

S 48 KR 1411/12

Land
Hamburg
Sozialgericht
SG Hamburg (HAM)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
48
1. Instanz
SG Hamburg (HAM)
Aktenzeichen
S 48 KR 1411/12
Datum
30.10.2014
2. Instanz
LSG Hamburg
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-

Kategorie
Urteil
Leitsätze

1. Eine mit einem privaten Versicherungsunternehmen abgeschlossene Anwartschaftsversicherung auf private Krankenversicherung stellt ohne Ausübung des in ihr enthaltenden Optionsrecht keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall i.S.d. [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) dar.
2. Die Festsetzung der Beiträge zur KV und PV auf einen 60ten Teil der monatlichen Bezugsgröße nach [§ 240 Abs. 4 S. 2 SGB V](#) verlangt die tatsächliche Antragsstellung auf einen Gründungszuschuss bei der Agentur für Arbeit.
1. Die Klage wird abgewiesen. 2. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Versicherungspflicht des Klägers in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung (KV und PV) für die Zeit vom 08.03.2010 bis zum 31.01.2011.

Der 1977 geborene Kläger war während seines Studiums der Rechtswissenschaften bei der D. privat krankenversichert; in der Zeit des nachfolgenden Referendariats und von Oktober 2009 bis zum 07.03.2010 während des Bezuges von Arbeitslosengeld I bei der Beklagten gesetzlich versichert. Unterdessen bestand laufend eine Anwartschaftsversicherung bei der D. (jetzt A. Krankenversicherung). Am 08.03.2010 teilte die Agentur der Arbeit H. der Beklagten mit, dass der Kläger eine Arbeitsaufnahme angezeigt habe. Daraufhin wurde der Kläger mit Schreiben vom 15.04.2010 gebeten, Angaben zur Klärung seines Versicherungsschutzes zu machen und mit Schreiben vom 02.06.2010 erinnert. In einer E-Mail vom 24.10.2010 teilte der Kläger mit, dass er seit dem 01.04.2010 freiberuflich als Rechtsanwalt und Jurist tätig sei und seither längere Zeit ortsabwesend gewesen sei. Er bat um ein Angebot zur freiwilligen Versicherung und gab Einkünfte in Höhe von EUR 1.250,- bis September 2010 an. Ab Oktober 2010 schätze er die Höhe seiner Einkünfte auf EUR 1.250,- bis 2.500,-. Am 17.01.2011 ging eine Beitrittserklärung bei der Beklagten ein, indem der Kläger die Mitgliedschaft ab dem 01.01.2011 beantragte und ein Einkommen aus selbständiger freiberuflicher Tätigkeit in Höhe von EUR 1.750,- angab. Zum 01.02.2011 schloss der Kläger mit der D. einen privaten Versicherungsvertrag für Kranken- und Pflegeversicherung.

Nachdem der Kläger auf Aufforderung der Beklagten einen Nachweis über eine private Weiterversicherung ab dem 08.03.2010 nicht beibrachte, stellte die Beklagte die Pflichtversicherung nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch \(SGB V\)](#) fest und verlangte monatliche KV-Beiträge in Höhe von EUR 219,22,- und PV-Beiträge in Höhe von EUR 33,73,- für März 2010, von April 2010 bis Oktober 2010 in Höhe von EUR 274,02,- (KV-Beiträge) und EUR 42,16,- (PV-Beiträge) und ab November 2011 in Höhe von EUR 285,52,- (KV-Beiträge) und EUR 42,16,- (PV-Beiträge). Die Beitragseinstufung erfolge unter Vorbehalt, sofern nicht der aktuelle Steuerbescheid vorgelegt werde (Bescheid vom 27.05.2011).

Neben der Bescheinigung über die Mitgliedschaft in der D. für KV und PV ab dem 01.02.2011 übermittelte der Kläger ein Schreiben der D. vom 25.07.2011, in dem bestätigt wurde, dass der Kläger für eine fehlende Vorversicherung für die Zeit vom 08.03.2010 bis zum 31.01.2011 einen Prämienzuschlag/Strafbeitrag in Höhe von EUR 634,05,- gezahlt habe. In der weiteren Korrespondenz mit der Beklagten machte der Kläger geltend, die Anwartschaftsversicherung schließe die Pflichtversicherung nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) aus. Zudem habe er einen Anspruch auf Gründungszuschuss nach [§§ 53, 421 Drittes Buch Sozialgesetzbuch \(SGB III\)](#), wonach für ihn eine niedrigere Mindestbeitragsbemessungsgrenze gelte.

Nachdem der Kläger den Einkommenssteuerbescheid für das Jahr 2010 vom 29.06.2012 vorlegte, wonach er ein steuerpflichtiges Einkommen in Höhe von EUR 3.639,- jährlich erzielt habe, teilte die Beklagte mit Bescheid vom 10.07.2012 mit, dass sich an der

Beitrageinstufung durch Bescheid vom 27.05.2011 nichts geändert habe. Die vorbehaltliche Einstufung der Beiträge hob die Beklagte auf.

Am 05.07.2012 beantragte der Kläger die Herabsetzung der Beiträge auf den Mindestsatz für Existenzgründer, hilfsweise die Herabsetzung wegen besonderer Härte. Daraufhin teilte die Beklagte mit Schreiben vom 24.07.2012 mit, dass sie zur Neuberechnung den Bewilligungsbescheid über den Gründungszuschuss benötige.

Am 24.07.2012 legte der Kläger gegen den Bescheid vom 10.07.2012 Widerspruch ein. Auf Nachfrage der Beklagten teilte die Bundesagentur für Arbeit mit Schreiben vom 02.08.2012 mit, dass der Kläger am 07.03.2012 den Bezug von Arbeitslosengeld I beendet habe. Als Grund sei eine Arbeitsaufnahme bei den Rechtsanwälten Reichmann & Partner angegeben worden. Ein Gründungszuschuss sei nicht gezahlt worden.

Den Widerspruch wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 24.09.2012 zurück. Zur Begründung ist ausgeführt, dass zwar eine Anwartschaft zur Versicherung für den streitigen Zeitraum bestanden habe, diese aber keine Leistungsansprüche begründe. Somit habe der Kläger in der Zeit vom 08.03.2010 bis zum 31.01.2011 keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall im Sinne des [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) gehabt. Die Höhe der festgesetzten Beiträge sei auch rechtmäßig. Bei dem Kläger sei ein Vierzigstel der monatlichen Beitragsbemessungsgrenze als Mindesteinnahme heranzuziehen. Dieser fiktive Mindestbeitrag dürfe auch dann nicht unterschritten werden, wenn die tatsächlichen Einnahmen wesentlich unter dieser Grenze lägen oder Einkommen überhaupt nicht vorhanden sei.

Am 16.11.2012 hat der Kläger vor dem Sozialgericht Hamburg Klage erhoben und einen Antrag auf Herstellung der aufschiebenden Wirkung der Klage gestellt. Zur Begründung trägt er vor, er habe nach seinem Referendariat einen Anspruch auf Arbeitslosengeld von 12 Monaten gehabt, von denen er nur 6 Monate in Anspruch genommen habe. Den ihm zustehenden Anspruch auf Gründungszuschuss habe er, ohne hierauf wirklich angewiesen zu sein, nicht realisieren wollen. Auf seine Nachfrage hin habe ihm die Bundesagentur für Arbeit mitgeteilt, dass eine nachträgliche Bescheinigung über einen Anspruch auf Existenzgründerzuschuss nicht mehr möglich sei. Die Voraussetzungen für einen Gründungszuschuss lägen bei ihm jedoch vor, denn er habe noch einen Anspruch auf Arbeitslosengeld für eine Dauer von 150 Tagen gehabt. Auch habe er über Kenntnisse und Fähigkeiten zur Ausübung der Selbständigkeit verfügt, denn er habe die Prüfung für das zweite juristische Staatsexamen erfolgreich absolviert und besitze die Zulassung zur Ausübung des Berufes des Rechtsanwalts. Die Gründung sei auch tragfähig gewesen, da er über eine Zusage einer Kooperation mit einer mittelständischen Kanzlei gehabt habe. Aus dem Wortlaut des [§ 240 Abs. 4 Satz 2 SGB V](#) ergebe sich, dass es für die Berücksichtigung der Mindestbemessungsgrenze für Existenzgründer genüge, dass ein Anspruch bestehe. Auf die tatsächliche Gewährung von Zuschüssen käme es mithin nicht an. Auch aus dem Sinn und Zweck der Vorschrift ergebe sich nicht, dass Existenzgründer, die einen Zuschuss vom Staat erhalten, der wiederum nicht für die Beitragsbemessung herangezogen werden dürfe, niedrigere Beiträge zahlen müssten, als diejenigen Existenzgründer, welche den Staat nicht in Anspruch nehmen würden, obwohl sie sämtliche Voraussetzungen erfüllen würden. Hierfür spreche auch die Regelung in [§ 240 Abs. 1 SGB V](#), die festlege, dass bei der Beitragsberechnung sicherzustellen sei, dass die Beitragsbelastung die gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des freiwilligen Mitgliedes berücksichtige. Da er keine Kenntnis von der Versicherungspflicht im streitigen Zeitraum gehabt habe, seien die Beiträge gem. [§ 186 Abs. 11 Satz 4 SGB V](#) i.V.m. § 8a Satzung der Beklagten entsprechend auf das Niveau des [§ 240 Abs. 4a SGB V](#) auf 10 von 1/100 der Bezugsgröße herabzusetzen. Weiterhin vertritt er die Auffassung, dass er anderweitigen Versicherungsschutz nachweisen könne, da er für den streitigen Zeitraum eine Prämienstrafzahlung erbracht habe. Auf [§ 5 Abs. 9 SGB V](#) i.V.m. [§ 193](#) Versicherungsvertragsgesetz (VVG) ergebe sich, dass er der privaten Krankenversicherung zuzuordnen sei. Aufgrund der Gesetzesänderung durch das GKV Wettbewerbsstärkungsgesetz mit Wirkung zum 01.01.2009 (GKV-WSG) stünde ihm aufgrund der Anwartschaftsversicherung ein unmittelbarer Anspruch gegenüber seiner jetzigen Krankenversicherung zur Absicherung im Krankheitsfall zu. Diese wäre verpflichtet gewesen, dem Kläger einen Basistarif anzubieten, sei aber auch privatrechtlich dazu verpflichtet gewesen, dem Kläger im Krankheitsfall eine vollumfängliche Krankenversicherung zu gewähren. Dies gelte umso mehr, als der Kläger von seinem Optionsrecht, seine Anwartschaftsversicherung in eine Krankenversicherung umzuwandeln, Gebrauch gemacht habe. Diese Auffassung finde auch Bestätigung in der Rechtsprechung des BSG (Urteil vom 12.01.2012 - [B 12 KR 11/09 R](#)) in der ausgeführt sei, dass die tatsächliche Möglichkeit, anderweitiger Absicherung vorrangig in Anspruch nehmen zu können, einer Einstufung in die Pflichtversicherung vorausgehe. Die Vorschrift des [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) solle eine subsidiäre Absicherung nur für die Personen schaffen, die weder Zugang zur GKV noch zur PKV hätten, um sie davor zu bewahren, die im Krankheitsfall entstehenden Aufwendungen selbst tragen zu müssen. Diese anderweitige Möglichkeit der Absicherung liege in der Anwartschaftsversicherung des Klägers und dessen Optionsrechtes. Er wäre daher nie Gefahr gelaufen, im Notfall auf den Kosten der Gesundheitsfürsorge sitzen zu bleiben.

Der Kläger beantragt,

den Bescheid vom 10.07.2012 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 24.09.2012 aufzuheben.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie nimmt Bezug auf ihre Ausführungen im Widerspruchsbescheid und trägt ergänzend vor, dass ein hypothetischer Anspruch ohne eine entsprechende Antragstellung auf einen Gründungszuschuss gem. [§ 57 SGB III](#) die Beitragsbemessung nach dem sechzigsten Teil der Bezugsgröße nicht rechtfertige.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Verwaltungsakte der Beklagten sowie auf die Prozessakte des Sozialgerichts Bezug genommen, die der Kammer zur Beratung und Entscheidung vorgelegen haben. Mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung haben die Beteiligten im Termin zur mündlichen Verhandlung am 13. Mai 2013 ihr Einverständnis erklärt.

Entscheidungsgründe:

Die Entscheidung konnte gemäß [§ 124](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) ohne mündliche Verhandlung ergehen, weil die Beteiligten hierzu ihr Einverständnis erklärt haben.

Die zulässige Klage ist unbegründet. Die angefochtenen Bescheide sind rechtmäßig. Zutreffend hat die Beklagte im streitgegenständlichen Zeitraum die Versicherungspflicht in der in der gesetzlichen Krankenversicherung (KV) und Pflegeversicherung (PV) festgestellt (hierzu zu 1.). Zu Recht hat sie auch die Höhe der Beiträge auf ein Vierzigstel der monatlichen Beitragsbemessungsgrenze als Mindesteinnahme festgesetzt (hierzu zu 2.).

Streitgegenstand des vorliegenden Verfahrens ist der Bescheid der Beklagten vom 10. 07.2012 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 24.09.2012, soweit er den Zeitraum vom 08.03.2010 bis zum 31.01.2011 betrifft. Der vorangegangene Bescheid vom 27.05.2011 enthielt eine vorläufig Beitragsfestsetzung, der sich mit Erlass des Bescheides vom 10.07.2012 gemäß [§ 39 Abs. 2](#) Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) erledigt hat (vgl. BSG, Urteil vom 07.05.2014 – [B 12 KR 2/12 R](#); Die Beiträge Beilage 2014, 242-244).

1. Nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) in seiner bis heute unverändert geltenden Fassung des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG - vom 26. März 2007, [BGBl. I, Seite 378](#)), der gemäß [§ 20 Abs. 1](#) Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) auch für die soziale Pflegeversicherung gilt, sind seit dem 01.04.2007 versicherungspflichtig in der gesetzlichen Krankenversicherung Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und zuletzt gesetzlich krankenversichert waren (Alternative Buchstabe a)) oder bisher nicht gesetzlich oder privat krankenversichert waren, es sei denn, dass die zu den in [§ 5 Abs. 5 SGB V](#) oder den in [§ 6 Abs. 1](#) oder [2 SGB V](#) genannten Personen gehören oder bei Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit im Inland gehört hätten (Alternative Buchstabe b)).

Die mit der D. abgeschlossene Anwartschaftsversicherung stellt keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall dar, weil der Kläger das in ihr enthaltene Optionsrecht im maßgeblichen Zeitraum nicht ausgeübt hat. Im Falle des Entstehens eines Versicherungsfalles wegen notwendiger Krankenbehandlung wäre die D. zur Zahlung nicht verpflichtet gewesen.

Entgegen der Auffassung des Klägers hat sich durch das Inkrafttreten der durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz geschaffenen Verpflichtung zur privaten Absicherung zum 01.01.2009 keine für ihn günstigere Änderung ergeben. Eine Krankheitskostenversicherung ist für den hier streitgegenständlichen Zeitraum nicht abgeschlossen und eine rückwirkende Gewährung von Versicherungsschutz nicht vereinbart worden. Nach [§ 193 Abs. 3 Satz 1](#) Versicherungsvertragsgesetz (VVG) in der Fassung vom 17.7.2009 ist jede Person mit Wohnsitz im Inland verpflichtet, bei einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen für sich selbst und für die von ihr gesetzlich vertretenen Personen, soweit diese nicht selbst Verträge abschließen können, eine Krankheitskostenversicherung, die mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung umfasst und bei der die für tariflich vorgesehene Leistungen vereinbarten absoluten und prozentualen Selbstbehalte für ambulante und stationäre Heilbehandlung für jede zu versichernde Person auf eine betragsmäßige Auswirkung von kalenderjährlich 5.000 Euro begrenzt ist, abzuschließen und aufrechtzuerhalten. Entgegen der Auffassung des Klägers entfällt die Zahlung eines Prämienzuschlags an eine private Kranken- und Pflegeversicherung wie gegenüber der D. (jetzt A. Versicherung) keinen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall. Hierzu hat das OLG Köln, in seinem Urteil vom 20. Dezember 2013 ([20 U 120/13, VersR 2014, 945-946](#)) ausgeführt: "[§ 193 Abs. 4 S. 1 VVG](#) bestimmt zwar, dass dann, wenn der Vertragsschluss später als einen Monat nach Entstehen der Versicherungspflicht beantragt wird, von dem Versicherungsnehmer ein Prämienzuschlag zu entrichten ist. Dieser beträgt nach [S. 2](#) für jeden angefangenen Monat der Nichtversicherung einen Monatsbeitrag, ab dem sechsten Monat der Nichtversicherung für jeden weiteren angefangenen Monat ein Sechstel eines Monatsbeitrags. Daraus lässt sich aber nicht herleiten, dass der Versicherer im Gegenzug verpflichtet wäre, Versicherungsschutz rückwirkend ab dem Zeitpunkt des Entstehens der Versicherungspflicht zu gewähren (Prölss/Martin-Voit, [§ 193 Rn. 21 m.w.N.](#)). Bei [§ 193 Abs. 4 VVG](#) handelt es sich vielmehr allein um eine Sanktionsvorschrift für diejenigen Versicherungsnehmer, die trotz Bestehens einer Versicherungspflicht keine Krankheitskostenversicherung abschließen. Durch den Prämienzuschlag sollen ausweislich der Gesetzesbegründung (BT-Drs. 16 4247, S. 67 zur Vorgängerreglung [§ 178a Abs. 6 VVG](#) a.F.) materielle Vorteile bei Personen begrenzt werden, die sich nicht bereits mit Eintritt der Pflicht zur Versicherung, sondern erst später versichern, um die Prämie zu sparen. Ein solches Verhalten würde - insbesondere im Hinblick auf den dann zu befürchtenden Behandlungsrückstau - der Versichertengemeinschaft schaden. Daher soll durch den Prämienzuschlag auch ein Ausgleich für diesen Schaden geschaffen werden. Auch der vom Gesetzgeber mit der Regelung des [§§ 8239; 193 VVG](#) verfolgte Zweck erfordert die Gewährung rückwirkenden Versicherungsschutzes nicht. Ziel der Versicherungspflicht und des damit korrespondierenden Kontrahierungszwangs der Versicherer ist es, sicherzustellen, dass niemand ohne Versicherungsschutz bleibt und dadurch im Bedarfsfall nicht ausreichend versorgt oder auf steuerfinanzierte staatliche Leistungen angewiesen ist (BT-Drucks. [§§ 8239; 16/4247 S. 8239; 66 zur Vorgängerreglung §§ 8239; 178 & 8239; a Abs. & 8239; 6 VVG & 8239; a. & 8239; F.](#)). Dieses Ziel soll nach dem Willen des Gesetzgebers aber durch eine Pflicht des jeweiligen Versicherungsnehmers, eine Krankheitskostenversicherung abzuschließen, und nicht durch das Fingieren von Versicherungsschutz erreicht werden. Die vom Kläger gewünschte Auslegung würde dem zuwiderlaufen; denn hierdurch würden Personen begünstigt, die - [§ 8239; aus welchen Gründen auch immer & 8239; - eine Krankheitskostenversicherung erst bei Eintritt oder Absehbarkeit von konkretem Behandlungsbedarf abschließen und dann rückwirkenden Versicherungsschutz - \[§ 8239; zu gegebenenfalls sogar durch \\[§ 8239; 193 Abs. & 8239; 4 VVG\\]\\(#\\) ermäßigten Prämien & 8239; - erhalten würden". Dieser Auffassung schließt sich die Kammer nach eigener Prüfung an. Etwas anderes ergibt sich auch nicht aus der von dem Kläger angeführten Entscheidung des Bundessozialgericht \\(BSG, Urteil vom 12. Januar 2011 – \\[B 12 KR 11/09 R\\]\\(#\\) –, SozR 4-2500 \\[§ 5 Nr. 13\\]\\(#\\)\\). Das BSG hat dort offen gelassen, ob bereits ein Anspruch auf Begründung einer eigenen Mitgliedschaft und damit einer eigenen Absicherung im Krankheitsfall die Versicherungspflicht nach \\[§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V\\]\\(#\\) entfallen lassen würde. Zwar lege es nach Auffassung des BSG der Wortlaut der Norm nahe. Auch spräche für eine Verpflichtung, auch die tatsächliche Möglichkeit anderweitiger Absicherung vorrangig in Anspruch zu nehmen, die Funktion des \\[§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V\\]\\(#\\), eine subsidiäre Absicherung für Personen zu schaffen, die weder Zugang zur GKV noch zur PKV haben, und sie dadurch davor zu bewahren, die im Krankheitsfall entstehenden Aufwendungen selbst tragen zu müssen. Zu Recht hat aber das Sozialgericht Wiesbaden \\(Urteil vom 25. Juli 2011, – \\[S 2 KR 233/08\\]\\(#\\), juris\\) unter Hinweis auf die Gesetzesbegründung \\(\\[BT-Drs. 16/3100\\]\\(#\\) s. 94\\) darauf verwiesen, dass sich aus dem Sinn und Zweck des \\[§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V\\]\\(#\\) ergebe, dass Einwohner Deutschlands die im Krankheitsfall entstehenden Aufwendungen in voller Höhe aus ihrem Einkommen oder Vermögen nicht selbst tragen sollen, was aber die Folge wäre, wenn man die bloße Möglichkeit zum Abschluss einer privaten Kranken- und Pflegeversicherung ausreichen lassen würde, um die Pflichtversicherung nach \\[§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V\\]\\(#\\) entfallen zu lassen. Diese Auffassung wird auch in der Literatur geteilt, die keine andere Absicherung im Krankheitsfall auch bei einer erhaltenen Mitgliedschaft nach \\[§§ 192, 193 VVG\\]\\(#\\) annimmt \\(Just in: Becker/Kingreen \\[§ 5 Rn 61 m.w.N.\\]\\(#\\)\\). Für diese Ansicht spricht auch, dass auch Personen, die zwar zur freiwilligen gesetzlichen Versicherung berechtigt sind, von dieser Berechtigung keinen Gebrauch gemacht haben, nach \\[§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V\\]\\(#\\) versicherungspflichtig sind \\(LSG Schleswig-Holstein, Urteil v. 15.11.2010 – \\[L 5 KR 201/10 B ER\\]\\(#\\)\\). Des Gleichen steht auch die Vorschrift des \\[§ 5 Abs. 9 SGB V\\]\\(#\\) in der Fassung vom 21.11.2007 m.W.z. 01.01.2008 der Versicherungspflicht nach \\[§ 5 Abs. 1 Nr. 13\\]\\(#\\) nicht entgegen. Nach dieser Norm ist das private Krankenversicherungsunternehmen zum erneuten Abschluss eines Versicherungsvertrages verpflichtet, wenn eine Versicherung nach den \\[§§ 5, 9 oder 10\\]\\(#\\) nach Kündigung des Versicherungsvertrages nicht zu\]\(#\)](#)

Stande kommt oder eine Versicherung nach den §§ 5 oder 10 vor Erfüllung der Vorversicherungszeit nach § 9 endet, wenn der vorherige Vertrag für mindestens fünf Jahre vor seiner Kündigung ununterbrochen bestanden hat. Die Norm ermöglicht somit den privat versicherten Personen, die im Hinblick auf eine erwartete oder vermeintlich eingetretene Pflichtversicherung oder Familienversicherung oder der Möglichkeit einer freiwilligen Versicherung ihre private Krankenversicherung gekündigt haben, ihre private Krankenversicherung mit einem neuen Vertrag zu den vorherigen Tarifbedingungen fortzusetzen, die bei Kündigung des Vertrages bestanden. Nach der Gesetzesbegründung soll damit dem von § 6 Abs. 3a betroffenen Personenkreis, der eine private Krankenversicherung in der irrtümlichen Annahme einer hinreichenden Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung gekündigt hat, ein Recht auf Neuabschluss des Vertrages gegeben werden (siehe Gesetzesbegründung zu Art. 1 Nr. 1 Buchst. c GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000, [BT-Drucks. 14/1245, S. 59](#)). Vergleichbare Regelungen sieht § 5 Abs. 9 für jene Fälle vor, in denen eine Versicherung nach dem § 5 oder 10 vor Erfüllung der Vorversicherungszeit des § 9 endete und zuvor eine private Krankenversicherung von bestimmter Dauer bestand (Gerlach in: Hauck/Noftz, SGB V K § 5 Rn 502). Für die Situation des Klägers ist die Norm nicht einschlägig, weil nicht die Möglichkeit des Zugangs zur privaten KV und PV im Streit steht, sondern die Frage, ob diese bereits die Versicherungspflicht nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) entfallen lässt. Der Kläger war auch vor dem 08.03.2010 zuletzt, nämlich bis zum 07.03.2010 gemäß [§ 5 Abs. 1 Nr. 2 SGB V](#) durch den Bezug von Arbeitslosengeld nach dem SGB III gesetzlich krankenversichert. Nach [§ 186 Abs. 11 SGB V](#) beginnt die Mitgliedschaft der nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Versicherungspflichtigen mit dem ersten Tag ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall im Inland. Damit konnte die Pflichtversicherung, wie von der Beklagten festgestellt, ab 08.03.2010, dem ersten Tag ohne anderweitige Absicherung im Krankheitsfall, beginnen. Damit hat die Beklagte die Versicherungspflicht zu Recht für die Zeit vom 08.03.2010 bis zum 31.01.2011 festgestellt.

2. Die angefochtenen Bescheide sind auch hinsichtlich der Höhe der festgesetzten Beiträge rechtmäßig. Eine Festsetzung der Beiträge auf den sechzigsten Teil der monatlichen Bezugsgröße kommt nicht in Betracht, denn der Kläger hatte keinen Anspruch auf Existenzgründungszuschuss nach § 421 I SGB Drittes Buch Sozialgesetzbuch (SGB III).

Für freiwillige Mitglieder einer gesetzlichen Krankenkasse, die hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind, galt im maßgeblichem Zeitraum als beitragspflichtige Einnahmen für den Kalendertag der dreißigste Teil der monatlichen Beitragsbemessungsgrenze, bei Nachweis niedrigerer Einnahmen jedoch mindestens der vierzigste, für freiwillige Mitglieder, die Anspruch auf einen monatlichen Existenzgründungszuschuss nach § 421 I des Dritten Buches oder eine entsprechende Leistung nach § 16 des Zweiten Buches haben, der sechzigste Teil der monatlichen Bezugsgröße (240 Abs. 4 S. 2 SGB V in der Fassung vom 20.07.2006 m.W.v. 1.8.2006). Diese Regelungen galten für die Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung entsprechend ([§ 57 Abs. 4 Satz 1 SGB XI](#)).

Nach [§ 421 I Abs. 1 SGB 3](#) in der Fassung vom 22.12.2005 haben Arbeitnehmer, die durch Aufnahme einer selbständigen, hauptberuflichen Tätigkeit die Arbeitslosigkeit beenden, Anspruch auf einen monatlichen Existenzgründungszuschuss. Der Zuschuss wird geleistet, wenn der Existenzgründer 1. in einem engen Zusammenhang mit der Aufnahme der selbständigen Tätigkeit Entgeltsersatzleistungen nach diesem Buch bezogen hat oder eine Beschäftigung ausgeübt hat, die als Arbeitsbeschaffungsmaßnahme nach diesem Buch gefördert worden ist, 2. nach Aufnahme der selbständigen Tätigkeit Arbeitseinkommen nach § 15 des Vierten Buches erzielen wird, das voraussichtlich 25.000 Euro im Jahr nicht überschreiten wird, und 3. eine Stellungnahme einer fachkundigen Stelle über die Tragfähigkeit der Existenzgründung vorgelegt hat; fachkundige Stellen sind insbesondere die Industrie- und Handelskammern, Handwerkskammern, berufsständische Kammern, Fachverbände und Kreditinstitute.

Dem Anspruch des Klägers im maßgeblichen Zeitraum auf Existenzgründungszuschuss steht vorliegend die fehlende Antragsstellung bei der Agentur für Arbeit entgegen. Nach [§ 324 SGB III](#) ist der Antrag auf Zahlung eines Existenzgründungszuschusses grundsätzlich vor dem leistungsbegründenden Ereignis zu stellen. Das leistungsbegründende Ereignis ist die Aufnahme der selbständigen Tätigkeit des Klägers, die seine Arbeitslosigkeit beendete. Diese erfolgte nach dem eigenen Vorbringen des Klägers und nach Mitteilung der Bundesagentur für Arbeit nicht. [§ 324 SGB III](#) stellt, als Ergänzung zu [§ 323 SGB III](#), in Absatz 1 Satz 1 den Grundsatz auf, dass Leistungen der Arbeitsförderung nur erbracht werden, wenn sie vor Eintritt des leistungsbegründenden Ereignisses beantragt worden sind. Nach dem Willen des Gesetzgebers sollen insbesondere die Leistungen der aktiven Arbeitsförderung, die in der Regel an die Teilnahme an bestimmten Maßnahmen oder bestimmte Betätigungen des Berechtigten anknüpfen, grundsätzlich vor Beginn solcher Maßnahmen beantragt werden. Damit soll vermieden werden, dass der Antragsteller oder Dritte, etwa Träger von Maßnahmen, Dispositionen treffen, die sich im Nachhinein als schädlich erweisen, weil eine Leistung der Arbeitsförderung nicht erbracht werden kann. Es soll zugleich der Arbeitsverwaltung Gelegenheit zur Beratung der Betroffenen, wie zur Prüfung von Maßnahmen gegeben werden (Radüge in: Hauck/Noftz, SGB III K § 324 Rn 3). Weil der Kläger diesem Antragserfordernis nicht nachgekommen ist, entfällt ein Anspruch auf Existenzgründungszuschuss. Im Übrigen lässt sich auch aus der Änderung des [§ 240 Abs. 4 Satz 2 SGB V](#) durch das Gesetz zur Verbesserung der Eingliederungschancen am Arbeitsmarkt vom 20.12.2011, ([BGBl. I, S. 2854-2926](#)) nicht entnehmen, dass im Gegensatz zu der bis zum 27.12.2011 geltenden Fassung lediglich ein Anspruch auf Existenzgründungszuschuss ausreichend gewesen wäre, ohne dass der Gründungszuschuss tatsächlich bezogen werden musste. Es handelt sich lediglich um eine Folgeänderung zur Umwandlung des Gründungszuschusses in eine Ermessensleistung (BT-DS 17/6277 zu Art 8 Nr. 3 Buchst. b, Doppelbuchst. a, S. 119), und stellt damit klar, dass ein Anspruch "im Sinne von Rechtsanspruch" auf Existenzgründungszuschuss nicht mehr besteht. Hieraus ist entgegen der Auffassung des Klägers nicht der Schluss zu ziehen, dass der Gründungszuschuss im maßgeblichen Zeitraum nicht als Leistung tatsächlich habe empfangen werden müssen. Denn es widerspräche der Verwaltungspraktikabilität, der Beklagten die Prüfung des Vorliegens der Anspruchsvoraussetzungen für den Gründungszuschuss aufzuerlegen, die für diese Frage nicht über die nötige Fachkompetenz verfügt.

Für die Festsetzung der Beiträge des Klägers zur sozialen PV durch die Beklagte gelten die vorstehenden Erwägungen entsprechend, da nach [§ 57 Abs. 4 Satz 1 SGB XI](#) für die Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder der GKV [§ 240 SGB V](#) entsprechend anzuwenden ist.

Für eine Ermäßigung der Beiträge nach § 8a der Satzung der Beklagten i.V.m. [§ 240 Abs. 4a SGB V](#) fehlt es an der Zulässigkeit der Klage, weil das hierfür erforderliche Verwaltungsverfahren noch nicht durchgeführt worden ist. Es sei jedoch bereits an dieser Stelle angemerkt, dass keine Anhaltspunkte für ein fehlendes Vertretenmüssen der Anzeigepflicht nach [§ 186 Abs. 11 Satz 4 SGB V](#) erkennbar sind. Zudem scheidet nach § 8a III der Satzung der Beklagten eine Ermäßigung der Beiträge aus, wenn wie vorliegend zum Eintritt der Versicherungspflicht ein Beitrittsrecht zur freiwilligen Krankenversicherung bestand, dieses jedoch nicht ausgeübt wurde.

Die Klage war deshalb abzuweisen.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 193 SGG](#) und berücksichtigt, dass der Kläger vollständig unterlegen ist.

Rechtskraft

Aus

Login

HAM

Saved

2017-05-15