seit der zum 01.01.2009 in Kraft getretenen Gesundheitsreform beim Bund, der den Gesundheitsfonds als Sondervermögen führt und deshalb letztlich dessen Defizite aus seinem Haushalt auftragen muss, wenn sich die an die Krankenkassen zu zahlenden Zuwendungen nicht aus den Beitragseinnahmen finanzieren lassen (vgl. die Verpflichtung des Bundes nach [§ 271 Abs. 3 SGB V](#), an den Gesundheitsfonds bei Zahlungsschwierigkeiten ein zinsloses Liquiditätsdarlehen zu gewähren). Die logische Konsequenz aus dem mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz geschaffenen Finanzierungssystem wäre gewesen, die Bemessung der Beiträge freiwillig Versicherter im SGB V selbst zu regeln, so wie es der Gesetzgeber für versicherungspflichtige Mitglieder in den [§§ 226 bis 239 SGB V](#) – ohne dass dies jemals als Problem empfunden worden wäre – auch schon zuvor getan hatte. Sofern dann wirklich noch für Detailregelungen Delegationsbedarf bestanden hätte, wäre es möglich gewesen, in den Grenzen des [Art. 80 Abs. 1 GG](#) die Bundesregierung oder einen Bundesminister zum Erlass einer entsprechenden Rechtsverordnung zu ermächtigen. Die Übertragung der Regelungsbefugnis auf den Spitzenverband Bund der Krankenkassen in [§ 240 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) führt dagegen zu dem sachlich nicht gerechtfertigten Ergebnis, dass die Krankenkassen über ihren Spitzenverband über die Höhe von Einnahmen des Bundes bestimmen, die für ihre eigene Finanzierung ohne Relevanz sind, während dem Bund insoweit die Möglichkeit genommen wird, Deckungsdefiziten im Gesundheitsfonds, für die er aus seinem Haushalt aufkommen muss, durch Einbeziehung geeigneter Einkunftsarten bei der Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder entgegenzuwirken. Nebenbei entsteht der für die freiwillig versicherten Mitglieder aus grundrechtlicher Sicht seit dem 01.01.2009 nur noch schwer zu rechtfertigende Effekt, dass ihre beitragspflichtigen Einnahmen von dem aus nur 1 bis 3 Personen bestehenden Vorstand des Spitzenverbands der Krankenkassen, dem demokratische Legitimation nur auf höchst mittelbare Weise zugesprochen werden kann, ohne öffentliche Willensbildung bestimmt werden, während dies für die versicherungspflichtigen Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung durch den Deutschen Bundestag, der sich aus 622 vom Volk gewählten Abgeordneten zusammensetzt, in einem verfassungsrechtlich genau geregelten Verfahren der Gesetzgebung erfolgt.

- Zum anderen ergeben sich aus der Wahl und der Zusammensetzung des Verwaltungsrats des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen, wie sie derzeit durch [§ 217b Abs. 3](#) und [§ 217c SGB V](#) sowie die aufgrund der Ermächtigung in [§ 217c Abs. 7 SGB V](#) vom Bundesministerium für Gesundheit erlassene Wahlverordnung für die erste Mitgliederversammlung und Verwaltungsratswahl vom 27.04.2007 (BANz S. 4519) geregelt ist, massive Bedenken in Bezug auf die ausreichende demokratische Legitimation dieses Selbstverwaltungsorgans (siehe dazu wichtige Argumenten Boetticher, Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, SGB 2009, S. 15).

Das Bundesministerium für Gesundheit hat bezüglich der Anfrage des Gerichts nach der Rechtsnatur der Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler auf die Regelung des [§ 217e Abs. 2 SGB V](#) verwiesen, wonach die vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen getroffenen Entscheidungen für die Mitgliedskassen des Spitzenverbandes, die Landesverbände der Krankenkassen und die Versicherten gleichermaßen gelten. Jedoch lässt sich auch durch diese Überlegung die Wirksamkeit der Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler nicht begründen. Zunächst ist bereits fraglich, ob der Begriff der Entscheidungen in [§ 217e Abs. 2 SGB V](#) nicht – wie es diesem Begriff in seiner üblichen Lesart entspricht – auf Verwaltungsakte im Sinne des [§ 31 SGB X](#) beschränkt ist oder auch Rechtsnormen im materiellen Sinne, die – wie hier – in abstrakt-genereller Weise die Rechte und Pflichten von Personen im Außenverhältnis regeln, betrifft. Doch selbst wenn man [§ 217e Abs. 2 SGB V](#) als Ermächtigung zum Erlass untergesetzlicher Rechtsnormen im materiellen Sinne ansähe, die nicht den formellen Voraussetzungen einer Satzung unterlägen, wären die Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler nichtig, weil sie auch dann nicht vom Vorstand hätten beschlossen werden dürfen, sondern vom Verwaltungsrat. Gemäß [§ 217b Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) in Verbindung mit [§ 197 Abs. 1 Nr. 1b SGB V](#) liegt die Organzuständigkeit für alle Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung – gleich, ob abstrakt-genereller oder konkret-individueller Art – beim Verwaltungsrat, während es dem Vorstand obliegt, die Beschlüsse des Verwaltungsrats zu Angelegenheiten von grundsätzlicher Bedeutung zu vollziehen und ihm darüber gemäß [§ 217b Abs. 2 Satz 6 SGB V](#) in Verbindung mit [§ 35a Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB IV](#) zu berichten. Eine Angelegenheit von grundsätzlicherer Bedeutung als die Regelung der einheitlichen Grundsätze zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung ist kaum vorstellbar. Deshalb hätten die Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler auf jeden Fall vom Verwaltungsrat und nicht vom Vorstand des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen erlassen werden müssen, gleich welche Ansicht man im Übrigen zur Bedeutung des [§ 217e Abs. 2 SGB V](#) vertritt.

Im Übrigen darf aus verfassungsrechtlichen Gründen [§ 217e Abs. 2 SGB V](#) nicht dahin gehend ausgelegt werden, dass er den Spitzenverband Bund der Krankenkassen zum Erlass von untergesetzlichen Rechtsnormen gegenüber seinen Mitgliedskassen und den Versicherten in der Form von "Entscheidungen" ermächtigt und diese "Entscheidungen" keine Satzungen darstellten, sondern vom Vorstand an Stelle des Verwaltungsrats erlassen werden könnten. In einer solchen Auslegung würde die Vorschrift gegen [Art. 80 Abs. 1 GG](#) verstoßen. Zwar gilt [Art. 80 Abs. 1 GG](#), dessen Anforderungen schon deshalb nicht erfüllt werden, weil der Spitzenverband Bund der Krankenkassen weder die Bundesregierung noch ein Bundesminister noch eine Landesregierung ist, seinem Wortlaut nach nur für Rechtsverordnungen, während [§ 217e Abs. 2 SGB V](#) von "Entscheidungen" spricht. Bei einer Auslegung des [Art. 80 Abs. 1 GG](#), die allein auf den Wortlaut der Bezeichnung abstellen würde, die der Gesetzgeber in der Ermächtigungsvorschrift für die Rechtsform der untergesetzlichen Rechtsnormen gewählt hat, wäre diese Verfassungsvorschrift aber leicht zu umgehen. Entscheidend für die Anwendbarkeit des [Art. 80 Abs. 1 GG](#) muss vielmehr sein, ob die Delegation zu einer Verlagerung der Rechtsetzungsbefugnis von der Legislative auf die Exekutive führt. Die darin liegende Durchbrechung des Gewaltenteilungsgrundsatzes ([Art. 20 Abs. 1 Satz 2 und Abs. 2 GG](#)) wird von [Art. 80 Abs. 1 GG](#) legitimiert und gleichzeitig begrenzt. Dieser Gedanke erklärt auch, warum [Art. 80 Abs. 1 GG](#) auf den Erlass von Satzungen durch Körperschaften des öffentlichen Rechts im Rahmen von deren Selbstverwaltungsautonomie nicht anzuwenden ist: Denn soweit solche Körperschaften durch ihre demokratisch gewählten Selbstverwaltungsorgane Satzungen erlassen, wird die

Rechtsetzungsbefugnis innerhalb der Legislative nur auf andere demokratische Gremien und nicht - wie bei Rechtsverordnungen - auf die Exekutive verlagert (BVerfG, Entscheidung vom 21.12.1966 Az. [1 BvR 33/64](#) Rdnr. 20). Als "Legislativ" in diesem Sinne kann aber der Vorstand des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen - im Gegensatz zu seinem Verwaltungsrat - nicht mehr angesehen werden. Die Regelungen des [§ 217b Abs. 1 Satz 1 SGB V](#), in dem der Verwaltungsrat anders als der Vorstand ausdrücklich als Selbstverwaltungsorgan bezeichnet wird, des [§ 217b Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) in Verbindung mit [§ 197 Abs. 1](#) und des [§ 217e Abs. 1 Satz 1 SGB V](#), die dem Verwaltungsrat die Organzuständigkeit zum Erlass von Satzungen und sonstigem autonomen Recht, zu Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung sowie zur Feststellung des Haushaltsplans zuschreiben, und schließlich auch schlicht die Größe der Gremien, die beim Vorstand gemäß [§ 217b Abs. 2 SGB V](#) zwischen einer und drei Personen beträgt, während sich der Verwaltungsrat gemäß [§ 217c Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) aus 41 Personen zusammensetzt, machen deutlich, dass es sich beim Vorstand um ein reines Exekutivorgan handelt, in dem die demokratische Repräsentation unterschiedlicher Interessen und Meinungen anders als beim Verwaltungsrat keine Rolle mehr spielt. Dementsprechend muss sich jede Ermächtigungsnorm, die den Vorstand des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zum Erlass untergesetzlicher Rechtsnormen im materiellen Sinne ermächtigen will, an den Anforderungen des [Art. 80 Abs. 1 GG](#) messen lassen, egal ob sie die Rechtsnorm, zu deren Erlass sie ermächtigt, formell als "Rechtsverordnung" bezeichnet oder mit einem anderen Begriff belegt.

Der Gesetzgeber selbst hat die Frage, welche Einkommensarten bei der Beitragsbemessung berücksichtigt werden dürfen, in den [§§ 226 bis 239 BGB](#) nur für Pflichtmitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung geregelt, nicht aber für freiwillige Mitglieder. Die Klägerin wurde von der Beklagten als freiwilliges Mitglied geführt. Sie war auch nach dem dem Gericht bekannten Sachverhalt tatsächlich nicht versicherungspflichtig. Zwar könnte diesbezüglich das Urteil des BSG vom 24.09.2008 Az. [B 12 KR 22/07 R](#) Anlass zu Zweifeln geben, wonach eine die Sozialversicherungspflicht begründende Beschäftigung auch dann vorliegen kann, wenn bei fortlaufender Zahlung des Arbeitsentgelts der Arbeitnehmer einvernehmlich und unwiderruflich bis zum Ende des Arbeitsverhältnisses von der Arbeitsleistung freigestellt ist. Allerdings hat sich das BSG unter Rdnr. 19 der zitierten Entscheidung ausdrücklich gegenüber der vom BSG bereits durch Beschluss vom 21.08.1997 Az. [12 BK 63/97](#) entschiedenen Konstellation abgegrenzt, in der die Arbeitsvertragsparteien trotz Fortzahlung der Bezüge einen Verzicht auf die Arbeitsleistung für die außergewöhnlich lange Dauer des weiteren Erwerbslebens von 10 Jahren vereinbart hatten. In einem solchen Fall, der dem hier zugrunde liegenden Sachverhalt entspricht, verbleibt es also bei dem schon in dem zitierten Beschluss vom 21.08.1997 formulierten Grundsatz, dass die Auflösungsvereinbarung das persönliche Abhängigkeitsverhältnis im Sinne der Verfügungsbefugnis des Arbeitgebers und der Dienstbereitschaft des Arbeitnehmers endgültig außer Kraft setzt, so dass die Klägerin aufgrund der Auflösungsvereinbarung vom 12. und 17.06.2002 seit dem 01.07.2002 keine die Versicherungspflicht nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) auslösende Beschäftigung im Sinne des [§ 7 SGB IV](#) mehr ausübte.

Unmittelbar auf [§ 240 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#), wonach sicherzustellen ist, dass die Beitragsbelastung die gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des freiwilligen Mitglieds berücksichtigt, konnte die Beitragsbemessung nicht gestützt werden, da sich diese Vorschrift lediglich an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen richtet und die in [§ 240 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) eröffnete Regelungsermächtigung inhaltlich begrenzt. Nichts anderes gilt für [§ 240 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#), wonach bei der Bestimmung der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit mindestens die Einnahmen des freiwilligen Mitglieds zu berücksichtigen sind, die bei einem vergleichbaren versicherungspflichtig Beschäftigten der Beitragsbemessung zugrunde zu legen sind. Für die Mieteinnahmen und Zinseinkünfte der Klägerin gibt diese Vorschrift im Übrigen ohnehin nichts her, da diese Einkunftsarten bei Versicherungspflichtigen niemals der Beitragsberechnung unterliegen.

Die Klage war unbegründet, soweit Beiträge zur Krankenversicherung auf das in [§ 240 Abs. 4 Satz 1 SGB V](#) fingierte Mindesteinkommen festgesetzt wurden. Nach dieser Vorschrift gilt - unabhängig von der Regelung der Beitragsbemessung durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach [§ 240 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) - als beitragspflichtige Einnahmen für den Kalendertag mindestens der neunzigste Teil der monatlichen Bezugsgröße. Diese Regelung ist ohne jeden Spielraum so konkret verfasst, dass sie aus sich heraus anwendbar ist und nicht der Umsetzung durch eine Regelung seitens des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen nach [§ 240 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) bedarf. Setzt man den Monat gemäß [§ 223 Abs. 2 Satz 2 SGB V](#) zu dreißig Tagen an, gilt als Mindesteinkommen demnach ein Drittel der monatlichen Bezugsgröße nach [§ 18 SGB IV](#). Diese Bezugsgröße, die gemäß [§ 17 Abs. 2 Satz 1 SGB IV](#) jährlich durch Rechtsverordnung festgelegt wird, betrug nach den Sozialversicherungs-Rechengrößenverordnungen der Jahre 2009 und 2010 in den alten Bundesländern im Jahr 2009 monatlich 2.520 EUR und im Jahr 2010 monatlich 2.555 EUR. Die beitragspflichtigen Einnahmen der Klägerin waren somit im Jahr 2009 mit monatlich 2.520 EUR / 3 = 840 EUR und im Jahr 2010 mit monatlich 2.555 EUR / 3 = 851,67 EUR anzusetzen.

Die beitragspflichtigen Einnahmen waren mit dem maßgeblichen Beitragssatz zu multiplizieren. Grundsätzlich galt für die Klägerin gemäß [§ 243 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) der ermäßigte Beitragssatz, da sie gemäß [§ 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 SGB V](#) keinen Anspruch auf Krankengeld hatte. Die hiervon in [§ 240 Abs. 2 Satz 5](#) in Verbindung mit [§§ 247](#) und [248 SGB V](#) statuierte Ausnahme, wonach für die Bemessung der Beiträge aus Renten der gesetzlichen Rentenversicherung, Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen immer der allgemeine Beitragssatz Anwendung findet, konnte nicht zum Zuge kommen, da die Beiträge wegen der Unwirksamkeit der Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler gerade nicht aus den genannten Einkommensarten erhoben werden, sondern allein aufgrund der Einkommensfiktion nach [§ 240 Abs. 4 Satz 1 SGB V](#). Deshalb verblieb es bei der Anwendung des ermäßigten Beitragssatzes, der sich gemäß [§ 2 Satz 2 GKV-Beitragsatz-Verordnung](#) im Zeitraum vom 01.01. bis zum 30.06.2009 auf 14,9 % und seit dem 01.07.2009 auf 14,3 % belief. Somit ergab sich im Zeitraum vom 01.01. bis zum 30.06.2009 ein monatlicher Beitrag in Höhe von 840 EUR x 14,9 % = 125,16 EUR, im Zeitraum vom 01.07. bis zum 31.12.2009 in Höhe von 840 EUR x 14,3 % = 120,12 EUR und seit dem 01.01.2010 in Höhe von 851,67 EUR x 14,3 % = 121,79 EUR.

Die in den angefochtenen Bescheiden getroffene Regelung, wonach die Beiträge zum 15. des Monats fällig werden, der auf den Monat folgt, für den sie zu entrichten sind, war nicht zu beanstanden. Zwar ist die insoweit in [§ 9 Abs. 1 Satz 2 Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen](#) aufgrund der Ermächtigung in [§ 23 Abs. 1 Satz 1 SGB IV](#) getroffene Regelung aus den gleichen Gründen über die beitragspflichtigen Einnahmen unwirksam. Jedoch kann in Ermangelung einer wirksamen Regelung seitens des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen unmittelbar auf die gesetzliche Regelung in [§ 23 Abs. 1 Satz 4 SGB IV](#) zurückgegriffen werden, wonach die hier vorliegenden sonstigen Beiträge spätestens am 15. des Monats fällig werden, der auf den Monat folgt, für den sie zu entrichten sind.

Das Gericht war nicht verpflichtet, gemäß [Art. 100 Abs. 1 Satz 1 GG](#) das Verfahren auszusetzen und die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts abzuwarten, weil es sich bei den Beitragsverfahrensgrundsätzen Selbstzahler, die das Gericht für nichtig hält, um kein Gesetz im formellen Sinne handelt und das Gericht die Verfassungsmäßigkeit der gesetzlichen Vorschriften, die den Spitzenverband

Bund der Krankenkassen zum Erlass der darin getroffenen Regelungen ermächtigen, ausdrücklich offen lassen kann, weil sie für die Entscheidung des vorliegenden Falles nicht erheblich sind.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#).

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2010-11-18