

L 4 KR 4811/09 ER-B

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
4
1. Instanz
SG Karlsruhe (BWB)
Aktenzeichen
S 7 KR 3914/09 ER
Datum
21.09.2009
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 4 KR 4811/09 ER-B
Datum
13.11.2009
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Beschluss

Die Beschwerde des Antragstellers gegen den Beschluss des Sozialgerichts Karlsruhe vom 21. September 2009 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten des Beschwerdeverfahrens sind nicht zu erstatten.

Gründe:

Der Antragsteller begehrt, die aufschiebende Wirkung seiner gegen die Bescheide der Antragsgegnerinnen erhobenen Widersprüche anzuordnen.

Der am 1982 geborene Antragsteller studierte nach seinen gegenüber den Antragsgegnerinnen unter dem 10. November 2007 gemachten Angaben bis 31. Dezember 2006. Seitdem ist er erwerbslos. Er war bis 31. Dezember 2006 über seine Mutter familienversichertes Mitglied der Antragsgegnerinnen. Am 22. November 2007 ging bei den Antragsgegnerinnen die Anzeige des Antragstellers zur Pflichtversicherung nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13](#) des Fünften Buches des Sozialgesetzbuchs (SGB V) und [§ 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12](#) des Elften Buches des Sozialgesetzbuchs (SGB XI) sowie der Einkommensfragebogen, beide vom 10. November 2007 ein. Der Antragsteller gab u.a. an, er sei ledig und habe keine Einnahmen. Beigefügt war auch eine Aufenthaltsbescheinigung des Einwohnermeldeamts der Stadt Maulbronn vom 24. September 2007, in der der Familienstand des Antragstellers mit ledig angegeben wurde. Zur Prüfung der Voraussetzungen der Versicherungspflicht vermerkte in einer internen Checkliste "Neuaufnahme freiwilliges Mitglied", die von zwei Mitarbeitern auszufüllen ist, ein Mitarbeiter der Antragsgegnerinnen bei "Versicherung des Ehegatten geklärt (PKV)" handschriftlich "led.". Des Weiteren kreuzte ein Mitarbeiter das Kästchen "ja" und ein weiterer Mitarbeiter das Kästchen "nein" an.

Die Antragsgegnerinnen führten den Antragsteller ab 1. April 2007 als Pflichtversicherten nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) und [§ 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 SGB XI](#). Die Antragsgegnerin zu 1) teilte ihm mit Bescheid vom 18. Januar 2008, der auch im Namen der Antragsgegnerin zu 2) erging, mit, er sei ab 1. April 2007 bei ihr versichert. In diesem Bescheid setzte die Antragsgegnerin zu 1) ausgehend von monatlichen Einnahmen von EUR 816,67 ab 1. April 2007 und EUR 828,33 ab 1. Januar 2008 den monatlichen Beitrag in der Krankenversicherung auf EUR 119,28 und in der Pflegeversicherung auf EUR 16,15 fest. In den dem unter dem 27. Mai 2008 ausgefüllten und bei den Antragsgegnerinnen am 28. Mai 2008 eingegangenen Einkommensfragebogen gab der Antragsteller Einkünfte aus Kapitalvermögen in Höhe von jährlich EUR 350,00 an sowie weiter, sein Lebensunterhalt werde durch Kost und Wohnung durch die Eltern sichergestellt. Ab 1. Juli 2008 setzten die Antragsgegnerinnen den monatlichen Beitrag zur Krankenversicherung mit EUR 226,07 und zur Pflegeversicherung mit EUR 34,54 fest (Bescheid vom 25. Juni 2008). Sie führten aus, da der Antragsteller auf die Anfrage nach dem aktuellen Einkommen nicht geantwortet habe, schätzten sie sein Einkommen und orientierten sich dabei an der allgemeinen Einkommensentwicklung. Am 4. September 2008 übersandte der Antragsteller die Bescheinigung der Sparkasse P./C. mit einer Gutschrift aus Wertpapieren zum 5. Juni 2008 in Höhe von EUR 319,56. Mit Bescheid vom 8. Oktober 2008 setzten die Antragsgegnerinnen die monatlichen Beiträge des Klägers ab 1. Juli 2008 für die Krankenversicherung auf EUR 119,28 und in der Pflegeversicherung auf EUR 18,23 sowie wegen Erhöhung des Beitragssatzes der Krankenversicherung um 0,6 Prozentpunkte ab 1. Oktober 2008 in der Krankenversicherung auf EUR 124,25 und in der Pflegeversicherung auf EUR 16,16 fest. Sie gingen von monatlichen fiktiven Einnahmen des Antragstellers von EUR 801,70 sowie von monatlichen Kapitalerträgen von EUR 26,63 aus. Die Zahlung der zunächst nicht gezahlten Beiträge für die Monate Juli bis Dezember 2008 erfolgte am 5. und 9. Februar 2009.

Der Antragsteller wandte sich gegen die der Berechnung der Beiträge zugrunde gelegten fiktiven Einnahmen und übersandte der Antragsgegnerin zu 1) mit den Schreiben vom 29. Oktober 2008 eine "Liste der von Ihnen an mir begangenen Gesetzesüberschreitungen".

Mit Bescheid vom 19. Dezember 2008 setzten die Antragsgegnerinnen wegen der Änderung des Beitragssatzes der Krankenversicherung die monatlichen Beiträge des Antragstellers ab 1. Januar 2009 zur Krankenversicherung auf EUR 125,16 und zur Pflegeversicherung auf EUR 18,48 fest und teilten mit, dieser Bescheid ersetze den bisherigen Beitragsbescheid mit Wirkung zum 1. Januar 2009.

Mit Eingaben vom 1. Februar und 24. April 2009 wandte sich der Antragsteller an das Ministerium für Arbeit und Soziales des Landes Baden-Württemberg. In der Eingabe vom 24. April 2009 machte er auch geltend, er sei aus formellen Gründen bei den Antragsgegnerinnen seit 1. April 2004 nicht krankenversichert, weil in der "Checkliste" zwei Mitarbeiter der Antragsgegnerinnen unterschiedlichen Angaben zur Versicherung des Ehegatten, den es bei einem Ledigen nicht gebe, gemacht hätten. Die Antragsgegnerin zu 1) teilte dem Antragsteller nach Kenntnis dieser Eingabe mit, sie habe keine Anhaltspunkte, seine Angabe in der Anzeige zur Pflichtversicherung, er sei ledig, anzuzweifeln. Bei der zweiten Prüfung durch einen zweiten Mitarbeiter sei versehentlich das Kreuz an der falsche Stelle gesetzt worden, was jedoch für die Beitragseinstufung keine Auswirkungen habe (Schreiben vom 3. Juli 2009). Sie änderte die "Checkliste" dahin, dass in der Rubrik des zweiten Mitarbeiters das im Kästchen "nein" vorhandene Kreuz gestrichen und das Kästchen "ja" angekreuzt wurde.

Die Antragsgegnerinnen übersandten dem Antragsteller mit Schreiben vom 4. Juni 2009 einen Einkommensfragebogen und forderten ihn auf, diesen ausgefüllt zurückzusenden. Nachdem eine Antwort des Antragstellers nicht eingegangen war, setzte die Antragsgegnerin zu 1) - im Gegensatz zu den vorangegangenen Beitragsbescheiden ist die Antragsgegnerin zu 2) im Briefkopf nicht genannt - mit Bescheid vom 3. August 2009 die monatlichen Beiträge des Klägers ab 1. Juli 2009 zur Krankenversicherung auf EUR 525,53 und zur Pflegeversicherung auf EUR 80,85 fest und teilte mit, dieser Bescheid ersetze den bisherigen Beitragsbescheid mit Wirkung zum 1. Juli 2009. Sie legte als Einnahmen die vom Spitzenverband festgelegte Schätzungsgrundlage EUR 3.675,00 (Beitragsbemessungsgrenze des Jahres 2009) zugrunde. Der Antragsteller erhob hiergegen Widerspruch.

Bereits unter dem 29. Juli 2007 hatte der Antragsteller begehrt, auch in Folge der ungeklärten rechtlichen Zuständigkeit bis zum Abschluss des Verfahrens jeden Verwaltungsakt der Antragsgegnerinnen aufzuschieben sowie die Aufhebung der Vollziehung anzuordnen.

Am 30. Juli 2009 erhob der Antragsteller Klage beim Sozialgericht Karlsruhe (SG, [S 7 KR 3347/09](#)) mit dem Begehren, seinen Familienstand zu klären, indem die der Antragsgegnerin zu 1) vorliegenden Akten an ihn herausgegeben werden, um ein rechtmäßiges Versicherungsverhältnis herzustellen, sowie weiter "im Vorverfahren" das seit 1. April 2007 bestehende Versicherungsverhältnis aufzuheben. Er machte sinngemäß geltend, da der Bescheid vom 18. Januar 2008 keine Rechtsbehelfsbelehrung enthalte, könne er hiergegen innerhalb eines Jahres Widerspruch erheben. Der Bescheid sei nichtig. Er habe keine schriftliche Begründung enthalten. Die Verwirklichung eines Straf- oder Bußgeldtatbestands sehe er in den unterschiedlichen Angaben zu seinem Familienstand in der "Checkliste".

Am 27. August 2009 beantragte der Antragsteller beim SG den Erlass einstweiliger Anordnungen auf Schadensersatz durch entgangenen Unterhalt in Höhe von vorläufig EUR 33.660,00 sowie auf Feststellung der Nichtigkeit der Mitgliedschaft bei den Antragsgegnerinnen (S 7 KR 3758/09 ER). Diese Anträge lehnte das SG ab (Beschluss vom 11. September 2009). Die Mitgliedschaft des Antragstellers bei den Antragsgegnerinnen sei wirksam entstanden und bestehe fort. Nach Wegfall der Familienversicherung mit Vollendung des 25. Lebensjahres sei er nicht krankenversichert gewesen. Die widersprüchliche Angabe in der "Checkliste" hinsichtlich der Frage, ob das Versicherungsverhältnis des Ehegatten geklärt sei, führe nicht zu dem Nichtbestehen seiner Mitgliedschaft. Eine Ungewissheit hinsichtlich seines Familienstandes entstehe nicht, zumal die Antragsgegnerin zu 1) ausdrücklich erklärt habe, ihn als ledig anzusehen und zu behandeln. Der Zahlungsantrag auf Schadensersatz wegen entgangenen Ehegattenunterhalts sei unzulässig. Es fehle ein Rechtsschutzbedürfnis, da ein schutzwürdiges Ziel dieses Antrages nicht erkennbarer sei. Hinsichtlich der Verhängung von Bußgeldern und Ordnungsmitteln sowie der Einleitung strafprozessualer Maßnahmen gegen die Antragsgegnerinnen biete weder der vom Antragsteller vorgetragene Sachverhalt einen Anknüpfungspunkt noch sei in rechtlicher Hinsicht eine mögliche Anspruchsgrundlage erkennbar, sodass auch diese Anträge mangels Rechtsschutzbedürfnisses unzulässig seien. Hiergegen erhob der Antragsteller Beschwerde ([L 4 KR 4675/09 ER-B](#)), die der Senat mit Beschluss vom heutigen Tag zurückgewiesen hat.

Mit Beschluss vom 21. September 2009 lehnte das SG den Antrag vom 29. Juli 2009 ab. Die Bescheide vom 18. Januar und 19. Dezember 2008 seien bestandskräftig. Der Bescheid vom 25. Juni 2008 sei zum Zeitpunkt des Antrags auf Anordnung der aufschiebenden Wirkung bereits erledigt, da er durch den Bescheid vom 8. Oktober 2009 ersetzt worden sei. Dieser Bescheid entspreche den gesetzlichen Bestimmungen. Der Antrag auf die Anordnung der aufschiebenden Wirkung von Rechtsbehelfen gegen zum Zeitpunkt des Antrags noch nicht erlassene Verwaltungsakte sei unzulässig.

Gegen den ihm am 23. September 2009 zugestellten Beschluss hat der Antragsteller am 20. Oktober 2009 Beschwerde eingelegt. Er macht sinngemäß geltend, der Bescheid vom 18. Januar 2008 sei nicht bestandskräftig. Auf Grund der Angabe "led." in der "Checkliste" werde er als verheiratetes Mitglied der Antragsgegnerinnen geführt. Dass sich durch das Versehen des zweiten Mitarbeiters der Beitrag nicht verändere, sei falsch. Die Akten der Antragsgegnerinnen seien unvollständig, weil das Schreiben der privaten Krankenversicherung an die Antragsgegnerinnen fehle.

Der Antragsteller beantragt sinngemäß,

den Beschluss des Sozialgerichts Karlsruhe vom 21. September 2009 aufzuheben und die aufschiebende Wirkung seiner gegen die Bescheide der Antragsgegnerinnen erhobenen Widersprüche anzuordnen.

Die Antragsgegnerinnen beantragen sinngemäß,

die Beschwerde zurückzuweisen.

Sie halten den angefochtenen Beschluss für zutreffend. Sie sehen auf Grund der Eingaben des Antragstellers an das Ministerium für Arbeit und Soziales des Landes Baden-Württemberg das Schreiben des Antragstellers vom 29. Oktober 2008 als Widerspruch sowohl gegen die Feststellung der Versicherungspflicht ab 1. April 2007 als auch gegen die danach ergangenen Beitragsbescheide an (Schreiben der Antragsgegnerin zu 1) vom 30. Oktober 2009) und haben angekündigt, über diese zu entscheiden. Des Weiteren haben die Antragsgegnerinnen mit dem Bescheid vom 1. Oktober 2009 das Ruhen des Leistungsanspruchs des Antragstellers ab 9. Oktober 2009

verfügt, da die Beiträge seit 1. Januar 2009 nicht gezahlt seien. Auf Hinweis des Senats haben die Antragsgegnerinnen weiter erklärt, da im Bescheid vom 3. August 2009 nicht erkennbar sei, dass die Beiträge auch von der Antragsgegnerin zu 2) festgesetzt worden seien, gelte der Bescheid vom 19. Dezember 2008 über den 1. Juli 2009 hinaus und es werde die aktuelle Beitragsforderung für die Zeit vom 1. Juli bis 30. September 2009 entsprechend reduziert.

II.

Die form- und fristgerechte eingelegte Beschwerde des Antragstellers ist zulässig, jedoch nicht begründet.

1. Das Begehren des Antragstellers geht bei sachgerechter Auslegung dahin ([§ 123](#) des Sozialgerichtsgesetzes - SGG -), dass die von den Antragsgegnerinnen ihm gegenüber erlassenen Bescheide nicht vollzogen werden sollen. Sinngemäß macht der Antragsteller damit die Anordnung bzw. Feststellung der aufschiebenden Wirkung seiner Widersprüche nach [§ 86b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGG](#) geltend. Obgleich der Antragsteller in seinen Schriftsätzen als Gegner jeweils nur "die AOK" nennt, richtet sich bei sachgerechter Auslegung seines Begehrens der Antrag gegen beide im Rubrum genannten Antragsgegnerinnen. Denn seine Einwände richten sich insgesamt gegen die Mitgliedschaft bei den Antragsgegnerinnen und er will die Beiträge sowohl zur Krankenversicherung als auch zur Pflegeversicherung nicht zahlen und - mit Ausnahme des Beitragsbescheids vom 3. August 2009 - sind die vom Antragsteller als rechtswidrig angesehenen Beitragsbescheide von beiden Antragsgegnerinnen erlassen wurden.

2. Nach [§ 86b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGG](#) kann das Gericht der Hauptsache auf Antrag in den Fällen, in denen Widerspruch oder Anfechtungsklage keine aufschiebende Wirkung haben, die aufschiebende Wirkung ganz oder teilweise anordnen.

Soweit der Antragsteller in seinem Antrag gegenüber dem SG gestellten Antrag vom 29. Juli 2009 allgemein die Anordnung der aufschiebenden Wirkung von Widersprüchen gegen von den Antragsgegnerinnen erlassene Bescheide begehrt, ist dieser Antrag zwar zu unbestimmt. Allerdings lässt der Antrag sich anhand des Vorbringens des Antragstellers konkretisieren. Nachdem die Antragsgegnerinnen aufgrund der Einwendungen des Antragstellers ein Widerspruchsverfahren durchführen, haben sie zu erkennen gegeben, dass sie die Einwendungen des Antragstellers als Widersprüche und deshalb den Bescheid vom 18. Januar 2008 und auch die weiteren ergangenen Beitragsbescheide, wobei gegen den Beitragsbescheid vom 3. August 2009 ein ausdrücklicher Widerspruch des Klägers erfolgte, jedenfalls bislang als nicht bestandskräftig ansehen. Die Widersprüche des Antragstellers richten sich zunächst gegen den Bescheid vom 18. Januar 2008, und zwar sowohl insoweit, als die Antragsgegnerinnen ihm mitteilten, er sei ab 1. April 2007 bei ihnen versichert, als auch insoweit, als die Antragsgegnerinnen ab 1. April 2007 Beiträge zur Krankenversicherung und Pflegeversicherung festsetzten. Des Weiteren richten sich seine Widersprüche auch gegen die danach ergangenen Beitragsbescheide vom 18. Januar, 25. Juni, 8. Oktober, 19. Dezember 2008 und 3. August 2009. Seine Einwendungen bezogen sich auf die Mitgliedschaft sowie die Berechnung der Beiträge. Deshalb können die Einwendungen nicht auf andere Bescheide als die Beitragsbescheide erstreckt werden. Dies gilt insbesondere für den zwischenzeitlich ergangenen Bescheid vom 1. Oktober 2009, mit welchem die Antragsgegnerinnen das Ruhen des Leistungsanspruchs gemäß [§ 16 Abs. 3a SGB V](#) verfügten. Unabhängig davon ist ein Widerspruch des Antragstellers gegen diesen Bescheid nicht erkennbar.

Die Frage, ob eine aufschiebende Wirkung einer Anfechtungsklage anzuordnen ist, ist anhand einer Interessenabwägung zu entscheiden. Maßgeblich ist, ob das Interesse an der sofortigen Vollziehbarkeit schwerer wiegt als das gegenläufige Interesse am Erhalt der aufschiebenden Wirkung. Die Interessenabwägung fällt grundsätzlich von vornherein zu Gunsten der sofortigen Vollziehbarkeit aus, wenn die gegenläufigen Interessen nicht schutzwürdig sind, weil der Widerspruch oder die Klage gegen den Verwaltungsakt aufgrund der im vorläufigen Rechtsschutzverfahren nur summarischen Prüfung erkennbar aussichtslos ist. Sie fällt von vornherein für die Anordnung der aufschiebenden Wirkung aus, wenn das Interesse an einer sofortigen Vollziehbarkeit deshalb nicht schutzwürdig ist, weil der Verwaltungsakt nach summarischer Prüfung erkennbar rechtswidrig ist. Ist keiner dieser Fälle der erkennbaren Aussichtslosigkeit des Widerspruchs oder der Klage oder der erkennbaren Rechtswidrigkeit des Verwaltungsakts gegeben, so sind die Beteiligteninteressen anhand sonstige Umstände im Einzelfall zu ermitteln und gegeneinander abzuwägen.

2.1. Hinsichtlich des Bescheids vom 18. Januar 2008, soweit die Antragsgegnerinnen dem Antragsteller mitteilten, er sei ab 1. April 2007 bei ihnen versichert, lässt der Senat zum einen offen, ob insoweit nicht allein der Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung zur Regelung eines Rechtsverhältnisses, wie dies der Antragsteller auch mit dem Antrag auf Erlass der einstweiligen Anordnung vom 27. August 2009 verfolgt hat und der Gegenstand des weiteren anhängigen Beschwerdeverfahrens [L 4 KR 4675/09 ER-B](#) ist, der zulässige Rechtsbehelf ist und zum anderen auch, ob eine anderweitige Rechtshängigkeit besteht. Da die Antragsgegnerinnen ein Widerspruchsverfahren durchführen, ist auch ein Widerspruch gegen diesen Bescheid anhängig. Der Antrag, die aufschiebende Wirkung des Widerspruchs hinsichtlich der Mitteilung der Antragsgegnerinnen im Bescheid vom 18. Januar 2008, der Antragsteller sei ab 1. April 2007 versicherungspflichtiges Mitglied, ist jedenfalls unbegründet. Denn auf Grund des derzeitigen Sach- und Streitstandes ist der Antragsteller nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) und nach [§ 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 SGB XI](#) versicherungspflichtiges Mitglied der Antragsgegnerinnen.

Nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) sind (seit 1. April 2007) versicherungspflichtig Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und a) zuletzt gesetzlich krankenversichert waren oder b) bisher nicht gesetzlich oder privat krankenversichert waren, es sei denn, dass sie zu den in Absatz 5 oder den in § 6 Abs. 1 oder 2 (SGB V) genannten Personen gehören oder bei Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit im Inland gehört hätten. Nach [§ 5 Abs. 8a Satz 1 SGB V](#) ist nach Absatz 1 Nr. 13 nicht versicherungspflichtig, wer nach Absatz 1 Nr. 1 bis 12 versicherungspflichtig, freiwilliges Mitglied oder nach [§ 10 SGB V](#) versichert ist. Nach Abs. 2 dieser Bestimmung gilt Satz 1 entsprechend u.a. für Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des SGB XII. Einer dieser Tatbestände ist - auch nach den eigenen Angaben des Antragstellers in der Anzeige den Pflichtversicherung vom 10. November 2007 - nicht gegeben. Er hatte dort angegeben, seit Ende der Familienversicherung am 31. Dezember 2006 nicht mehr selbst, über seine Eltern oder über einen Ehegatten gesetzlich oder privat krankenversichert zu sein. Er hat insoweit auch im vorliegenden Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes und im anhängigen Klageverfahren [S 7 KR 3347/09](#) nichts anderes behauptet. Obgleich der Antragsteller seinen Angaben nach erwerbslos ist, gibt es insbesondere keine Anhaltspunkte dafür, dass wegen des Bezugs von Arbeitslosengeld II nach dem Zweiten Buch des Sozialgesetzbuchs (SGB II) eine Versicherungspflicht nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V](#) besteht. Denn andernfalls wäre eine entsprechende Meldung durch den zuständigen SGB II-Leistungsträger erfolgt.

Versicherungspflichtig in der sozialen Pflegeversicherung sind nach [§ 20 Abs. 1 Satz 1 SGB XI](#) die versicherungspflichtigen Mitglieder der

gesetzlichen Krankenversicherung. Dies sind nach [§ 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 SGB XI](#) Personen, die, weil sie bisher keinen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall hatten, nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V oder nach § 2 Abs. 1 Nr. 7 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte der Krankenversicherungspflicht unterliegen. Der Antragsteller unterliegt damit - wie dargestellt - der Versicherungspflicht nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#).

Da der Antragsteller zuletzt bei den Antragsgegnerinnen familienversichert war, sind diese die Krankenkasse und die Pflegekasse, die für die Durchführung der Pflichtversicherung nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) und [§ 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 SGB XI](#) ([§ 174 Abs. 5 SGB V](#), [§ 48 Abs. 1 Satz 1 SGB XI](#)) zuständig sind. Da der Antragsteller am 1. April 2007 ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall im Inland war, begann seine Mitgliedschaft am 1. April 2007 ([§ 186 Abs. 11 Satz 1 SGB V](#) [§ 49 Abs. 1 Satz 1 SGB XI](#)). Die Versicherungspflicht trat kraft Gesetzes ein. Dass die Antragsgegnerinnen über den Eintritt der Versicherungspflicht den Bescheid vom 18. Januar 2008 erlassen haben ist unschädlich.

Für den Eintritt der Versicherungspflicht des Antragstellers nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) und [§ 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 SGB XI](#) sowie sich die daraus ergebenden Rechtsfolgen, insbesondere die Höhe der Beiträge (dazu sogleich), hat die in der "Checkliste" zunächst fehlerhaft eingetragene Annahme des zweiten Mitarbeiters, das Versicherungsverhältnis des Ehegatten sei nicht geklärt, keinerlei Auswirkungen. Die Frage, ob die Antragsgegnerinnen - wie vom Antragsteller behauptet - in irgendeiner Weise gegen den Sozialdatenschutz verstoßen haben, ist für die kraft Gesetzes eingetretene Mitgliedschaft des Antragstellers bei den Antragsgegnerinnen und die sich daraus ergebende Beitragszahlung unerheblich. Allein auf Grund der vom Antragsteller selbst gemachten Angaben in der Anzeige zur Pflichtversicherung nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) und [§ 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 SGB XI](#) ergibt sich, dass die Voraussetzungen der genannten gesetzlichen Vorschriften gegeben sind. Ferner gingen und gehen die Antragsgegnerinnen davon aus, dass der Antragsteller ledig ist (vgl. Schreiben der Antragsgegnerin zu 1) vom 3. Juli 2009).

2.2. Der Antrag, die aufschiebende Wirkung der Widersprüche anzuordnen, ist hinsichtlich der Beitragsbescheide, die Beiträge für die Zeit vom 1. April 2007 bis 31. Dezember 2008 festsetzen (Bescheide vom 18. Januar, 25. Juni und 8. Oktober 2008), unzulässig. Denn die Beiträge für diesen Zeitraum hat der Antragsteller bereits vor dem Antrag auf Anordnung der aufschiebenden Wirkung gezahlt.

2.3. Der Antrag, die aufschiebende Wirkung der Widersprüche anzuordnen, ist hinsichtlich der Beitragsbescheide, die Beiträge für die Zeit ab 1. Januar 2009 festsetzen (Bescheide vom 19. Dezember 2008 und 3. August 2009), zulässig, jedoch nicht begründet.

Die Widersprüche des Antragstellers gegen die Bescheide vom 19. Dezember 2008 und 3. August 2009 haben keine aufschiebende Wirkung. Denn nach [§ 86a Abs. 2 Nr. 1 SGG](#) entfällt die aufschiebende Wirkung bei der Entscheidung über Versicherungs-, Beitrags- und Umlagepflichten sowie der Anforderung von Beiträgen, Umlagen und sonstigen öffentlichen Abgaben einschließlich der darauf entfallenden Nebenkosten.

Die Bescheide vom 19. Dezember 2008 und 3. August 2009 sind - abgesehen von der Festsetzung höherer Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung im Bescheid vom 3. August 2009 ab 1. Juli 2009 von mehr als EUR 18,48 - nicht erkennbar rechtswidrig.

Die Bescheide vom 19. Dezember 2008 und 3. August 2009 ändern jeweils den letzten vorangegangenen Bescheid über die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung ab. Rechtsgrundlage für die Änderung ist deshalb [§ 48 Abs. 1](#) des Zehnten Buches des Sozialgesetzbuchs (SGB X). Nach Satz 1 dieser Vorschrift ist, soweit in den tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnissen, die beim Erlass eines Verwaltungsakts mit Dauerwirkung vorgelegen haben, eine wesentliche Änderung eintritt, der Verwaltungsakt mit Wirkung für die Zukunft aufzuheben. Nach Satz 2 dieser Vorschrift soll der Verwaltungsakt mit Wirkung vom Zeitpunkt der Änderung der Verhältnisse u.a. aufgehoben werden, soweit die Änderung zugunsten des Betroffenen erfolgt (Nr. 1), oder der Betroffene einer durch Rechtsvorschrift vorgeschriebenen Pflicht zur Mitteilung wesentlicher für ihn nachteiliger Änderungen der Verhältnisse vorsätzlich oder grob fahrlässig nicht nachgekommen ist (Nr. 2).

2.3.1. Zum 1. Januar 2009 ist eine Änderung eingetreten, weil zum einen der zum 1. Januar 2009 erstmals festgesetzte einheitliche Beitragssatz (allgemeiner Beitragssatz 15,5 v.H., ermäßigter Beitragssatz 14,9 v.H.) zu berücksichtigen war und zum anderen sich die für die Erhebung des Mindestbeitrags maßgebliche Bezugsgröße erhöhte. Deswegen waren die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung neu festzusetzen.

Da aufgrund des derzeitigen Sach- und Streitstandes der Kläger versicherungspflichtiges Mitglied nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) und nach [§ 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 SGB XI](#) ist (s. o. 2.1.), ist er beitragspflichtig ([§ 223 Abs. 1 SGB V](#), [§ 54 Abs. 2 Satz 2 SGB XI](#)) und hat die Beiträge mit Ausnahme der aus Arbeitsentgelt und aus Renten der gesetzlichen Rentenversicherung zu tragenden Beiträge allein zu tragen ([§§ 250 Abs. 3](#), [252 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#), [§ 58 Abs. 1 Satz 1 SGB XI](#)). Die Höhe der von den Antragsgegnerinnen festgesetzten Beiträge zur Krankenversicherung und zur Pflegeversicherung ist nicht zu beanstanden.

Hinsichtlich der Beiträge zur Krankenversicherung gilt nach [§ 227 SGB V](#) für die nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) Versicherungspflichtigen [§ 240 SGB V](#) entsprechend. Nach [§ 240 Abs. 1 SGB V](#) wird für freiwillige Mitglieder die Beitragsbemessung einheitlich durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen geregelt. Dabei ist sicherzustellen, dass die Beitragsbelastung die gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des freiwilligen Mitglieds berücksichtigt. Als beitragspflichtige Einnahmen gilt nach [§ 240 Abs. 4 Satz 1 SGB V](#) für den Kalendertag mindestens der neunzigste Teil der monatlichen Bezugsgröße. Die Mindesteinnahmengrenze des [§ 240 Abs. 4 Satz 1 SGB V](#) darf auch in Härtefällen nicht unterschritten werden, etwa dann, wenn die beitragsrelevanten tatsächlichen Einnahmen des Versicherten wesentlich unter dieser Grenze liegen oder Einkommen überhaupt nicht vorhanden ist (vgl. z.B. Bundessozialgericht [BSG] [SozR 3-2500 § 240 Nr. 29](#)). [§ 227 SGB V](#) gilt für die Bestimmung der beitragspflichtigen Einnahmen entsprechend ([§ 57 Abs. 1 SGB XI](#)).

Für die Zeit vom 1. Januar bis 30. Juni 2009 setzten die Antragsgegnerinnen im Bescheid vom 19. Dezember 2008 als Beitrag zur Krankenversicherung den Mindestbeitrag des [§ 240 Abs. 4 Satz 1 SGB V](#) in Höhe von EUR 125,16 (Krankenversicherung) sowie von EUR 18,48 (Pflegeversicherung) fest. Bei der für das Jahr 2009 maßgeblichen monatlichen Bezugsgröße von EUR 2.520,00 beträgt der neunzigste Teil EUR 28,00. Da der Monat mit 30 Kalendertagen anzusetzen ist ([§ 223 Abs. 2 Satz 2 SGB V](#), [§ 54 Abs. 2 Satz 3 SGB XI](#)), ergeben sich dann beitragspflichtige Mindesteinnahmen von monatlich EUR 840,00, bei einem (ermäßigten) Beitragssatz von 14,9 v.H. ein Beitrag zur Krankenversicherung von EUR 125,16 sowie bei einem Beitragssatz von 2,2 v.H. - der Kläger ist kinderlos - ein Beitrag zur

Pflegeversicherung von EUR 18,48.

Allein schon hieraus wird deutlich, dass aus der fehlerhaften Angabe in der "Checkliste" zur Frage der Klärung des Versicherungsverhältnisses eines Ehegatten hinsichtlich der Höhe der Beiträge keine Nachteile für den Antragsteller entstanden sind. Abstufungen nach dem Familienstand sind im Übrigen auch nach [§ 240 Abs. 2 Satz 2 SGB V](#) - eingefügt mit Wirkung zum 1. Januar 2009 durch Art. 2 Nr. 29a) Buchst. b) bb) des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) vom 26. März 2007 ([BGBl. I, S. 378](#)) -, der nach [§ 227 SGB V](#) für die nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) Versicherungspflichtigen entsprechend gilt, unzulässig.

2.3.2. Für die Zeit ab 1. Juli 2009 ist die Festsetzung höherer Beiträge durch den Bescheid vom 3. August 2009 auf Grund des derzeitigen Sach- und Streitstandes ebenfalls rechtmäßig. Gegenüber dem zuvor letzten maßgeblichen Beitragsbescheid vom 19. Dezember 2008 ist eine Änderung eingetreten. Zum einen änderte sich zum 1. Juli 2009 der (ermäßigte) Beitragssatz von 14,9 v.H. auf 14,3 v.H. ... Zum anderen hatte der Antragsteller die Anfrage der Antragsgegnerinnen zu Höhe seines Einkommens vom 4. Juni 2009 nicht beantwortet, sodass nunmehr die Einnahmen, die der Beitragsbemessung zugrunde zu legen sind, geschätzt wurden.

Im Rahmen der Entscheidung des einstweiligen Rechtsschutzes lässt der Senat offen, ob bei fehlenden Angaben des Versicherten zu seinen Einnahmen der Höchstbeitrag als fiktive Einnahmen berücksichtigt werden kann. Hierfür könnte sprechen, dass aufgrund der in [§ 227 SGB V](#) geregelten entsprechenden Anwendung des [§ 240 SGB V](#) die Beitragshöhe für die nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) und nach [§ 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 SGB XI](#) Versicherungspflichtigen (auch) an die Regelungen für die freiwillig Versicherten anknüpft, und damit insbesondere auch an die Regelungen, die die beitragspflichtigen Einnahmen der hauptberuflich Selbstständigen regeln. Nach [§ 240 Abs. 4 Satz 2 SGB V](#) gilt für freiwillige Mitglieder, die hauptberuflich selbstständig erwerbstätig sind, als beitragspflichtige Einnahmen für den Kalendertag der dreißigste Teil der monatlichen Beitragsbemessungsgrenze ([§ 223 SGB V](#)), bei Nachweis niedrigerer Einnahmen jedoch mindestens der vierzigste, für freiwillige Mitglieder, die Anspruch auf einen monatlichen Gründungszuschuss nach [§ 57](#) des Dritten Buches des Sozialgesetzbuchs (SGB III) oder einen monatlichen Existenzgründungszuschuss nach [§ 421 I SGB III](#) oder eine entsprechende Leistung nach [§ 16 SGB II](#) haben, der sechzigste Teil der monatlichen Bezugsgröße. Aufgrund der Fiktion in [§ 240 Abs. 4 Satz 2 Halbsatz 1 SGB V](#) haben hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige regelmäßig den Höchstbeitrag zu entrichten. Die Regelung hat grundsätzlich zur Folge, dass die Krankenkassen die genannten (fiktiven) Einnahmen zugrunde legen müssen, solange das freiwillige Mitglied keine niedrigeren beitragsrelevanten Einnahmen nachweist. Demgemäß richten sich auch für Versicherungspflichtige nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) und nach [§ 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 SGB XI](#) die Einnahmen nach der Beitragsbemessungsgrenze, es sei denn, sie weisen niedrigere Einnahmen nach. Eine gesonderte abweichende Bestimmung, wie bei fehlenden Angaben des nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) und [§ 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 SGB XI](#) Versicherungspflichtigen die Einnahmen zu berechnen sind oder dass allein die Mindesteinnahmen der Beitragsberechnung zugrunde zu legen sind, gibt es nicht. Vielmehr ging der Gesetzgeber davon aus, dass insbesondere hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige zu dem wieder in die gesetzliche Krankenversicherung aufgenommenen Personenkreis gehören und hat deshalb hinsichtlich der Beitragsbemessung die Regelungen für freiwillig Versicherte für entsprechend anwendbar erklärt (vgl. [Bundestags-Drucksache 16/3100, S. 163](#)). Wären die Krankenkassen und Pflegekassen in einem solchen Fall nur berechtigt, die Mindesteinnahmen der Beitragsberechnung zugrunde zu legen, könnte das Unterlassen der Angaben für den Versicherungspflichtigen vorteilhaft sein, wenn er höhere Einnahmen hat. Den Krankenkassen und Pflegekassen muss es jedoch möglich sein, auf die unterlassene Mitwirkung der Versicherungspflichtigen in einer Weise mit der Festsetzung der Beiträge reagieren zu können, mit der auch entsprechender Druck auf den Versicherungspflichtigen ausgeübt werden kann, doch die zunächst unterlassene Angaben zu machen. Nach den gesetzlichen Bestimmungen kann dies nur der Höchstbeitrag sein. Die Krankenkassen und Pflegekassen können insoweit auch nicht allein auf die Möglichkeit der vorläufigen Festsetzung der Beiträge verwiesen werden. Auch der vorläufigen Festsetzung muss zu irgendeinem Zeitpunkt, auch wenn der Versicherungspflichtige keine Angaben zu seinen Einnahmen macht, die endgültige Festsetzung der Beiträge folgen.

Der Antragsteller hat keine Einnahmen nachgewiesen. Er hat die Anfragen der Antragsgegnerinnen nicht beantwortet, obwohl es nach [§§ 206 Abs. 1 Satz 1 SGB V, 50 Abs. 3 Satz 1 SGB XI](#) ihm als Versichertem obliegt, den Antragsgegnerinnen auf Verlangen über alle für die Feststellung der Versicherungs- und Beitragspflicht und für die Durchführung der der Krankenkasse und Pflegekasse übertragenen Aufgaben relevanten Tatsachen unverzüglich Auskunft zu erteilen und Änderungen in den Verhältnissen, die für die Feststellung der Versicherungs- und Beitragspflicht erheblich sind und nicht durch Dritte gemeldet werden, unverzüglich mitzuteilen ... Da der Antragsteller kein Arbeitslosengeld II bezieht, muss er auf andere Weise seinen Lebensunterhalt sicherstellen können und hierzu über irgendwelche Einnahmen verfügen, die er allerdings bislang nicht benannt hat. Ebenfalls war der Antragsteller in der Lage, im Februar 2009 die zunächst nicht gezahlten Beiträge für die Monate Juni bis Dezember 2008 zu zahlen. Auch hat er Kapitaleinkünfte, wie sich aus früheren Angaben des Antragstellers zu seinen Einnahmen ergibt (Einkommensfragebogen vom 28. Mai 2008).

Ausgehend von dem Betrag der Beitragsbemessungsgrenze für das Jahr 2009 von jährlich EUR 44.100,00 ([§ 4 Abs. 2](#) der Verordnung über maßgebende Rechengrößen der Sozialversicherung für 2009) = monatlich EUR 3.675,00 hat die Antragsgegnerin zu 1) im Bescheid vom 3. August 2009 DM den Beitrag rechnerisch zutreffend berechnet. Bei dem (ermäßigten) Beitragssatz von 14,3 v.H. ergibt sich der festgesetzte Betrag der Beiträge zur Krankenversicherung von EUR 525,53 sowie bei einem Beitragssatz von 2,2 v.H. ein Beitrag zur Pflegeversicherung von EUR 80,85.

Dass aufgrund der Regelung des [§ 240 Abs. 4 Satz 3](#) und [4 SGB V](#) den vom Antragsteller zu zahlenden Beiträgen niedrigere Einnahmen zugrunde zu legen sind, ist nicht erkennbar, weil es an den Angaben des Antragstellers zu seinen Einnahmen fehlt. Danach bestimmt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, unter welchen Voraussetzungen darüber hinaus der Beitragsbemessung hauptberuflich selbstständig Erwerbstätiger niedrigere Einnahmen, mindestens jedoch der sechzigste Teil der monatlichen Bezugsgröße, zugrunde gelegt werden (Satz 3). Dabei sind insbesondere das Vermögen des Mitglieds sowie Einkommen und Vermögen von Personen, die mit dem Mitglied in Bedarfsgemeinschaft leben, zu berücksichtigen (Satz 4). Diese Ermächtigung hat der Spitzenverband Bund in [§ 7](#) 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) vom 27. Oktober 2008 umgesetzt. Ob eine dieser Voraussetzungen gegeben ist, lässt sich derzeit nicht erkennen, da der Antragsteller überhaupt keine Angaben zu seinen Einnahmen macht.

Soweit der Antragsteller auf den Beschluss des Landessozialgerichts Berlin-Brandenburg vom 19. Mai 2008 ([L 9 B 24/08 KR ER](#), veröffentlicht in juris) verweist, ergibt sich hieraus keine andere Beurteilung. Dieser Beschluss ist noch zu [§ 240 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) in der bis 31.

Dezember 2008 geltenden Fassung ergangen, wonach die Beitragsbemessung durch die Satzung (der Krankenkassen) geregelt wurde, und bezog sich auf Satzungsregelungen der Krankenkasse, die in jenem Verfahren Antragsgegnerin war. Zum 1. Januar 2009 ist [§ 240 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) dahin geändert worden, dass die Beitragsbemessung einheitlich durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen geregelt wird. Auf die Satzung der Krankenkassen kommt es damit nicht mehr an.

Der Bescheid vom 3. August 2009 nimmt eine Änderung der Beitragsfestsetzung allerdings nicht nur für die Zukunft, sondern auch für die Vergangenheit vor, weil höhere Beiträge rückwirkend ab 1. Juli 2009 gefordert werden. Hinsichtlich der Änderung des Beitragssatzes liegt eine Änderung zu Gunsten des Antragstellers vor, weil der Beitragssatz sich erniedrigte, sodass die Änderung insoweit auch für die Vergangenheit rechtmäßig war ([§ 48 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 SGB X](#)). Hinsichtlich der höheren Einnahmen, die der Beitragsbemessung im Bescheid vom 3. August 2009 zugrunde gelegt wurden, kommt als Rechtsgrundlage für die rückwirkende Änderung [§ 48 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 SGB X](#) in Betracht. Da der Antragsteller hinsichtlich seiner Einnahmen keine Mitteilungen machte, obwohl er gesetzlich hierzu verpflichtet sowie ihm diese gesetzliche Mitteilungspflicht auch bekannt ist, weil er in seinem Vorbringen auch auf die Vorschrift des [§ 206 SGB V](#) verweist, muss derzeit davon ausgegangen werden, dass auch diese Voraussetzungen gegeben sind.

3. Soweit im Bescheid vom 3. August 2009 auch Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung festgesetzt worden sind, ist dieser Bescheid zwar insoweit rechtswidrig. Denn diesen Bescheid hat allein die Antragsgegnerin zu 1) erlassen. Träger der Pflegeversicherung sind nach [§ 46 Abs. 1 Satz 1 SGB XI](#) die Pflegekassen, die eigenständig über die Beitragspflicht und Festsetzung der Beiträge ihrer Mitglieder zu entscheiden hat. Zwar können diese Entscheidungen der Krankenkassen und der Pflegekasse in einem Bescheid ergehen, es müssen dann allerdings sowohl die Krankenkasse als auch die Pflegekasse als erlassende Behörde erkennbar sein. Anders als in den vorangegangenen Beitragsbescheiden ist im Briefkopf des Bescheids vom 3. August 2009 nicht auch die Antragsgegnerin zu 2) angegeben, sodass die Angabe fehlt, dass der Bescheid auch von der Antragsgegnerin zu 2) erlassen wurde. Dem haben die Antragsgegnerinnen Rechnung getragen, indem sie erklärt haben, sie würden den gegenüber dem Bescheid vom 19. Dezember 2008 höheren Beitrag zur Pflegeversicherung reduzieren, sodass insoweit eine Vollziehung des Bescheids nicht mehr erfolgt und deshalb die Anordnung der aufschiebenden Wirkung insoweit nicht mehr erforderlich ist.

4. Aufgrund der dargestellten Rechtslage führt auch eine Interessenabwägung nicht dazu, vom gesetzlichen Regelfall der sofortigen Vollziehbarkeit von Beitragsbescheiden abzuweichen und die aufschiebende Wirkung der Widersprüche des Antragstellers anzuordnen. Gesichtspunkte hierzu sind nicht erkennbar und solche hat der Antragsteller nicht vorgetragen. Er hat allein auf die von ihm behaupteten Fehler der Antragsgegnerinnen bei der Feststellung seiner Mitgliedschaft verwiesen. Trotz der unterbliebenen Zahlung der Beiträge hat der Antragsteller Versicherungsschutz in der Krankenversicherung, jedenfalls für die Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände. Falls sich ergeben sollte, dass im Bescheid vom 3. August 2009 zu Unrecht fiktive Einnahmen in Höhe der Beitragsbemessungsgrenze für das Jahr 2009 von jährlich EUR 44.100,00 = monatlich EUR 3.675,00 der Beitragsberechnung zugrunde gelegt worden sein sollten, führte dies im Übrigen nicht aber dazu, dass der Antragsteller keine Beiträge zu zahlen hätte, sondern nur niedrigere Beiträge.

5. Die Kostenentscheidung beruht auf der entsprechenden Anwendung des [§ 193 SGG](#). Dass die Antragsgegnerinnen im Beschwerdeverfahren für die Zeit ab 1. Juli 2009 den Beitrag zur sozialen Pflegeversicherung nicht in der ursprünglichen festgesetzten Höhe mehr vollziehen, rechtfertigt es nicht, die Antragsgegnerin zu verpflichten, dem Antragsteller einen geringen Teil seiner außergerichtlichen Kosten zu erstatten.

Dieser Beschluss ist mit der Beschwerde nicht anfechtbar ([§ 177 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2009-11-13