

L 4 KR 1493/17

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
4
1. Instanz
SG Mannheim (BWB)
Aktenzeichen
S 7 KR 1988/16
Datum
29.03.2017
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 4 KR 1493/17
Datum
15.09.2017
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Mannheim vom 29. März 2017 wird zurückgewiesen. Die Klage wegen des Bescheides vom 31. Mai 2017 wird abgewiesen.

Die Beklagte hat ein Viertel der außergerichtlichen Kosten der Klägerin beider Rechtszüge zu tragen.

Tatbestand:

Die Klägerin wendet sich gegen die Feststellung der Unwirksamkeit der Kündigung ihrer Mitgliedschaft in der Krankenversicherung (KV) der Beklagten sowie gegen die Zahlung von KV- und PV-Beiträgen für die Zeit vom 11. Februar bis 31. Juli 2016.

Die 1968 geborene Klägerin war bis zum 10. Februar 2016 versicherungspflichtig beschäftigt und bei der Beklagten gesetzlich kranken- und pflegepflichtversichert. Seither ist sie arbeitslos und bezieht keine Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts. Bereits unter dem 15. Dezember 2015 kündigte sie die Mitgliedschaft bei der Beklagten mit sofortiger Wirkung. Die Beklagte übersendete der Klägerin eine förmliche Kündigungsbestätigung vom 29. Dezember 2015 zum 29. Februar 2016 zur Vorlage bei einer anderen Krankenkasse.

Auf Nachfrage der Beklagten teilte die Klägerin am 7. März 2016 mit, ab dem 1. März 2016 bei der Techniker Krankenkasse eine Mitgliedschaft beantragt zu haben, und legte einen am 7. März 2016 unterschriebenen Aufnahmeantrag vor. Eine Mitgliedsbescheinigung der Techniker Krankenkasse legte sie nicht vor. Die Beklagte teilte der Klägerin daraufhin mit, dass sie bis spätestens 29. Februar 2016 eine neue Krankenkasse habe wählen müssen. Den Antrag bei der Techniker Krankenkasse habe sie zu spät gestellt. Sie müsse sich nun freiwillig (bei der Beklagten) versichern. Auf Nachfrage der Beklagten unter dem 8. und 22. März 2016 wegen des weiteren Versicherungsschutzes sowie ihrer Einkommenssituation teilte die Klägerin am 3. April 2016 lediglich mit, sie beantrage keine freiwillige Mitgliedschaft. Unter dem 5. April 2016 informierte die Beklagte die Klägerin, dass sie verpflichtet sei, deren Mitgliedschaft ab 11. Februar 2016 als freiwillige fortzuführen. Die Höhe der Beiträge richte sich nach dem Einkommen der Klägerin und eventuell dem Einkommen des Lebenspartners. Ohne Angaben sei sie verpflichtet, die Beiträge nach der Höchstbemessungsgrenze zu berechnen.

Mit (mehrteiligem) Bescheid vom 12. April 2016 stellte die Beklagte zu 1 fest, die Kündigung zum 29. Februar 2016 sei unwirksam, da keine Mitgliedsbescheinigung einer anderen Krankenkasse vorliege. Eine Befreiung von der Versicherungspflicht nach [§ 5 Abs. 13a](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) sei nicht möglich. Der Beitrag zur KV und PV für freiwillig Versicherte richte sich nach den persönlichen Einkommensverhältnissen. Da die Klägerin keine Angaben darüber gemacht habe, wovon sie ihren Lebensunterhalt bestreite, und die Anfragen der Beklagten zu 1 nicht beantwortet habe, sei diese berechtigt, der Einstufung beitragspflichtige Einnahmen in Höhe der Beitragsbemessungsgrenze zugrunde zu legen. Die Beklagte zu 1 setzte die Beiträge zur KV und PV ab 11. Februar 2016 monatlich auf EUR 756,39 EUR (KV: EUR 656,81 EUR, PV: EUR 99,58 EUR; Beitragsbemessungsgrenze: EUR 4.237,50) fest, wobei sie für die Zeit vom 11. bis 29. Februar 2016 anteilig EUR 479,05 errechnete. Der Bescheid über die Beitragsfestsetzung ergehe auch im Namen der Pflegekasse, der Beklagten zu 2. Die Beklagte zu 1 wies zudem darauf hin, dass die Klägerin innerhalb von 14 Tagen nach Bekanntgabe dieses "Schreibens" schriftlich zum Ende der Krankenversicherungspflicht kündigen könne, sofern sie nicht Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung bleiben wolle. Die Kündigung werde wirksam, wenn der Beklagten zu 1 der Nachweis einer neuen Krankenversicherung vorliege.

Die Klägerin legte am 13. Mai 2016 gegen den "Beitragseinstufungsbescheid" Widerspruch ein und kündigte die Mitgliedschaft bei der Beklagten zu 1 wegen Kassenwechsels zum 31. Juli 2016.

Mit Widerspruchsbescheid vom 5. Juli 2016 wies der bei der Beklagten zu 1 gebildete Widerspruchsausschuss den Widerspruch der Klägerin

- auch im Namen der Beklagten zu 2 - als unbegründet zurück. Für Personen, deren Versicherungspflicht oder Familienversicherung ende, setze sich die Versicherung mit dem Tag nach dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht oder mit dem Tag nach dem Ende der Familienversicherung als freiwillige Mitgliedschaft fort, es sei denn, das Mitglied erkläre innerhalb von zwei Wochen nach Hinweis der Krankenkasse seinen Austritt und weise einen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall nach (§ 188 Abs. 4 SGB V). Mit dieser Gesetzesvorschrift sei mit Wirkung vom 1. August 2013 eine obligatorische Anschlussversicherung eingeführt worden. Ziel des Gesetzgebers sei es, einen lückenlosen Versicherungsschutz zu gewährleisten. Seither schließe sich grundsätzlich an jede Beendigung einer Versicherungspflicht nahtlos eine freiwillige Mitgliedschaft an, ohne dass es einer Erklärung oder Anzeige des Mitglieds bedürfe. Eine ähnliche Gesetzesvorschrift habe bereits seit dem 1. April 2007 bestanden; sie habe sich jedoch darin unterschieden, dass bei fehlendem KV-schutz KV-pflicht eintrat (§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V). Diese KV-pflicht werde nunmehr durch eine freiwillige Mitgliedschaft ersetzt. Die Versicherungspflicht als Beschäftigte habe am 10. Februar 2016 geendet. Da die Klägerin ihren Austritt zu diesem Zeitpunkt nicht erklärt habe und seit 11. Februar 2016 über keinen anderweitigen KV-schutz verfüge, habe sich ihre Versicherung kraft Gesetzes seit dem 11. Februar 2016 als freiwillige Mitgliedschaft fortgesetzt. Einer Willenserklärung habe es hierfür nicht bedurft. Da keine Nachweise über Einkünfte vorgelegt worden seien, sei für die Höhe der Beiträge die Beitragsbemessungsgrenze in Höhe von EUR 4.237,50 monatlich maßgeblich gewesen. Der Widerspruchsbescheid ergehe auch im Namen der Beklagten zu 2, soweit er Beiträge zur Pflegekasse betreffe.

Gegen die Aufforderung der Beklagten zur Entrichtung der Beiträge vom 24. Mai, 27. Juni und 19. Juli 2016 legte sie unter dem 27. Mai, 6. und 21. Juli sowie 18. August 2016 Widerspruch ein.

Die Klägerin erhob am 6. Juli 2016 Klage beim Sozialgericht Mannheim (SG). Sie habe der Techniker Krankenkasse am 29. Februar 2016 die Mitgliedschaftsbescheinigung der Beklagten zu 1 nicht vorlegen können, da sie krank gewesen sei. Daher sei dies erst am 7. März 2016 geschehen. Dies sei nicht verspätet, denn auf der Mitgliedschaftskündigung sei schriftlich vermerkt, "wenn sie innerhalb 18 Monaten Mitglied einer anderen Krankenkasse werden wollen, ist dieses Kündigungsschreiben vorzulegen". Da die Beklagte zu 1 ihrem "Auskunftersuchen" nicht stattgegeben habe, habe sie auch keine Angaben zu ihrem Einkommen gemacht. Im Übrigen sei sie seit 1. August 2016 freiwilliges Mitglied der Techniker Krankenkasse. Dies ergebe sich aus der vorgelegten Mitgliedsbescheinigung.

Die Beklagte zu 1 trat der Klage entgegen. Gegenstand des Verfahrens seien auch die Beitragsmahnungen der Beklagten. Die Vollstreckung werde jedoch bis zum Abschluss des Klageverfahrens ausgesetzt.

Am 2. Februar 2017 erklärte sich die Beklagte zu 1 im Rahmen einer nichtöffentlichen Sitzung vor dem SG bereit, "nur die Mindestbeiträge zu berechnen", indem sie "die Differenz aus den Bescheiden mit der Mindestbeitragsbemessungsgrenze erlasse".

Mit Gerichtsbescheid vom 29. März 2017 wies das SG die Klage ab. Die Klägerin sei vom "29.02.2016" (gemeint wohl 11. Februar 2016) bis einschließlich 31. Juli 2016 bei den Beklagten als freiwilliges Mitglied beitragspflichtig kranken- und pflegeversichert gewesen. Dies ergebe sich für die Krankenversicherung aus § 188 Abs. 4 SGB V, wonach für Personen, deren Versicherungspflicht oder Familienversicherung ende, sich die Versicherung mit dem Tag nach dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht oder mit dem Tag nach dem Ende der Familienversicherung als freiwillige Mitgliedschaft fortsetze, es sei denn, das Mitglied erkläre innerhalb von zwei Wochen nach Hinweis der Krankenkasse über die Austrittsmöglichkeiten seinen Austritt. Der Austritt werde nur wirksam, wenn das Mitglied das Bestehen eines anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall nachweise. Da keine anderweitige Absicherung nachgewiesen worden sei, habe die Austrittserklärung vom 15. Dezember 2015 keine Wirkung entfalten können. Dem folge auch die Mitgliedschaft bei der Pflegeversicherung gem. § 20 Abs. 3 SGB XI. Die freiwillige Versicherung habe erst nach Vorlage der Bescheinigung der Techniker Krankenkasse, dass die Klägerin ab dem 1. August 2016 für den Krankheitsfalls abgesichert sei, wirksam beendet werden können, nicht jedoch schon zum 10. Februar 2016, da die Klägerin bis spätestens 29. Februar 2016 keine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall nachgewiesen habe. Die Beitragsfestsetzung und -anforderung sei rechtmäßig. Ob die Forderung des Höchstsatzes rechtmäßig gewesen sei, könne dahinstehen, da die Beklagte zu 1 im Rahmen des Erörterungstermins erklärte habe, nunmehr nur noch die Mindestbeiträge von der Klägerin zu fordern.

Gegen den der Klägerin am 30. März 2017 zugestellten Gerichtsbescheid hat diese am 18. April 2017 Berufung beim Landessozialgericht Baden-Württemberg (LSG) eingelegt. Sie halte die Entscheidung des SG für falsch. Insbesondere stimmten "u.a. die versicherungspflichtigen Daten ab dem 10. Februar 2016" nicht.

Die Klägerin beantragt sachgerecht gefasst,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Mannheim vom 29. März 2017 und den Bescheid vom 12. April 2016 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 5. Juli 2017 sowie den Bescheid der Beklagten vom 31. Mai 2017 aufzuheben.

Die Beklagten beantragen,

die Berufung zurückzuweisen und die Klage gegen den Bescheid vom 31. Mai 2017 abzuweisen.

Sie halten den Gerichtsbescheid des SG für zutreffend und verweisen zudem auf die Ausführungen der Beklagten zu 1 im Bescheid und Widerspruchsbescheid.

Die Berichterstatterin hat am 31. Mai 2017 einen Erörterungstermin mit den Beteiligten durchgeführt. Der Vertreter der Beklagten hat im Rahmen dessen erklärt, er ändere den Bescheid vom 12. April 2016 sowie den Widerspruchsbescheid vom 5. Juli 2016 wie folgt ab: "Der monatliche Gesamtbeitrag ab 11. Februar 2016 beträgt EUR 177,85. Für den Monat Februar, d.h. vom 11. bis 29. Februar 2016, ergibt sich insoweit ein Teilbetrag von EUR 109,47. Der monatliche Gesamtbeitrag errechnet sich dabei aus monatlichen beitragspflichtigen Einnahmen in Höhe von EUR 968,33. Dieser Betrag entspricht der Mindestbeitragsbemessungsgrenze. Der von der Klägerin zu zahlende Betrag ergibt sich unter Berücksichtigung eines Beitragssatzes für die Krankenkasse von 15,5 % und eines Beitragssatzes für die Pflegekasse von 2,35 %. Insgesamt hat die Klägerin damit in Abweichung zu dem ansonsten weiterhin geltenden Bescheid vom 12. April 2016 sowie des Widerspruchsbescheides vom 5. Juli 2016 noch Beiträge in Höhe von EUR 973,72 an die Beklagte zu entrichten."

Zu den weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Gerichtsakten beider Rechtszüge sowie auf die beigezogene Akte der Beklagten zu 1 Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

1. Die Berufung der Klägerin ist zulässig. Sie ist gemäß [§ 143 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) statthaft und gemäß [§ 151 Abs. 1 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegt. Die Berufung bedurfte gemäß [§ 144 Abs. 1 Satz 2 SGG](#) auch nicht der Zulassung, denn die Klägerin wendet sich (auch) gegen Beitragsforderungen in Höhe von (zunächst) monatlich EUR 756,39 für die Zeit vom 11. Februar bis 31. Juli 2016, mithin über EUR 750,00.

2. Gegenstand des Berufungsverfahrens ist der Bescheid der Beklagten vom 12. April 2016 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 5. Juli 2016; diese Bescheide waren bereits Gegenstand des Klageverfahrens. Mit diesen traf die Beklagte zu 1 zum einen die Feststellung der Unwirksamkeit der Kündigung. Die zum anderen getroffene Regelung hinsichtlich der Beitragshöhe zur KV und PV wurde durch den Bescheid vom 31. Mai 2017 vollständig ersetzt. Dieser ist daher gemäß [§ 153 Abs. 1](#) i.V.m. [§ 96 Abs. 1 SGG](#) Gegenstand des Berufungsverfahrens geworden; über ihn entscheidet der Senat auf Klage. Nicht Gegenstand des Verfahrens sind hingegen die Beitragsmahnungen der Beklagten zur Entrichtung der Beiträge vom 24. Mai, 27. Juni und 19. Juli 2016.

Obwohl die Klägerin die Klage ausdrücklich nur gegen die zu 1 beklagte Krankenkasse gerichtet hat, richtete sich die Klage von vornherein nicht nur gegen die zu 1 beklagte Krankenkasse, sondern auch gegen die zu 2 beklagte Pflegekasse, weshalb eine Berichtigung des Rubrums auf Beklagtenseite – auch noch im Berufungsverfahren – möglich und keine Klageänderung im Sinne des [§ 99 SGG](#) ist (vgl. Urteile des Senats vom 12. September 2014 – [L 4 KR 75/14](#) – juris Rn. 17, vom 21. November 2014 – [L 4 KR 1792/13](#) –, vom 12. Dezember 2014 – [L 4 KR 3408/11](#) – und vom 27. Februar 2015 – [L 4 KR 2931/13](#) – jeweils nicht veröffentlicht). Denn die Klage betraf von Anfang an nicht nur die Höhe der Beiträge zur Krankenversicherung, sondern auch zur Pflegeversicherung. Die Klägerin wandte sich von Anfang an, auch bereits im Widerspruchsverfahren, sowohl gegen die Beiträge zur Krankenversicherung als auch gegen die Beiträge zur Pflegeversicherung.

3. Die Berufung und die Klage sind unbegründet. Die streitgegenständlichen Bescheide sind rechtmäßig. Die Klägerin war in der Zeit vom 11. Februar bis 31. Juli 2016 freiwilliges Mitglied der Beklagten (hierzu a), denn sie hat die Mitgliedschaft bei den Beklagten nicht wirksam zum 10. oder 29. Februar 2016 beendet. Vielmehr endete die Versicherung bei den Beklagten erst am 31. Juli 2016. Die Beklagten haben auch der Höhe nach zu Recht Beiträge zur KV und PV in Höhe der Mindestbeitragsbemessungsgrenze von insgesamt EUR 973,72 erhoben (hierzu b). Die Beklagte zu 1 war berechtigt, im Namen der Beklagten zu 2 auch die Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung festzusetzen.

a) Die Bescheide sind dem Grunde nach sind materiell rechtmäßig, denn die Klägerin war in der Zeit vom 11. Februar bis 31. Juli 2016 freiwilliges Mitglied der Beklagten. Sie hat die Mitgliedschaft bei den Beklagten weder zum 29. Februar 2016 noch zum 10. Februar 2016, sondern erst zum 31. Juli 2016 wirksam beendet.

(1) Die Klägerin war - dies ist zwischen den Beteiligten unstrittig - aufgrund eines von ihr erklärten Beitritts ([§ 188 Abs. 1 SGB V](#)) bis 10. Februar 2016 als Arbeitnehmerin bei der Beklagten zu 1 versicherungspflichtiges Mitglied in der KV ([§ 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#)) und bei der Beklagten zu 2 in der sozialen PV pflichtversichert ([§ 20 Abs. 1 Nr. 5 SGB XI](#)).

(2) Die Mitgliedschaft der Klägerin wurde nicht durch die Kündigung vom 15. Dezember 2015 beendet.

An die Wahl der Krankenkasse sind Mitglieder nach [§ 175 Abs. 4 Satz 1 SGB V](#) mindestens 18 Monate gebunden, wenn sie das Wahlrecht ab dem 1. Januar 2002 ausüben. Eine Kündigung der Mitgliedschaft ist zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats möglich, gerechnet von dem Monat, in dem das Mitglied die Kündigung erklärt ([§ 175 Abs. 4 Satz 2 SGB V](#)). Die Krankenkasse hat dem Mitglied unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Kündigung eine Kündigungsbestätigung auszustellen ([§ 175 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#)). Die Kündigung wird erst wirksam, wenn das Mitglied innerhalb der Kündigungsfrist eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse durch eine Mitgliedsbescheinigung oder das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall nachweist ([§ 175 Abs. 4 Satz 4 SGB V](#)).

Die Klägerin erfüllt diese Voraussetzungen eines Krankenkassenwechsels aufgrund der im Dezember 2015 gegenüber der Beklagten erklärten Kündigung nicht. Zwar hat die Beklagte der Klägerin daraufhin eine Kündigungsbestätigung zum 29. Februar 2016 zur Vorlage bei einer anderen Krankenkasse übersendet. Allerdings hat die Klägerin bis zum Ablauf der Kündigungsfrist am 29. Februar 2016 eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse durch eine Mitgliedsbescheinigung oder das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall nicht nachgewiesen. Denn sie legte erst am 1. August 2017 eine Mitgliedsbescheinigung der Techniker Krankenkasse vom selben Tag vor. Ein Nachweis über eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall für dem 1. August 2017 wurde nicht vorgelegt.

(3) Ab 11. Februar 2016 wurde die Klägerin daher kraft Gesetzes freiwilliges Mitglied der Beklagten zu 1. Dies folgt aus [§ 188 Abs. 4 Satz 1 1. Halbsatz SGB V](#). Danach setzt sich für Personen, deren Versicherungspflicht oder Familienversicherung endet, die Versicherung mit dem Tag nach dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht oder mit dem Tag nach dem Ende der Familienversicherung als freiwillige Mitgliedschaft fort. Dem folgt auch die Mitgliedschaft bei der Beklagten zu 2 nach [§ 20 Abs. 3 SGB XI](#).

Nach [§ 188 Abs. 4 Satz 1 2. Halbsatz SGB V](#) gilt dies nicht, wenn das Mitglied innerhalb von zwei Wochen nach Hinweis der Krankenkasse über die Austrittsmöglichkeiten seinen Austritt erklärt. Es handelt sich dabei um eine empfangsbedürftige Willenserklärung, die an keine bestimmte Form gebunden ist. Die Krankenkasse ist verpflichtet, das Mitglied auf sein Austrittsrecht hinzuweisen. Die in [§ 188 Abs. 4 SGB V](#) genannte Frist von zwei Wochen wird erst durch diesen Hinweis in Gang gesetzt (Felix in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 3. Aufl. 2016, [§ 188 SGB V](#), Rn. 23). Ob die Beklagte zu 1 den Hinweis verspätet erteilt hat und dies zur Folge hätte, dass der Austritt auf den Zeitpunkt des Beginns der freiwilligen Versicherung am 11. Februar 2016 rückwirkend wirksam würde oder - im Falle finanzieller Nachteile der Klägerin - ein Rückgriff auf die Beklagte erfolgen könnte, kann vorliegend dahinstehen; denn auch der Austritt nach [§ 188 Abs. 4 Satz 2 SGB V](#) wird nur wirksam, wenn das Mitglied das Bestehen eines anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall nachweist. Satz 1 gilt nicht für Personen, deren Versicherungspflicht endet, wenn die übrigen Voraussetzungen für eine Familienversicherung erfüllt sind oder ein Anspruch auf Leistungen nach [§ 19 Absatz 2](#) besteht, sofern im Anschluss daran das Bestehen eines anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im

Krankheitsfall nachgewiesen wird ([§ 188 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#)).

Die Beklagte wies die Klägerin erst mit Schreiben vom 12. April 2016 auf das ihr zustehende Austrittsrecht hin. Innerhalb der maßgeblichen Frist von zwei Wochen nach Hinweis der Beklagten über die Austrittsmöglichkeiten erklärte die Klägerin ihren Austritt jedoch nicht. Eine Mitgliedsbescheinigung einer anderen Krankenkasse oder einen Nachweis einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall legte sie nicht vor.

(4) Die freiwillige Versicherung wurde vielmehr erst zum 31. Juli 2016 beendet. Wird der rechtzeitige Austritt versäumt, besteht die freiwillige Mitgliedschaft weiter fort. Für die Beendigung gelten dann die allgemeinen Beendigungsgründe des [§ 191 SGB V](#) (vgl. Peters in: Kasseler Kommentar, Stand: September 2013, § 188 Rn. 10). Die freiwillige Mitgliedschaft endet nach [§ 191 SGB V](#) Nr. 3 SGB V mit dem Wirksamwerden der Kündigung ([§ 175 Abs. 4 SGB V](#)). Die Klägerin hat die Mitgliedschaft wirksam am 13. Mai 2016 zum 31. Juli 2016 gekündigt. Den zur Wirksamkeit der Kündigung der freiwilligen Mitgliedschaft erforderlichen Nachweis ([§ 175 Abs. 4 Satz 4 SGB V](#)) hat die Klägerin der Beklagten mit Aufnahmebestätigung der Techniker Krankenkasse zum 1. August 2016 innerhalb der Kündigungsfrist vorgelegt.

b) Die Festsetzung der Beiträge der Klägerin zur KV und PV in der Zeit vom 11. Februar bis 31. Juli 2016 ist im Rahmen der vorliegenden gerichtlichen Prüfung nicht zu beanstanden. Der Bescheid der Beklagten vom 12. April 2016 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 5. Juli 2017 in der Fassung des Bescheides vom 31. Mai 2017 verletzt die Klägerin jedenfalls nicht in ihren Rechten.

(1) Die Beklagte zu 1 war berechtigt, im Namen der Beklagten zu 2 auch die Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung festzusetzen. Nach [§ 46 Abs. 2 Satz 4](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) in der ab dem 1. Juli 2008 geltenden Fassung (Art. 1 Nr. 31 des Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung [Pflege-Weiterentwicklungsgesetz] vom 28. Mai 2008, [BGBl. I S. 874](#)) können Krankenkassen und Pflegekassen für Mitglieder, die - wie vorliegend - ihre Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung und zur sozialen Pflegeversicherung selbst zu zahlen haben, die Höhe der Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung und zur sozialen Pflegeversicherung in einem gemeinsamen Beitragsbescheid festsetzen. Hierbei ist das Mitglied darauf hinzuweisen, dass der Bescheid über den Beitrag zur sozialen Pflegeversicherung im Namen der Pflegekasse ergeht ([§ 46 Abs. 2 Satz 5 SGB XI](#)). Den erforderlichen Hinweis auf den gemeinsamen Bescheid hat die Beklagte zu 1 in den streitgegenständlichen Bescheiden gegeben.

(2) Nach [§ 220 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) werden die Mittel der Krankenversicherung unter anderem durch Beiträge aufgebracht. Nach [§ 223 Abs. 2 SGB V](#) werden die Beiträge nach den beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder bemessen (Satz 1). Für die Berechnung ist die Woche zu sieben, der Monat zu dreißig und das Jahr zu dreihundertsechzig Tagen anzusetzen (Satz 2). Beitragspflichtige Einnahmen sind nach [§ 223 Abs. 3 SGB V](#) bis zu einem Betrag von einem Dreihundertsechzigstel der Jahresarbeitsentgeltgrenze nach [§ 6 Abs. 7 SGB V](#) für den Kalendertag zu berücksichtigen (Beitragsbemessungsgrenze; Satz 1). Einnahmen, die diesen Betrag übersteigen, bleiben außer Ansatz, soweit das SGB V nichts Abweichendes bestimmt (Satz 2). Die beitragspflichtigen Einnahmen freiwilliger Mitglieder werden in [§ 240 SGB V](#) bestimmt. Nach Abs. 1 Satz 1 (hier in der seit 1. Januar 2009 geltenden Fassung des Art. 2 Nr. 29a1 Buchst. a Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung [GKV-WSG] vom 26. März 2007 [[BGBl. I S. 378](#)]) wird diese Beitragsbemessung - im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben in den weiteren Bestimmungen des [§ 240 SGB V](#) - einheitlich durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen geregelt, der hierzu die BeitrVerfGrds SelbstZ erlassen hat (zu deren Wirksamkeit: BSG, Urteil vom 19. Dezember 2012 - [B 12 KR 20/11 R](#) - juris, Rn. 13 ff). Bei der Beitragsbemessung ist sicherzustellen, dass die Beitragsbelastung die gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des freiwilligen Mitglieds berücksichtigt. Bei der Bestimmung der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit sind mindestens die Einnahmen des freiwilligen Mitglieds zu berücksichtigen, die bei einem vergleichbaren versicherungspflichtig Beschäftigten der Beitragsbemessung zugrunde zu legen sind; sofern und solange Mitglieder Nachweise über die beitragspflichtigen Einnahmen auf Verlangen der Krankenkasse nicht vorlegen, gilt als beitragspflichtige Einnahme für den Kalendertag der dreißigste Teil der monatlichen Beitragsbemessungsgrenze ([§ 240 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) in der seit 1. August 2014 geltenden Fassung des Art. 1 Nr. 16 Buchst. a des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 21. Juli 2014 [[BGBl. I S. 1133](#)]), Abs. 2 Satz 1 SGB V in der Fassung seit 1. Januar 2009 geltenden Fassung Art. 2 Nr. 29a1 Buchst. b Doppelbuchst. aa GKV-WSG). Allerdings gibt das Gesetz in [§ 240 Abs. 4 Satz 1 SGB V](#) (in der seit 1. Januar 1989 geltenden Fassung des Art. 1 GRG vom 20. Dezember 1988, a.a.O.) eine verbindliche Bestimmung über die beitragspflichtigen Einnahmen für freiwillige Mitglieder vor, wonach als beitragspflichtige Einnahmen für den Kalendertag mindestens der neunzigste Teil der monatlichen Bezugsgröße gilt. Als beitragspflichtige Einnahmen sind das Arbeitsentgelt, das Arbeitseinkommen, der Zahlbetrag der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung, der Zahlbetrag der Versorgungsbezüge sowie alle Einnahmen und Geldmittel, die für den Lebensunterhalt verbraucht werden oder verbraucht werden können, ohne Rücksicht auf ihre steuerliche Behandlung zugrunde zu legen (§ 3 Abs. 1 Satz 1 BeitrVerfGrds SelbstZ). Als Ausnahmeregelung zu [§ 240 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#), der zur Berücksichtigung der gesamten wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit des freiwilligen Mitglieds verpflichtet, legt der Gesetzgeber in [§ 240 Abs. 4 Satz 1 SGB V](#) eine (absolute) Untergrenze beitragspflichtiger Einnahmen fest, die nicht unterschritten werden darf. § 3 Abs. 3 BeitrVerfGrds SelbstZ enthält die gleichlautende Regelung.

Die Beklagten legten der Beitragsberechnung - zuletzt - die beitragspflichtigen Mindesteinnahmen in Höhe von einem Drittel der Bezugsgröße (90. Teil der Bezugsgröße mal 30 Kalendertage, [§ 223 Abs. 2 Satz 2 SGB V](#)) zu Grunde. Die von den Beklagten (zuletzt) zugrunde gelegten monatlichen Einnahmen von EUR 968,33 entsprechen einem Drittel der monatlichen Bezugsgröße von EUR 2.905,00 im Jahre 2016 (§ 2 Abs. 1 Sozialversicherungs-Rechengrößenverordnung 2016). Der Senat kann offen lassen, ob die Klägerin im streitbefangenen Zeitraum höhere beitragspflichtige Einnahmen erzielte oder nach [§ 240 Abs. 1 Satz 2](#) 2. Halbsatz SGB V als beitragspflichtige Einnahmen für den Kalendertag der dreißigste Teil der monatlichen Beitragsbemessungsgrenze (Höchstbeiträge) zugrunde zu legen wären. Denn die Beklagten haben - zugunsten der Klägerin - die Beiträge nach der Mindestbemessungsgrundlage festgesetzt (Beitrag vom 11. bis 29. Februar 2016: EUR 95,06, Beitrag vom 1. März bis 31. Juli 2016: EUR 150,09 monatlich [Beitragssatz zur KV: 15,5 %]), so dass die Klägerin hierdurch nicht in ihren Rechten verletzt wird.

Hiervon ist auch nicht deshalb abzuweichen, wenn die Klägerin seit 11. Februar 2016 über keine Einkünfte verfügt haben sollte. Freiwillig versicherte Mitglieder in der gesetzlichen Krankenversicherung haben jedenfalls den Mindestbeitrag zu zahlen, unabhängig von der Höhe ihrer Einnahmen und ihrer wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit. Von dieser Regelung gibt es keine Ausnahme. Dies kommt in der gesetzlichen Regelung der Mindestbemessungsgrenze zum Ausdruck. Ein Ermessen steht den Beklagten diesbezüglich nicht zu. Durch die Fiktion eines beitragspflichtigen Mindesteinkommens soll ein vertretbarer Ausgleich von Leistung und Gegenleistung bei freiwilligen Mitgliedern erreicht und verhindert werden, dass diese sich zu unangemessen niedrigen Beiträgen versichern können. Im Hinblick auf ihre geringere

Schutzbedürftigkeit im Vergleich zu Pflichtversicherten wird ihnen ein adäquater Beitrag auch dann abverlangt, wenn sie nur ein geringes oder überhaupt kein Einkommen haben. Eine Unterschreitung der Mindesteinnahmengrenze kann deshalb weder damit gerechtfertigt werden, dass nach [§ 240 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) die Beitragsbelastung der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit des freiwilligen Mitglieds entsprechen soll, noch damit, dass nach [§ 240 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) mindestens diejenigen Einnahmen berücksichtigt werden müssen, die bei einem vergleichbaren versicherungspflichtig Beschäftigten der Beitragsbemessung zugrunde zu legen wären (BSG, Urteil vom 18. Februar 1997 - [1 RR 1/94](#) -; juris). Die gesetzliche Regelung, nach der der Mindestbeitrag bei freiwillig Versicherten auch dann nicht unterschritten werden darf, wenn diese nur ein geringes oder überhaupt kein Einkommen haben, ist mit dem GG vereinbar (BSG, Urteile vom 18. Februar 1997 - [1 RR 1/94](#) - und 6. November 1997 - [12 RK 61/96](#) -, beide in juris).

Auch die Beiträge zur PV wurden zutreffend in Höhe von EUR 14,41 für die Zeit vom 11. bis 29. Februar 2016 sowie in Höhe von EUR 22,76 monatlich für die Zeit vom 1. März bis 31. Juli 2016 festgesetzt. Vom 1. Januar 2015 bis 31. Dezember 2016 betrug der Beitragssatz zur Pflegeversicherung 2,35 Prozent ([§ 55 Abs. 1 Satz 1 SGB XI](#) in der seit dem 1. Januar 2015 geltenden Fassung). Dieser Beitragssatz liegt der Beitragsberechnung im Bescheid vom 13. Mai 2017 zugrunde.

3. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 Abs. 1 Satz 1, Abs. 4 SGG](#). Insbesondere ist hier zu berücksichtigen, dass die Beklagte die Beiträge zur KV und PV im Berufungsverfahren auf die Höhe der Mindestbemessungsgrenze, mithin auf insgesamt EUR 973,72 reduziert hat.

4. Die Revision war nicht zuzulassen, da Gründe hierfür (vgl. [§ 160 Abs. 2 SGG](#)) nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2017-09-23