

L 1 KR 161/16

Land

Hessen

Sozialgericht

Hessisches LSG

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

1

1. Instanz

SG Gießen (HES)

Aktenzeichen

S 9 KR 521/15

Datum

04.04.2016

2. Instanz

Hessisches LSG

Aktenzeichen

L 1 KR 161/16

Datum

26.01.2017

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

B 12 KR 15/17 B

Datum

11.04.2017

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Gießen vom 4. April 2016 wird zurückgewiesen.

Die Beteiligten haben einander keine Kosten zu erstatten.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der Kläger wendet sich gegen Beitragsbescheide für die Monate Juni, August, September und Oktober 2015.

Der 1948 geborene Kläger ist Jurist und war bis 1998 als Rechtsanwalt tätig. Er nahm eine Erwerbstätigkeit erstmals 1962 auf. Von 1986 bis 14. September 1998 bestand eine private Krankenversicherung. In den Zeiträumen vom 15. September 1998 bis 31. Dezember 2009, 11. Januar 2010 bis 21. Januar 2010, 7. Februar 2010 bis 31. Januar 2011 und vom 3. März 2011 bis 27. Januar 2012 war der Kläger gesetzlich krankenversichert, zuletzt aufgrund des Bezuges von Arbeitslosengeld. Der Kläger bezog bis November 2013 eine Berufsunfähigkeitsrente des Versorgungswerkes der Rechtsanwälte im Land Nordrhein-Westfalen, die sich mit Erreichen der Altersgrenze ab Dezember 2013 in eine entsprechende Altersversorgung umwandelte. Während der Dauer der bestehenden Pflichtversicherung bis 27. Januar 2012 führte das Versorgungswerk die Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge direkt an die Beklagte ab. Bereits am 12. Dezember 2011 beantragte er bei der Deutschen Rentenversicherung Bund (DRV Bund) die Gewährung einer Altersrente, die ihm mit Bescheid vom 29. Februar 2012 rückwirkend zum 1. Februar 2012 bewilligt wurde (Stand 1. Januar 2017: Altersversorgung des Versorgungswerkes der Rechtsanwälte im Lande Nordrhein-Westfalen: 1.130,20 EUR; Rente der DRV Bund: 453,86 EUR; Gesamt: 1.584,06 EUR).

Der Kläger erklärte am 28. Januar 2012 gegenüber der BKK E. den Beitritt zur freiwilligen Krankenversicherung, da seine Pflichtversicherung aufgrund des Bezugs von Arbeitslosengeld II zum 27. Januar 2012 endete. Der Kläger war sodann ab 28. Januar 2012 bei der BKK E. freiwillig versichert. Die Mitgliedschaft bei dieser Kasse endete aufgrund Kündigung des Klägers vom 4. Juli 2012 zum 30. September 2012. Der Kläger zahlte in dieser Zeit keine Beiträge zur freiwilligen Kranken- und Pflegeversicherung. Die BKK E. lehnte es mit Bescheid der Beklagten vom 18. April 2012 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 24. August 2012 ab, die Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge direkt beim Versorgungswerk der Rechtsanwälte im Land Nordrhein-Westfalen einzuziehen. Klage (Sozialgericht Gießen S 9 KR 278/14) und Berufung ([L 1 KR 31/15](#)) blieben erfolglos; das Bundessozialgericht wies die Nichtzulassungsbeschwerde des Klägers mit Beschluss vom 25. Februar 2016 zurück ([B 12 KR 120/15 B](#)). Nachdem der Kläger seit dem Beginn der freiwilligen Mitgliedschaft am 28. Januar 2012 keine Beiträge an die Krankenkasse abführte, stellte die BKK E. mit Bescheid vom 10. Mai 2012 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 24. August 2012 das Ruhen der Leistungsansprüche der Beiträge mit Wirkung ab 17. Mai 2012 fest. Klage (Sozialgericht Gießen S 9 KR 277/14) und Berufung ([L 1 KR 34/15](#)) blieben erfolglos; das Bundessozialgericht wies die Nichtzulassungsbeschwerde des Klägers mit Beschluss vom 25. Februar 2016 zurück ([B 12 KR 2/16 B](#)).

Der Kläger war in der Zeit vom 1. Oktober 2012 bis 30. Juni 2014 Mitglied der F. Krankenkasse. Der Kläger zahlte in dieser Zeit keine Beiträge zur freiwilligen Kranken- und Pflegeversicherung. Die Fragen der Einstufung als freiwilliges Mitglied sowie die Beitragsfestsetzung sind bzw. waren ebenfalls Gegenstand zahlreicher Streitverfahren. Die F. Krankenkasse stellte mit Bescheiden vom 18. und 24. Oktober 2012 sowie dem Ergänzungsbescheid vom 6. November 2012 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 25. April 2013 das Bestehen einer freiwilligen Mitgliedschaft ab Oktober 2012 fest und forderte zur Zahlung von Beiträgen zur Kranken- und Pflegeversicherung ab November 2012 auf. Klage (Sozialgericht Gießen S 9 KR 274/15) und Berufung ([L 1 KR 33/15](#)) blieben erfolglos; das Bundessozialgericht wies die Nichtzulassungsbeschwerde des Klägers mit Beschluss vom 24. Mai 2016 zurück ([B 12 KR 41/16 B](#)). Die F. Krankenkasse lehnte es mit

Bescheid vom 14. Oktober 2013 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 4. Dezember 2013 überdies ab, die Mitgliedschaft rückwirkend zum 1. Oktober 2012 zu beenden. Klage (Sozialgericht Gießen S 9 KR 276/15) und Berufung (L 1 KR 50/15) blieben erfolglos; das Bundessozialgericht wies die Nichtzulassungsbeschwerde des Klägers mit Beschluss vom 24. Mai 2016 zurück (B 12 KR 42/16 B). Die F. Krankenkasse machte u.a. mit Bescheiden vom 20. Dezember 2013, vom 21. Januar 2014, vom 21. Februar 2014, vom 21. März 2014, vom 21. Mai 2014 und vom 22. Juli 2014 in Gestalt der Widerspruchsbescheide vom 16. April 2015 Beitragsforderungen für die Monate November 2013 und Dezember 2013, Januar und Februar 2014, April 2014 sowie Juni 2014 geltend. Klage (Sozialgericht Gießen S 9 KR 202/15) und Berufung (L 1 KR 304/15) blieben erfolglos; das Bundessozialgericht wies die Nichtzulassungsbeschwerde des Klägers mit Beschluss vom 24. Mai 2016 zurück (B 12 KR 43/16 B).

Aufgrund der Beitrittserklärung des Klägers vom 10. April 2013 und nach Vorlage der Kündigungsbestätigung der F. Krankenkasse vom 16. April 2014 bestätigte die Beklagte mit Schreiben vom 23. April 2014 die Mitgliedschaft in ihrer Kranken- und Pflegekasse ab 1. Juli 2014. Mit Bescheid vom 17. Juli 2014 setzte die Beklagte die Beiträge zur freiwilligen Kranken- und Pflegeversicherung (KV: 239,28 EUR, PV: 35,51 EUR) ab 1. Juli 2014 fest und berücksichtigte dabei die gesetzliche Rente des Klägers in Höhe von 426,39 EUR und Versorgungsbezüge (Versorgungswerk der Rechtsanwälte) in Höhe von 1.117,36 EUR. Der Kläger zahlte nachfolgend keine Beiträge zur freiwilligen Kranken- und Pflegeversicherung an die Beklagte. Die Rechtmäßigkeit bzw. das Zustandekommen der freiwilligen Mitgliedschaft, die Beitragsbescheide u.a. sind Gegenstand zahlreicher anhängiger und erledigter Streitverfahren der Beteiligten. Klagen (S 9 KR 467/14) und Berufung (L 1 KR 388/15) gegen die Beitragsfestsetzung für die Monate Oktober bis Dezember 2014 sowie Januar 2015 blieben erfolglos; das Bundessozialgericht wies die Nichtzulassungsbeschwerde des Klägers mit Beschluss vom 20. Juli 2016 zurück (B 12 KR 57/16 B). Klagen (S 9 KR 307/15) und Berufung (L 1 KR 389/15) gegen die Beitragsfestsetzung für die Monate Februar bis einschließlich Mai 2015 blieben erfolglos; das Bundessozialgericht wies die Nichtzulassungsbeschwerde des Klägers mit Beschluss vom 20. Juli 2016 zurück (B 12 KR 58/16 B).

Die Beklagte setzte – auch im Namen der Beigeladenen – mit Bescheid vom 26. Juli 2015 die Beiträge zur freiwilligen Kranken- und Pflegeversicherung für Juni 2015 (KV: 240,27 EUR, PV: 40,30 EUR) fest. Der Kläger erhob hiergegen mit Schriftsatz vom 30. Juli 2015 Widerspruch und Klage und stellte gleichzeitig einen Eilantrag. Das Klageverfahren wurde unter dem Aktenzeichen S 9 KR 376/15 eingetragen. Die Beklagte wies den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 31. August 2015 zurück. Die Beklagte setzte – auch im Namen der Beigeladenen – mit Bescheid vom 24. Oktober 2015 (die Beiträge zur freiwilligen Kranken- und Pflegeversicherung für August 2015 (KV: 241,67 EUR, PV: 40,54 EUR) fest. Der Kläger erhob hiergegen mit Schriftsatz vom 29. Oktober 2015 Widerspruch und Klage und stellte gleichzeitig einen Eilantrag. Das Klageverfahren wurde unter dem Aktenzeichen S 9 KR 519/15 eingetragen. Die Beklagte setzte – auch im Namen der Beigeladenen – mit Bescheid vom 24. Oktober 2015 die Beiträge zur freiwilligen Kranken- und Pflegeversicherung für September 2015 (KV: 241,67 EUR, PV: 40,54 EUR) fest. Der Kläger erhob hiergegen mit Schriftsatz vom 29. Oktober 2015 Widerspruch und Klage und stellte gleichzeitig einen Eilantrag. Das Klageverfahren wurde unter dem Aktenzeichen S 9 KR 521/15 eingetragen. Die Beklagte wies die Widersprüche betreffend die Beiträge für August und September 2015 mit Widerspruchsbescheid vom 11. Januar 2016 zurück. Die Beklagte setzte – auch im Namen der Beigeladenen – mit Bescheid vom 29. November 2015 (die Beiträge zur freiwilligen Kranken- und Pflegeversicherung für Oktober 2015 (KV: 241,67 EUR, PV: 40,54 EUR) fest. Der Kläger erhob hiergegen mit Schriftsatz vom 4. Dezember 2015 Widerspruch und Klage und stellte gleichzeitig einen Eilantrag. Das Klageverfahren wurde unter dem Aktenzeichen S 9 KR 615/15 eingetragen. Die Beklagte wies auch diesen Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 11. Januar 2016 zurück.

Die Eilanträge gegen die Beitragsbescheide für die Monate Juni, August, September und Oktober 2015 wies das Sozialgericht Gießen u.a. mit Beschlüssen vom 16. Oktober 2015 (S 9 KR 337/15 ER) und vom 2. März 2016 (S 9 522/15 ER) zurück. Die Beschwerden zum Hessischen Landessozialgericht (Beschluss vom 20. Oktober 2015 - L 1 KR 277/15 B ER und Beschluss vom 2. März 2016 - L 1 KR 25/16 B ER) sowie die Anhörungsrügen blieben erfolglos (Beschluss vom 26. November 2015 - L 1 KR 331/15 RG; Beschluss vom 27. April 2016 - L 1 KR 78/16 RG).

Das Sozialgericht Gießen hat mit Beschluss vom 9. Dezember 2015 die Verfahren S 9 KR 521/15 und S 9 KR 519/15 unter dem Aktenzeichen S 9 KR 521/15 verbunden. Das Sozialgericht Gießen hat mit Beschluss vom 13. Januar 2016 die Verfahren S 9 KR 521/15 und S 9 KR 615/15 unter dem Aktenzeichen S 9 KR 521/15 verbunden. Das Sozialgericht Gießen hat mit Beschluss vom 14. Januar 2016 die Verfahren S 9 KR 521/15 und S 9 KR 376/15 unter dem Aktenzeichen S 9 KR 521/15 verbunden.

Das Sozialgericht Gießen hat die Klagen mit Gerichtsbescheid vom 4. April 2016 abgewiesen. Die Klagen seien zulässig, aber unbegründet. Die angefochtenen Bescheide seien rechtmäßig, denn der Kläger sei verpflichtet, die Beiträge zur freiwilligen Kranken- und Pflegeversicherung zu zahlen. Der Kläger sei bei der Beklagten freiwillig kranken- und pflegeversichert, denn er erfülle nicht die für eine Pflichtversicherung erforderliche Vorversicherungszeit. Versicherungspflichtig im Rahmen der KVdR seien Personen, die den Anspruch auf eine gesetzliche Rente erfüllten, diese Rente beantragt hätten und die seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Stellung des Rentenanspruches mindestens 9/10 der zweiten Hälfte des Zeitraums Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung oder nach § 10 SGB V versichert gewesen seien (§ 5 Abs. 1 Nr. 11 SGB V). Der Kläger sei jedoch nicht 9/10 der zweiten Hälfte seines Erwerbslebens Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse gewesen; vielmehr sei er in der Zeit von 1986 bis 1998 privat krankenversichert gewesen. Berücksichtigt bei der Feststellung der Vorversicherungszeit würden allein die Zeiten, in denen eine Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung bestanden habe. Nicht entscheidend seien die Zeiten der Versicherung in der gesetzlichen Rentenversicherung oder dem Versorgungswerk der Rechtsanwälte. Gemäß § 240 SGB V werde für freiwillig versicherte Mitglieder die Beitragsbemessung einheitlich durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen geregelt. Dabei sei sicherzustellen, dass die Beitragsbelastung die gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des freiwilligen Mitglieds berücksichtige. Gemäß § 3 Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler seien als beitragspflichtige Einnahmen das Arbeitsentgelt, das Arbeitseinkommen, der Zahlbetrag der gesetzlichen Rente, der Zahlbetrag der Versorgungsbezüge sowie alle Einnahmen und Geldmittel, die für den Lebensunterhalt verbraucht würden oder verbraucht werden könnten, ohne Rücksicht auf ihre steuerliche Behandlung, zugrunde zu legen. Die Beklagte habe daher zutreffend der Beitragsbemessung die Versorgungsbezüge des Klägers aus dem Versorgungswerk der Rechtsanwälte sowie die Rente der gesetzlichen Rentenversicherung zugrunde gelegt und die Höhe der Beiträge entsprechend berechnet. Der Kläger habe auch die Beiträge an die Beklagte zu zahlen. Freiwillige Mitglieder hätten gemäß § 250 Abs. 2 SGB V die Beiträge allein zu tragen und selbst an die Krankenkasse abzuführen (§ 252 Abs. 1 S. 1 SGB V). Nur für pflichtversicherte Mitglieder führten Rentenversicherungsträger und Zahlstellen gemäß §§ 255, 256 SGB V die Beiträge an die Krankenkasse ab und auch die Zahlstellen für Versorgungsbezüge zahlten die Beiträge nur dann an die zuständige Krankenkasse, wenn das Mitglied pflichtversichert sei. Die Mitgliedschaft könne auch nicht rückwirkend beendet werden. Freiwillig Versicherte seien an die Wahl der Krankenkasse mindestens 18 Monate gebunden (§ 175 Abs. 4 Satz 1 SGB V). Da eine Verpflichtung zur

Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung bestehe, sei der Kläger auch verpflichtet einer Krankenkasse beizutreten.

Der Kläger hat gegen den ihm am 6. Mai 2016 zugestellten Gerichtsbescheid am 6. Mai 2016 Berufung zum Hessischen Landessozialgericht erhoben. Zur Berufungsbegründung verweist der Kläger auf sein erstinstanzliches Vorbringen und rügt die Verletzung formellen und materiellen Rechts sowie die Verletzung von Grundrechten und trägt ergänzend vor: Ein Mitgliedschaftsverhältnis sei wegen Dissens nicht zustande gekommen; die 18-monatige Bindungsfrist sei rechtswidrig. Es sei ihm seitens der Beklagten zugesichert worden, dass keine Ruhensbestimmung aus Vorversicherten geben solle. Die Vorinstanz habe zu Unrecht durch Gerichtsbescheid entschieden; es liege eine Gehörsverweigerung vor. Entgegen höchstrichterlicher Rechtsprechung seien notwendige Beiladungen unterblieben.

Der Kläger beantragt,
den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Gießen vom 4. April 2016 sowie
den Bescheid vom 6. Juli 2015 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 31. August 2015 (Juni 2015), die Bescheide vom 24. Oktober 2015 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 11. Januar 2016 (August und September 2015) und den Bescheid vom 29. November 2015 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 11. Januar 2016 (Oktober 2015) aufzuheben sowie
erneut vorsorglich die Vorlage an das Bundesverfassungsgericht sowie dem Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte.

Die Beklagte beantragt (sinngemäß),
die Berufung zurückzuweisen.

Die Beklagte wiederholt ihr Vorbringen in den angefochtenen Bescheiden und verweist auf die erstinstanzliche Entscheidung.

Die Beigeladene hat keinen Antrag gestellt.

Durch Beschluss vom 20. Dezember 2016 ist der Rechtsstreit gemäß [§ 153 Abs. 5 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) der Berichterstatterin als Einzelrichterin zur Entscheidung zusammen mit den ehrenamtlichen Richtern übertragen worden.

Der Senat hat außerdem mit Beschluss vom 19. Dezember 2016 die Kaufmännische Krankenkasse – Pflegekasse – zum Verfahren gemäß [§ 75 SGG](#) notwendig beigeladen.

Wegen des Vorbringens der Beteiligten im Übrigen sowie wegen der weiteren Einzelheiten wird auf die Verwaltungsakte der Beklagten sowie die Gerichtsakte, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Der Senat konnte trotz Ausbleibens der Beklagten und der Beigeladenen verhandeln und entscheiden; diese wurden ausweislich der Empfangsbekanntnisse vom 5. Januar 2017 von dem Termin ordnungsgemäß benachrichtigt. Die Terminsmitteilung enthielt gemäß [§ 110 Abs. 2 Satz 2 SGG](#) den Hinweis, dass auch im Falle des Ausbleibens Beweis erhoben, verhandelt und entschieden werden und die Entscheidung auch nach Lage der Akten erfolgen kann.

Die Berichterstatterin des Senats kann gemeinsam mit den ehrenamtlichen Richtern über die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Gießen vom 4. April 2016 entscheiden, da ihr mit Beschluss vom 20. Dezember 2016 der Rechtsstreit übertragen wurde, [§ 153 Abs. 5 SGG](#). Soweit der Kläger die Rechtmäßigkeit der Übertragung der Berufung auf die Berichterstatterin des Senats bestreitet, geht diese Rüge ins Leere. Die Übertragung durch den Senat auf den Einzelrichter ist als unanfechtbare Zwischenentscheidung nicht mit Rechtsmitteln angreifbar ([§ 177 SGG](#)).

Der in der mündlichen Verhandlung vom 26. Januar 2017 gestellte Antrag, die Berichterstatterin wegen Besorgnis der Befangenheit abzulehnen, ist rechtsmissbräuchlich gestellt und damit unzulässig. Denn der Befangenheitsantrag zielt ersichtlich allein darauf, die dem Kläger wegen ihrer Rechtsansichten missliebigen Richter/innen des Senats auszuschalten. Das Vorbringen des Klägers, welches sich stereotyp in allen seit Oktober 2014 im 1. Senat anhängigen 94 Verfahren und völlig unabhängig von dem konkreten richterlichen Tätigwerden wiederholt, ist auch vorliegend im Ansatz nicht geeignet, bei vernünftiger objektiver Betrachtung auf die Befangenheit der Mitglieder des Spruchkörpers zu schließen. Insoweit verweist der Senat exemplarisch auf seine Beschlüsse vom 20. April 2015 (L 1 SF [22/15](#) AB, L 1 SF [29/15](#) AB, L 1 SF 31/15 AB, L 1 SF 32/15 AB), vom 16. Juni 2015 (L 1 SF [42/15](#) AB) und vom 9. Oktober 2015 (L 1 SF [52/15](#) AB, L 1 SF [53/15](#) AB und L 1 SF 54/15 AB). Die Übermittlung einer dienstlichen Äußerung der Berichterstatterin bzw. der übrigen Mitglieder des Senats ist im Falle der Unzulässigkeit des Befangenheitsgesuchs nicht notwendig (Meyer-Ladewig, SGG-Kommentar, 11. Auflage, § 60, Rn. 11c).

Die Berufung ist zulässig, aber unbegründet. Das Sozialgericht Gießen hat die Klage zu Recht mit Gerichtsbescheid vom 4. April 2016 abgewiesen. Das Sozialgericht Gießen war insbesondere berechtigt durch Gerichtsbescheid gemäß [§ 105 SGG](#) zu entscheiden. Gemäß [§ 105 Abs. 1 Satz 1 SGG](#) kann das Sozialgericht ohne mündliche Verhandlung durch Gerichtsbescheid entscheiden, wenn die Sache keine besonderen Schwierigkeiten tatsächlicher oder rechtlicher Art aufweist und der Sach-verhalt geklärt ist. Die Beteiligten sind gemäß [§ 105 Abs. 1 Satz 2 SGG](#) vorher zu hören. [§ 105 Abs. 1 Satz 2 SGG](#) verlangt daher vor Erlass eines Gerichtsbescheides eine Mitteilung des Gerichts an die Beteiligten, dass es beabsichtige durch Gerichtsbescheid zu entscheiden, und anschließend eine angemessene Zeit des Abwartens bis zum Erlass des Gerichtsbescheides, um den Beteiligten Gelegenheit zu geben, sich zu dieser Absicht zu äußern. Diesen Anforderungen ist im vorliegenden Fall Genüge geleistet.

Die Bescheide der Beklagten vom 6. Juli 2015 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 31. August 2015 (Juni 2015), die Bescheide vom 24. Oktober 2015 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 11. Januar 2016 (August und September 2015) und der Bescheid vom 29. November 2015 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 11. Januar 2016 (Oktober 2015) sind rechtmäßig und verletzen den Kläger nicht in seinen Rechten. Zur Vermeidung von Wiederholungen nimmt der Senat gemäß [§ 153 Abs. 2 SGG](#) Bezug auf die erstinstanzlichen Entscheidungsgründe; sie sind überzeugend und würdigen die fallentscheidenden Aspekte vollständig.

Ergänzend ist auszuführen:

Die Beklagte hat den Beitragsbescheiden und -anforderungen mit den angefochtenen Bescheiden zu Recht eine freiwillige Mitgliedschaft des Klägers zu Grunde gelegt.

Der Kläger war ab 1. Juli 2014 freiwilliges Mitglied der Beklagten, denn er ist aufgrund seines Mitgliedschaftsantrages und der fristgerechten Vorlage der Kündigungsbestätigung der Vorkasse Mitglied der Beklagten geworden. Nach [§ 173 Abs. 1, 1. Halbsatz SGB V](#) sind Versicherungspflichtige ([§ 5 SGB V](#)) und Versicherungsberechtigte ([§ 9 SGB V](#)) Mitglied der von ihnen gewählten Krankenkasse. Sie können zwischen den in [§ 173 Abs. 2 SGB V](#) aufgeführten Krankenkassen wählen. Der Kläger ist an seine Erklärung, Mitglied der Beklagten werden zu wollen, 18 Monate gebunden. Nach [§ 175 Abs. 4 Satz 1](#) sind Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte an die Wahl der Krankenkasse 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](#)). Der Senat weist darauf hin, dass die Mindestbindungsfrist von 18 Monaten gemäß [§ 175 Abs. 4 Satz 1 SGB V](#) weder gegen höherrangiges Recht verstößt noch durch ein Gericht für den Senat bindend für nichtig erklärt wurde. Eine Verfassungs- bzw. Europarechtswidrigkeit der hier einschlägigen Normen ist für den Senat nicht erkennbar, so dass auch eine Vorlage an das Bundesverfassungsgericht oder den Europäischen Gerichtshof nicht in Betracht kam. Ergänzend wird festgestellt, dass eine Verlesung des Mitgliedschaftsantrages im Termin zur mündlichen Verhandlung aus Sicht des Senats nicht erforderlich war. Der Inhalt des Mitgliedschaftsantrages ist unstreitig; der Antrag mit den zahlreichen handschriftlichen Ergänzungen des Klägers befindet sich in der Verwaltungsakte und ist allen Beteiligten und dem Gericht damit bekannt.

Die Beklagte war verpflichtet, den Status der freiwilligen Versicherung fortzuführen. Die Beklagte war nicht berechtigt, eine Pflichtversicherung nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 11](#) bzw. Nr. 13 SGB V durchzuführen, weil die Voraussetzungen insbesondere der KVdR - wie vom Sozialgericht zutreffend festgestellt - nicht vorlagen und die Durchführung einer Auffang-pflichtversicherung nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) gemäß [§ 5 Abs. 8a SGB V](#) wegen Nachrangigkeit gegenüber der freiwilligen Versicherung ausscheidet. Der Senat weist darauf hin, dass ein Wechsel der Kasse gerade nicht die Möglichkeit eröffnet, auch den Versicherungsstatus zu wechseln, wenn die gesetzlichen Voraussetzungen eines anderen Versicherungsstatus - hier: einer Pflichtversicherung - nicht vorliegen.

Eine rückwirkende Beseitigung der Wirksamkeit der Beitrittserklärung ergibt sich weder aus einer Kündigung vor Ablauf von 18 Monaten oder aus einer Anfechtung. Die freiwillige Mitgliedschaft des Klägers bei der Beklagten endet erst aufgrund einer Kündigung und einem fristgemäßen Nachweis einer Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse durch eine Mitgliedsbescheinigung oder des Bestehens einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall fehlte. Sonderkündigungsrechte gemäß [§ 175 Abs. 4](#) Sätze 5 bis [9 SGB V](#) sind nicht einschlägig.

Auch ist die Wirkung des Aufnahmeantrages nicht durch eine (konkludente) Anfechtung entfallen. Zwar können verwaltungsrechtliche Willenserklärungen unter Umständen angefochten werden (vgl. Bundessozialgericht (BSG), Urteil vom 23. Oktober 2003, [B 4 RA 27/03 R](#)). Voraussetzung für eine gesetz- oder rechtsanaloge oder rechtsgrundsätzliche Anwendung der Anfechtungsregelungen des Bürgerlichen Gesetzbuchs (BGB) ist aber stets, dass eine verwaltungsrechtliche Willenserklärung eines Bürgers vorliegt und öffentlich-rechtliche Regelungen konzeptwidrig (planwidrig) nicht vorhanden sind, in denen die Frage geregelt ist, ob und gegebenenfalls mit welchen Rechtswirkungen wirksam abgegebene verwaltungsrechtliche Willenserklärungen nachträglich mit Rückwirkung für unwirksam erklärt werden dürfen.

Eine Anfechtung der Beitrittserklärung in entsprechender Anwendung des [§ 119 BGB](#) kommt hier nicht in Betracht. Dabei lässt der Senat offen, ob die Anfechtungsbestimmungen des BGB hier überhaupt anwendbar sind. Die Ausführungen des Klägers versteht der Senat dahingehend, dass er nur Mitglied der Beklagten werden wollte, wenn diese gesetzeswidrig eine Pflichtversicherung durchführt bzw. die Ruhensanordnung der Vorkasse nicht fortführt. Dabei handelt es sich aus Sicht des Senats um einen unbeachtlichen Motivirrtum gemäß [§ 119 BGB](#) analog. Der Kläger kann auch nicht verlangen, so gestellt zu werden, als hätte er seinen Beitritt zur Beklagten nicht ausgeübt. Ein solcher Anspruch steht ihm auch nicht unter dem Gesichtspunkt eines sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs zu. Dieses richterrechtlich aus den sozialen Rechten entwickelte verschuldensunabhängige sekundäre Recht knüpft u.a. an die Verletzung "behördlicher" Auskunfts-, Beratungs- und Betreuungspflichten im Sozialversicherungsverhältnis an (vgl. BSG, Urteil vom 23. Oktober 2003, [B 4 RA 27/03 R](#), m.w.N.) und hat zur Folge, dass der Zustand wieder herzustellen ist, der (wahrscheinlich) bestehen würde, wenn der Sozialleistungsträger sich rechtmäßig verhalten hätte. Hier fehlt es an einer nachgewiesenen Verletzung einer Hinweis- oder Beratungspflicht der Beklagten. Hinzu kommt, dass der Kläger - bei Unterstellung einer fehlerhaften Beratung - so zu stellen wäre, wie der Kläger bei rechtmäßigem Verhalten der Beklagten statusrechtlich einzustufen wäre. Dies ist mangels Vorliegen der Voraussetzung des [§ 5 Abs. 1 Nr. 11 SGB V](#) und der Nachrangigkeit der Auffangpflichtversicherung nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) gemäß [§ 5 Abs. 8a SGB V](#) ausschließlich die freiwillige Mitgliedschaft. Vor diesem Hintergrund sah sich der Senat auch nicht veranlasst, den Mitarbeiter der Beklagten namens G., der mit dem Kläger das Aufnahmegespräch geführt hat, als Zeuge zu vernehmen, denn der Vortrag des Klägers - man habe ihm zugesichert, dass die Ruhensanordnung der Vorkasse nicht fortwirke - kann insoweit als wahr unterstellt werden, ohne dass es etwas an der rechtlichen Bewertung ändern würde.

Soweit der Kläger vorträgt, es bestehe ein Dissens gemäß [§§ 154, 155 BGB](#) im Hinblick auf die Begründung einer freiwilligen Mitgliedschaft bei der Beklagten, verkennt er, dass es sich bei der Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht um einen öffentlich-rechtlichen Vertrag zwischen Krankenkasse und den Versicherten handelt und das Rechtsinstitut des Dissens nicht einschlägig ist.

Die Beitragsfestsetzung und -anforderung für die hier streitigen Zeiträume ist auch rechtmäßig. Der Kläger ist als freiwilliges Mitglied der Beklagten beitragspflichtig in der gesetzlichen Krankenversicherung ([§ 223 SGB V](#)). Aus der freiwilligen Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung folgt die versicherungspflichtige Mitgliedschaft in der sozialen Pflegeversicherung ([§ 20 Abs. 3 SGB XI](#)) sowie die Pflicht, Beiträge hierzu zu entrichten ([§ 54 Abs. 2 SGB XI](#)). Bei freiwillig versicherten Rentnern werden gemäß [§ 238a SGB V](#) der Beitragsbemessung nacheinander der Zahlbetrag der Rente, der Zahlbetrag der Versorgungsbezüge, das Arbeitseinkommen und die sonstigen Einnahmen, die die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des freiwilligen Mitglieds bestimmen ([§ 240 Abs. 1 SGB V](#)), bis zur

Beitragsbemessungsgrenze zu Grunde gelegt. Die Höhe der Beiträge richtet sich bei freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten nach [§ 240 SGB V](#), der über [§ 57 Abs. 4 Satz 1 SGB XI](#) für die Berechnung der Beiträge zur Pflegeversicherung entsprechend gilt. Danach wird die Beitragsbemessung für freiwillige Mitglieder einheitlich durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen geregelt. Dabei ist sicherzustellen, dass die Beitragsbelastung die gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des freiwilligen Mitgliedes berücksichtigt (Abs. 1). Es müssen mindestens die Einnahmen des freiwilligen Mitgliedes berücksichtigt werden, die bei einem vergleichbaren versicherungspflichtigen Beschäftigten der Beitragsbemessung zugrunde zu legen sind (Abs. 2 Satz 1). Die vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen erlassenen 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 (in Kraft getreten am 1. Januar 2009, § 13 Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler) gehen von diesem im Gesetz geregelten (§ 2 Abs. 1 Satz 1 und 2 Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler) und von der Rechtsprechung ausgefüllten (§ 3 Abs. 1 Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler) Begriffen aus. Nach § 2 Abs. 1 Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler werden die Beiträge nach den beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds bemessen. 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 Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler). Diese Regelungen übernehmen die von der Rechtsprechung des BSG entwickelte Auslegung des [§ 240 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) (vgl. BSG 23. September 1999, [B 12 KR 12/98 R](#), unter Verweis auf [BT-Drucks. 11/2237 S. 225](#); BSG 22. März 2006, [B 12 KR 8/05 R](#)).

Die Beklagte hat bei der Festsetzung der Beiträge zur freiwilligen Krankenversicherung und im Namen der Beigeladenen auch zur sozialen Pflegeversicherung die gesetzlichen Vorgaben berücksichtigt und sowohl die gesetzliche Rente als auch den Versorgungsbezug des Versorgungswerkes als Einkommen zugrunde gelegt; es wurden die korrekten Beitragssätze angenommen.

Die Beklagte hat den Kläger auch zutreffend zur Zahlung aufgefordert, denn freiwillige Mitglieder haben gemäß [§ 250 Abs. 2 SGB V](#) die Beiträge allein zu tragen und selbst an die Krankenkasse abzuführen ([§ 252 Abs. 1 S. 1 SGB V](#)). Nur für pflichtversicherte Mitglieder führten Rentenversicherungsträger und Zahlstellen gemäß [§§ 255, 256 SGB V](#) die Beiträge an die Krankenkasse ab.

Für eine Verpflichtung der Beklagten, die Beiträge beim Versorgungswerk der Rechtsanwälte einzuziehen und abzubuchen, fehlt es an einer gesetzlichen Grundlage. Die Beklagte ist insbesondere nicht verpflichtet, von einer entsprechenden "Abbuchungs- und Einzugsermächtigung" des Klägers Gebrauch zu machen; eine entsprechende Vereinbarung liegt nicht vor. Der Kläger bleibt Beitragsschuldner; er allein ist für den Eingang der entsprechenden Zahlung bei der Beklagten verantwortlich.

Eine Beiladung des Versorgungswerkes der Rechtsanwälte in Hessen, der BKK E. oder der F. Krankenkasse (F.) zum Verfahren gemäß [§ 75 SGG](#) kam nicht Betracht. Weder das Versorgungswerk noch die anderen Krankenkassen werden von den hier angefochtenen Bescheiden berührt ([§ 75 Abs. 1 SGG](#)) oder sind sie an dem streitigen Rechtsverhältnis derart beteiligt, dass die Entscheidung auch ihnen gegenüber nur einheitlich ergehen kann ([§ 75 Abs. 2 Satz 1](#) 1. Hs. SGG).

Eine Niederschlagung bzw. der Erlass der Beitragsschuld gemäß [§ 76 Abs. 2 Nr. 2](#) und 3 SGB IV kam nicht in Betracht. Es fehlt an einem entsprechenden Verwaltungsverfahren und einem hierzu ergangenen Bescheid der Beklagten; die Ablehnung einer Niederschlagung bzw. eines Erlasses der Beitragsforderung sind nicht Gegenstand der hier angefochtenen Bescheide.

Soweit der Kläger beanstandet, die Beklagte und der Senat hätten sich nicht mit dem "Schimmelpilz-Komplex" beschäftigt, wird darauf hingewiesen, dass weder eine hieraus ggf. resultierende chronische Erkrankung des Klägers und die daraus resultierenden Behandlungskosten noch die Anordnung des Ruhens des Leistungsanspruchs gemäß [§ 16 Abs. 3a Satz 2 SGB V](#) Gegenstand der angefochtenen Bescheide sind. Das übrige Vorbringen des Klägers zum Maut-Vorhaben der Bundesregierung, zur Flüchtlingspolitik, zum Gesundheitsfond, zum GEZ-Einzugsverfahren oder die zitierten Äußerungen des Richters a.D. H. betrifft nicht einmal im Ansatz die hier angefochtenen Beitragsbescheide, so dass der Senat davon absieht, hierzu Ausführungen zu machen.

Der Kläger kann sich nicht erfolgreich auf eine Verletzung von [§ 33 Abs. 3 Satz 1](#) Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X) berufen. Gemäß [§ 42 SGB X](#) kann die Aufhebung eines Verwaltungsaktes, der nicht nach [§ 40 SGB X](#) nichtig ist, nicht allein deshalb beansprucht werden, weil er unter Verletzung von Vorschriften über die Form zustande gekommen ist, wenn offensichtlich ist, dass die Verletzung die Entscheidung in der Sache nicht beeinflusst. Werden die formellen Anforderungen an den Verwaltungsakt gemäß [§ 33 Abs. 3 SGB X](#) nicht eingehalten, handelt es sich um einen Formfehler im Sinne von [§ 42 SGB X](#) (vgl. hierzu Littmann in: Hauck/Noftz, SGB, [12/08](#), § 42 SGB X, Rn. 13). Von Offensichtlichkeit gemäß [§ 42 SGB X](#) ist auszugehen, wenn jeder vernünftige Zweifel ausgeschlossen ist, dass es ohne den Fehler zu derselben Entscheidung gekommen wäre (vgl. hierzu Littmann in: Hauck/Noftz, SGB, [12/08](#), § 42 SGB X, Rn. 20 mwN). Hiervon ist vorliegend auszugehen. Ohne jeden vernünftigen Zweifel wäre es bei einer Unterschrift bzw. Namenswiedergabe des Behördenleiters, seines Vertreters oder seines Beauftragten zu derselben Entscheidung gekommen.

Für eine Verletzung von "GG, EU-Verfassung, BSG, BGH, Bundesverfassungsgerichtsrechtsprechung und Sozialstaatsprinzip" findet der Senat keine Ansatzpunkte.

Im Übrigen ist über die Beitragsfestsetzung der Beklagten bereits rechtskräftig entschieden: Klagen (S 9 KR 467/14) und Berufung ([L 1 KR 388/15](#)) gegen die Beitragsfestsetzung für die Monate Oktober bis Dezember 2014 sowie Januar 2015 blieben erfolglos; das Bundessozialgericht wies die Nichtzulassungsbeschwerde des Klägers mit Beschluss vom 20. Juli 2016 zurück ([B 12 KR 57/16 B](#)). Klagen ([S 9 KR 307/15](#)) und Berufung ([L 1 KR 389/15](#)) gegen die Beitragsfestsetzung für die Monate Februar bis einschließlich Mai 2015 blieben erfolglos; das Bundessozialgericht wies die Nichtzulassungsbeschwerde des Klägers mit Beschluss vom 20. Juli 2016 zurück ([B 12 KR 58/16 B](#)). Der Senat verweist ausdrücklich auf die Ausführungen in diesen Entscheidungen.

Über einen Antrag auf einen Reisekostenzuschuss war entgegen der Auffassung des Klägers auch nicht vorab zu entscheiden. Aus Sicht des Senats war das Erscheinen des Klägers nicht erforderlich; daher wurde das persönliche Erscheinen auch nicht angeordnet. Nach [§ 111 Abs. 1 S. 1 Alt. 1 SGG](#) kann der Vorsitzende das persönliche Erscheinen eines Beteiligten anordnen. Die Anordnung steht danach grundsätzlich im

Ermessen des Gerichts und lässt ihm einen großen Entscheidungsspielraum (BSG, Urteil vom 15. Juli 1992 - [9a RV 3/91](#) - Juris). Auch [Art. 103 Abs. 1 GG](#) und [§ 62 SGG](#) verlangen nicht, dass der Beteiligte stets selbst gehört wird. Das Gericht ist daher grundsätzlich nicht verpflichtet, dafür Sorge zu tragen, etwa durch Anordnung des persönlichen Erscheinens unter Übernahme der Fahrtkosten, dass jeder Beteiligte auch persönlich vor dem Gericht auftreten kann (BSG, Beschluss vom 23.4.2009 - [B 13 R 15/09 B](#) - Juris RdNr. 11 m.w.N.). Der Kläger hat umfangreich vorgetragen. Eine persönliche Anhörung des Klägers war aus Sicht des Senats gerade nicht geboten.

Die Entscheidung über die Kosten beruht auf [§ 193 SGG](#).

Die Revision war nicht zuzulassen, weil die Voraussetzungen des [§ 160 Abs. 2 SGG](#) nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2017-09-20