

L 4 KR 613/09

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

4

1. Instanz

SG Konstanz (BWB)

Aktenzeichen

S 8 KR 2785/08

Datum

05.01.2009

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 4 KR 613/09

Datum

13.08.2010

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Der Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Konstanz vom 05. Januar 2009 und der Bescheid der Beklagten vom 14. Mai 2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 20. August 2008 werden aufgehoben, soweit die Beklagte einen Betrag von mehr als EUR 819,05 fordert.

Im Übrigen wird die Berufung des Klägers zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten beider Rechtszüge sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Der Kläger wendet sich gegen die Feststellung der Versicherungspflicht nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13](#) des Fünften Buches des Sozialgesetzbuchs (SGB V) auch für die Zeit vom 01. April bis 31. August 2007 und gegen die Pflicht zur Nachzahlung von insgesamt EUR 903,65.

Der am 1960 geborene Kläger war bei der Beklagten bis zum 31. Dezember 2000 gesetzlich krankenversichert. Anschließend war er nach seinen Angaben nicht mehr versichert. Er wohnt inzwischen mit einer Lebensgefährtin in einer Bedarfsgemeinschaft im Sinne des Zweiten Buches des Sozialgesetzbuchs (SGB II) zusammen. Auf Antrag vom 10. September 2007 bewilligte das Jobcenter K. durch Bescheid vom 13. November 2007 ab dem Antragsdatum Kosten für Unterkunft und Heizung (volle Monate bis Februar 2008 EUR 373,07). Für den Kläger wurde ab 10. September 2007 ein Zuschuss zu den Beiträgen zur Krankenversicherung und Pflegeversicherung in Höhe von anfänglich monatlich EUR 118,42 plus EUR 15,92 gewährt (Schreiben des Jobcenter vom 05. März 2008).

Der Kläger reichte unter dem 09. Januar 2008 den Prüfbogen zur Feststellung der Anspruchsberechtigung auf Pflichtversicherung nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) ein. Durch Bescheid vom 14. Januar 2008 stellte die Beklagte die rückwirkende Pflichtversicherung nach der zitierten Vorschrift ab 01. April 2007 fest. Mit diesem Bescheid als Anlage beigefügten weiteren Bescheiden vom 14. Januar 2008 setzten bei Zugrundelegung der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage von monatlich EUR 816,67 ab 01. April 2007 die Beklagte einen Beitrag zur Krankenversicherung von EUR 118,42 und die Pflegekasse der Beklagten einen Beitrag zur Pflegeversicherung von EUR 15,92 fest. Ab 01. Januar 2008 erhöhte sich die Mindestbeitragsbemessungsgrundlage auf monatlich EUR 828,33 mit einem Beitrag zur Krankenversicherung von EUR 120,10 und zur Pflegeversicherung von EUR 16,16 (ebenfalls Bescheide der Beklagten und der Pflegekasse der Beklagten vom 14. Januar 2008).

Durch Bescheid vom 21. Februar 2008 forderte die Beklagte für den Zeitraum vom 01. April 2007 bis 31. Januar 2008 einen Beitrag (zur Kranken- und Pflegeversicherung) von insgesamt EUR 1.345,32 zuzüglich Säumniszuschlägen von EUR 10,00 und einer Mahngebühr von EUR 0,90, insgesamt EUR 1.356,22 zu zahlen. Nachdem das Jobcenter die Bezuschussung der Beiträge ab 10. September 2007 zugesagt hatte, verblieb laut weiterem Bescheid der Beklagten vom 19. März 2008 für den Zeitraum vom 01. April bis 31. August 2007 ein Beitrag (zur Kranken- und Pflegeversicherung) von EUR 671,70 zuzüglich Säumniszuschlägen von EUR 26,00 und Mahngebühr von EUR 0,90, insgesamt EUR 698,60. Hiergegen erhob der Kläger am 26. März 2008 Widerspruch. Er habe in diesem Zeitraum keinerlei Einkünfte gehabt und auch keine Leistungen in Anspruch genommen, sei mittellos und lebe zusammen mit seiner Partnerin von Leistungen nach dem SGB II. Er sei auch nicht in der Lage, die Forderungen zu begleichen. Die Beklagte fragte beim Jobcenter an, ob dieses die Beiträge auch vom 01. April bis 31. August 2007 übernehme. Das Jobcenter erwiderte (Schreiben vom 07. Mai 2008), eine Übernahme von Beiträgen vor Antragstellung (10. September 2007) sei nicht möglich. Daraufhin erteilte die Beklagte dem Kläger einen neuen Beitragsbescheid vom 14. Mai 2008, die Forderung für den Zeitraum vom 01. April bis 31. August 2007 setze sich jetzt zusammen aus Beiträgen (zur Kranken- und Pflegeversicherung) von EUR 671,70, Säumniszuschlägen von EUR 230,00 und Mahngebühr von EUR 1,95, insgesamt EUR 903,65. Der Kläger erhob Widerspruch und beantragte, die Forderung von EUR 671,70 zinslos und ohne Säumniszuschläge ruhend zu stellen. Dem

wurde von der Beklagten durch Schreiben vom 25. Juni 2008 entsprochen. Der Widerspruchsausschuss der Beklagten erließ den zurückweisenden Widerspruchsbescheid vom 20. August 2008. Die Beiträge für die Zeit vom 01. April bis 31. August 2007 seien nach Grund und Höhe zutreffend festgesetzt. Da der Kläger seit 01. März 2008 in einem Beschäftigungsverhältnis stehe, könne er die Beitragsforderung mit monatlichen Ratenzahlungen von EUR 40,00 begleichen. Der nach § 17 der Satzung der Beklagten vorgesehene Ausnahmefall, dass keine Möglichkeit bestanden habe, der Beklagten am 01. April 2007 den Beginn der Versicherungspflicht mitzuteilen, liege nicht vor, sodass eine Ermäßigung oder ein Erlass der Beiträge nicht in Betracht komme.

Mit der am 19. September 2008 zum Sozialgericht Konstanz (SG) erhobenen Klage verfolgte der Kläger, der seit 01. August 2008 wieder arbeitsuchend gemeldet war, sein Begehren weiter. Er verblieb dabei, die Forderung für die Zeit vom 01. April bis 31. August 2007 sei rechtswidrig. Es sei kein Antrag auf Mitgliedschaft gestellt und es seien auch keinerlei Leistungen aus der Krankenversicherung bezogen worden. Es sei nicht zulässig, wenn die Versicherungspflicht aus Anlass eines Antrags auf Leistungen nach dem SGB II bekannt werde, eine rückwirkende Beitragspflicht entstehen zu lassen. Dies sei dem Gesetz nicht zu entnehmen.

Die Beklagte trat der Klage entgegen.

Durch Gerichtsbescheid vom 05. Januar 2009 wies das SG die Klage ab. Zur Begründung legte es dar, für Personen, die am 01. April 2007 keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall gehabt hätten, habe die Mitgliedschaft nach [§ 5 Abs.1 Nr. 13 SGB V](#) ab diesem Tag begonnen. Die Versicherungspflicht trete kraft Gesetzes ein. Es bedürfe keines Antrags, keines Aufnahmeaktes und keiner Beitragszahlung. Auf fehlende Kenntnis komme es nicht an. Mit dem Beginn der kraft Gesetzes eingetretenen Mitgliedschaft habe der Kläger auch Beiträge zu leisten, unabhängig davon, ob Leistungen in Anspruch genommen worden seien. Dies ergebe sich auch aus der Gesetzesbegründung, wo auch ausgeführt sei, im Gegenzug übernehme die Krankenkasse die Kosten für die in der Zwischenzeit in Anspruch genommenen Leistungen. Dass er aus Gründen, die er nicht zu vertreten gehabt habe, das Vorliegen der Voraussetzungen der Versicherungspflicht verspätet angezeigt habe, sei weder ersichtlich noch vorgetragen. Gegen die Höhe der Forderung seien keine Einwände ersichtlich.

Gegen den am 08. Januar 2009 zugestellten Gerichtsbescheid hat der Kläger am 06. Februar 2009 beim Landessozialgericht Berufung eingelegt. Er trägt wiederum vor, die Forderung sei rechtswidrig. Er habe keine Versichertenkarte gehabt und auch keinerlei Leistungen bezogen. Die Nachforderung führe deshalb zu einer offenkundigen Störung des versicherungsrechtlichen Gegenleistungs- und Äquivalenzprinzips. Die Beklagte erhalte Beiträge, ohne ein Versicherungsrisiko getragen zu haben. Hingegen sei ihm die Versicherungspflicht nicht bekannt gewesen. Der Versicherungsträger leite einseitig Rechtspositionen her, ohne hierfür Versicherungsschutz zu gewähren. Dies habe das Bundessozialgericht (BSG) entschieden. In der Überzeugung, dass er nicht krankenversichert sei, sei er allenfalls in äußersten Notfällen zum Arzt gegangen. Dies sei im streitigen Zeitraum aufgrund seiner Mittellosigkeit auch nicht in Betracht gekommen. Jedenfalls sei in der Satzung vorzusehen, dass der für die Zeit seit Eintritt der Versicherungspflicht nachzuzahlende Beitrag angemessen ermäßigt, gestundet oder von seiner Erhebung abgesehen werde. Nachdem das vorübergehende Beschäftigungsverhältnis geendet habe, sei er nicht mehr in der Lage, die rückständigen Beiträge zu bezahlen.

Der Kläger beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Konstanz vom 05. Januar 2009 sowie den Feststellungsbescheid vom 14. Januar 2008 in der Gestalt des Bescheids vom 14. Mai 2008 und des Widerspruchsbescheids vom 20. August 2008 aufzuheben, hilfsweise die Revision zuzulassen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie entgegnet, die Versicherungspflicht entstehe kraft Gesetzes. Der Beitragspflicht stehe ein Leistungsanspruch gegenüber und es könne nicht der Beklagten angelastet werden, dass der Kläger keine Leistungen in Anspruch genommen habe. Die Beitragspflicht sei nicht von einer Inanspruchnahme von Leistungen abhängig. Allein der Kläger habe die Möglichkeit gehabt, zeitgerecht den Beginn der Versicherungspflicht zum 01. April 2007 mitzuteilen. Im Widerspruchsbescheid sei eine monatliche Ratenzahlung in Höhe von EUR 40,00 eingeräumt worden, was einer Stundung durchaus sehr nahekomme.

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung des Senats ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

Zur weiteren Darstellung wird auf den Inhalt der Berufungsakten, der Klageakten und der von der Beklagten vorgelegten Verwaltungsakten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

1. Gegenstand des Rechtsstreits ist sowohl der (Feststellungs-)Bescheid der Beklagten vom 14. Januar 2008, mit welchem die Beklagte die Versicherungspflicht des Klägers nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a\)](#) SGB V ab 01. April 2007 festgestellt sowie sie und die bei ihr errichtete Pflegekasse mit den als Anlage beigefügten weiteren Bescheiden von diesem Tag Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung gefordert hat, als auch der weitere Beitragsbescheid der Beklagten vom 14. Mai 2008, der den früher ergangenen Beitragsbescheid vom 19. März 2008 vollständig ersetzt hat. Der Kläger hat diese Bescheide angefochten. Hinsichtlich dieser Bescheide ist auch das nach [§ 78](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) vor Erhebung der Klage erforderliche Vorverfahren durchgeführt worden. Denn der Widerspruchsausschuss der Beklagten hat ausweislich des Eingangssatzes des Widerspruchsbescheids vom 20. August 2008 über die Widersprüche des Klägers gegen die beiden genannten Bescheide entschieden. Der Kläger hat zwar ausdrücklich nur gegen die Beitragsbescheide der Beklagten vom 19. März und 14. Mai 2008 Widerspruch, nicht aber gegen den (Feststellungs-)Bescheid vom 14. Januar 2008 erhoben. Diese Widersprüche hat die Beklagte allerdings auch als Widerspruch gegen den (Feststellungs-)Bescheid vom 14. Januar 2008 gewertet und hierüber in der Sache entschieden.

2. Die Berufung des Klägers, über die der Senat gemäß [§ 153 Abs. 1](#) i.V.m. [§ 124 Abs. 2 SGG](#) im Einverständnis der Beteiligten ohne

mündliche Verhandlung entschieden hat, ist zulässig. Ein Berufungsausschlussgrund des [§ 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG](#) in der seit 01. April 2008 geltenden Fassung liegt bereits deshalb nicht vor, weil sich der Kläger gegen die Feststellung der Versicherungspflicht nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a\)](#) SGB V ab 01. April 2007 wendet und mithin die Klage nicht nur eine Geld-, Dienst- oder Sachleistung oder einen hierauf gerichteten Verwaltungsakt betrifft.

3. Die zulässige Berufung des Klägers ist insoweit begründet, als die Beklagte Beiträge zur Pflegeversicherung und die hierauf entfallenden Säumniszuschläge verlangt. Insoweit ist sie für die Erhebung dieser Beiträge nicht zuständig (4.). Im Übrigen (Feststellung der Versicherungspflicht nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a\)](#) SGB V ab 01. April 2007, Beiträge zur Krankenversicherung, hierauf entfallende Säumniszuschläge und Mahnkosten) ist die Berufung unbegründet. Die Beklagte hat zu Recht die Versicherungspflicht des Klägers nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a\)](#) SGB V ab 01. April 2007 festgestellt. Demgemäß ist der Kläger auch verpflichtet, Beiträge zur Krankenversicherung sowie, da er die Beiträge nicht fristgerecht zahlte, Säumniszuschläge und Mahnkosten zu zahlen (3.1. bis 3.5.).

3.1. Der Kläger war ab 01. April 2007 nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a\)](#) SGB V versicherungspflichtiges Mitglied der Beklagten in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Rechtsgrundlage für die Feststellung der Versicherungspflicht bereits ab 01. April 2007 ist [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a\)](#) SGB V, angefügt durch das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG -) vom 26. März 2007, [BGBl. I S. 378](#). Hiernach sind versicherungspflichtig Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und zuletzt gesetzlich krankenversichert waren. Danach soll ein Schutz im Krankheitsfall für die gesamte Bevölkerung in Deutschland gewährleistet werden (Begründung des Gesetzesentwurfs [BT-Drucks. 16/3100 S. 94](#)).

Die Voraussetzungen dieser Vorschrift werden vom Kläger erfüllt. Er war bei der Beklagten bis zum 31. Dezember 2000 gesetzlich krankenversichert. Anschließend war er nicht mehr versichert. Die Versicherungspflicht scheidet nicht nach [§ 5 Abs. 8a Satz 1 SGB V](#) aus. Denn ein anderer Tatbestand der Versicherungspflicht nach [§ 5 Abs. 1 SGB V](#) ist weder nach den vorliegenden Akten noch nach dem Vorbringen der Beteiligten erkennbar. Der Kläger nahm keine Leistungen der Sozialhilfe in Anspruch, war und ist auch nicht freiwillig oder familienversichert.

Erfüllt jemand, der - wie der Kläger - unter den persönlichen und räumlichen Geltungsbereich des Sozialgesetzbuchs fällt ([§§ 3 bis 6](#) des Vierten Buches des Sozialgesetzbuchs - SGB IV -), einen der Tatbestände des [§ 5 Abs. 1 SGB V](#), ist er, sofern keine Ausnahme (Versicherungsfreiheit, Befreiung auf Antrag, vorrangiger Tatbestand der Versicherungspflicht) eingreift, nach der entsprechenden Vorschrift versicherungspflichtig. Es handelt sich um eine Versicherungspflicht kraft Gesetzes, die - von den gesetzlich geregelten Ausnahmen abgesehen - immer, aber nur dann eintritt, wenn und solange der Tatbestand erfüllt ist. Die Versicherungspflicht ist unabdingbar. Es bedarf grundsätzlich keines Antrags, keines Aufnahmeaktes der Krankenkasse und keiner Beitragszahlung. Die Versicherungspflicht tritt ohne Rücksicht darauf ein, ob die versicherungspflichtige Person davon Kenntnis hat (vgl. Bundessozialgericht - BSG -, Urteil vom 13. Dezember 1984 - [11 RK 3/84](#) - [SozR 5420 § 2 Nr. 33](#)). Ein anderes Ergebnis lässt sich weder aus dem Grundsatz von Treu und Glauben, noch aus der Wechselbeziehung von Beitrag und Leistung, noch auch aus dem die gesetzliche Krankenversicherung beherrschenden Sachleistungsprinzip herleiten (BSG a.a.O.). Die Versicherungspflicht entfällt nicht deshalb, weil keine Krankenversicherungsleistungen in Anspruch genommen worden sind (vgl. etwa auch LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss vom 24. Februar 2010 - [L 16 B 49/09 KR NZB](#) - in Juris). Dass der Kläger geltend macht, wegen seiner Nichtkenntnis von der bestehenden Versicherung von Arztbesuchen abgesehen zu haben, mag eine psychologische Wirkung mangelnder Kenntnis sein, ist jedoch kein Tatbestand, die Versicherungspflicht zu hindern.

Gemäß [§ 186 Abs. 11 Satz 1 SGB V](#) beginnt die Mitgliedschaft mit dem ersten Tag ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall im Inland. Dies war der 01. April 2007. Diese Mitgliedschaft des Klägers endete gemäß [§ 190 Abs. 13 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) am 09. September 2007, weil durch die Bewilligung von Leistungen nach dem SGB II ab 10. September 2007 Versicherungspflicht nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V](#) eintrat.

3.2. Da der Kläger jedenfalls von 01. April bis 31. August 2007 nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a\)](#) SGB V versicherungspflichtiges Mitglied der Beklagten war, hat er für diesen Zeitraum auch Beiträge zur Krankenversicherung zu zahlen.

Nach [§ 252 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) sind, soweit gesetzlich nichts Abweichendes bestimmt ist, die Beiträge von demjenigen zu zahlen, der sie zu tragen hat. Wer die Beiträge Versicherungspflichtiger nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) zu tragen hat, bestimmt [§ 250 Abs. 3 SGB V](#). Danach tragen Versicherungspflichtige nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) ihre Beiträge mit Ausnahme der aus Arbeitsentgelt und aus Renten der gesetzlichen Rentenversicherung zu tragenden Beiträge allein. Hinsichtlich der Höhe 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 für den Kalendertag mindestens der 90. Teil der monatlichen Bezugsgröße ([§ 240 Abs. 4 Satz 1 SGB V](#)). Dies ergibt für das Jahr 2007 (monatliche Bezugsgröße EUR 2.450,00, hiervon ein Drittel) ein fiktives Mindesteinkommen von monatlich EUR 816,67. Beim Beitragssatz der Beklagten von 14,5 v.H. für die Krankenversicherung errechnet sich ein monatlicher Beitrag zur Krankenversicherung von EUR 118,42, für 01. April bis 31. August 2007 (fünf Monate) mithin EUR 592,10. 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. BSG, Urteil vom 18. Februar 1997 - [1 RR 1/94](#) - [SozR 3-2500 § 240 Nr. 29](#)).

3.3. Die Forderung der Beiträge zur Krankenversicherung ist nicht nach [§ 17 Abs. 6](#) der Satzung der Beklagten zu ermäßigen, zu erlassen oder niederzuschlagen. Zur Vermeidung von unbilligen Härten wegen Beitragsnachforderungen bei verspäteter Aufdeckung der Versicherungspflicht bestimmt [§ 186 Abs. 11 Satz 4 SGB V](#), dass die Krankenkasse in ihrer Satzung vorzusehen hat, dass der nachzuzahlende Betrag angemessen ermäßigt, gestundet oder niedergeschlagen werden kann. Diese Regelung hat die Beklagten in [§ 17 Abs. 6](#) ihrer Satzung wie folgt umgesetzt: Zeigt das Mitglied aus Gründen, die es nicht zu vertreten hat, das Vorliegen der Voraussetzungen der Versicherungspflicht nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) nach den in [§ 186 Abs. 11 Satz 1](#), 2 oder 3 SGB V genannten Zeitpunkten an, sind die nachzuzahlenden Beiträge auf Antrag 1. unter den Voraussetzungen des [§ 76 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 und Satz 2 SGB IV](#) zu stunden, 2. unter den

in Satz 2 bis 3 genannten Voraussetzungen auf den Betrag zu ermäßigen, der von freiwilligen Mitgliedern nach [§ 240 Abs. 4a SGB V](#) zu zahlen ist, 3. unter den Voraussetzungen des [§ 76 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2](#) und 3 SGB IV niederzuschlagen oder zu erlassen. Eine Ermäßigung der Beiträge setzt voraus, dass der Nacherhebungszeitraum mehr als drei Monate umfasst und das Mitglied erklärt, während dieses Zeitraums keine Leistungen für sich und seine nach [§ 10 SGB V](#) versicherten Familienangehörigen in Anspruch genommen zu haben und auf eine Kostenübernahme oder Kostenersatzung von bereits in Anspruch genommenen Leistungen verzichtet. Eine Ermäßigung der Beiträge kommt nur für die Zeit bis zum Beginn des Monats der Anzeige über das Vorliegen der Voraussetzungen der Versicherungspflicht nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) in Betracht. Die Ermäßigung der Beiträge scheidet aus, wenn zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht ein Beitrittsrecht zur freiwilligen Krankenversicherung bestand, dieses jedoch nicht ausgeübt wurde.

Der Kläger hat keine Gründe vorgebracht, weshalb er die Versicherungspflicht nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) erst nach dem 01. April 2007 angezeigt hat. Auch wenn man unterstellt, ihm sei diese Versicherungspflicht zunächst nicht bekannt gewesen, hat er nicht dargelegt, wann er von ihr erfahren hat und weshalb es erst im Januar 2008 zur Vorlage des Prüfbogens zur Feststellung der Anspruchsvoraussetzungen dieser Versicherungspflicht kam. Des Weiteren hat der Kläger nichts vorgetragen, was zu einer entsprechenden Reduzierung der Beitragsforderung führen könnte. Der Kläger war ab 01. März 2008 vorübergehend wieder versicherungspflichtig beschäftigt. Weshalb er in diesem Zeitraum die Beitragsforderung der Beklagten nicht begleichen konnte, ist nicht erkennbar.

3.4. Gemäß [§ 24 Abs. 1a SGB IV](#) haben u.a. Versicherte nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) für Beiträge, mit denen sie länger als einen Monat säumig sind, für jeden weiteren angefangenen Monat der Säumnis einen Säumniszuschlag von 5 v.H. des rückständigen, auf EUR 50,00 nach unten abgerundeten Beitrages zu zahlen.

Nach [§ 23 Abs. 1 Satz 1 SGB IV](#) werden laufende Beiträge, die geschuldet werden, entsprechend den Regelungen der Satzung der Krankenkasse und den Entscheidungen des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen fällig. Nach § 17 Abs. 1 Sätze 1 und 2 der Satzung der Beklagten sind die Beiträge monatlich zu entrichten. Die Fälligkeit für laufende Beiträge bestimmt sich nach [§ 23 Abs. 1](#) Sätze 1, 2 und 4 [SGB IV](#). Da es sich bei den Beiträgen aufgrund der Versicherungspflicht nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) nicht um solche nach dem Arbeitsentgelt oder dem Arbeitseinkommen handelt, werden die Beiträge gemäß [§ 23 Abs. 1 Satz 4 SGB IV](#) spätestens am Fünfzehnten des Monats fällig, der auf den Monat folgt, für den sie zu entrichten sind.

Bei dem monatlichen Beitrag zur Krankenversicherung von monatlich EUR 118,42 beträgt der auf EUR 50,00 nach unten abgerundete Beitrag EUR 100,00, fünf v.H. hiervon sind EUR 5,00. Es ergeben sich dann Säumniszuschläge in Höhe von EUR 225,00.

Monat Fälligkeit Säumnismonate Betrag April 2007 15. Mai 2007 11 (Juli 2007 bis Mai 2008) EUR 55,00 (11 x EUR 5,00) Mai 2007 15. Juni 2007 10 (August 2007 bis Mai 2008) EUR 50,00 (10 x EUR 5,00) Juni 2007 15. Juli 2007 9 (September 2007 bis Mai 2008) EUR 45,00 (9 x EUR 5,00) Juli 2007 15. August 2007 8 (Oktober 2007 bis Mai 2008) EUR 40,00 (8 x EUR 5,00) August 2007 15. September 2007 7 (November 2007 bis Mai 2008) EUR 35,00 (7 x EUR 5,00) Gesamt EUR 225,00

3.5. Nach [§ 66 Abs. 1 Satz 1](#) des Zehnten Buches des Sozialgesetzbuchs (SGB X) gilt für die Vollstreckung u.a. zugunsten der bundesunmittelbaren Körperschaften, die die Beklagte ist, das Verwaltungsvollstreckungsgesetz (VwVG). Nach [§ 19 Abs. 2 VwVG](#) wird für die Mahnung nach [§ 3 Abs. 3 VwVG](#) eine Mahngebühr erhoben. Sie beträgt - die Änderung in Euro-Beträge ist bislang nicht erfolgt - eins v.H. des Mahnbetrages bis DM 100,00 (= EUR 51,33) einschließlich, ein halbes v.H. von dem Mehrbetrag, mindestens jedoch DM 1,50 (= EUR 0,77) und höchstens DM 100,00 (=EUR 51,33). Die Mahngebühr wird auf volle zehn Deutsche Pfennige (= EUR 0,05) aufgerundet. Auf diese Vorschrift nimmt auch § 17 Abs. 5 der Satzung der Beklagten Bezug, wonach für die Mahnung von Forderungen im Rahmen von [§ 19 Abs. 2 VwVG](#) eine Mahngebühr, beschränkt auf einen Höchstbetrag von EUR 7,50, erhoben wird. Ausgehend hiervon ergibt sich eine deutlich höhere Mahngebühr als EUR 1,95, die die Beklagte im Bescheid vom 14. Mai 2008 angesetzt hat.

Insgesamt hat der Kläger damit EUR 819,05 (EUR 592,10 + EUR 225,00 + EUR 1,95) zu zahlen.

4. Der Bescheid vom 14. Mai 2008 ist insoweit aufzuheben, als die Beklagte auch Beiträge zur Pflegeversicherung und insoweit auch Säumniszuschläge fordert. Die Beklagte ist nicht zuständig für den Erlass eines Bescheides über Beiträge zur Pflegeversicherung bei Versicherten nach [§ 20 Abs. 1 Nr. 12 SGB XI](#).

Der Kläger war vom 01. April bis 09. September 2007 auch versicherungspflichtiges Mitglied der Pflegekasse der Beklagten. Denn nach [§ 20 Abs. 1 Nr. 12 SGB XI](#) sind versicherungspflichtig in der sozialen Pflegeversicherung die versicherungspflichtigen Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung. Dies sind Personen, die, weil sie bisher keinen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall hatten, u.a. nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) der Krankenversicherungspflicht unterliegen. Demgemäß hat der Kläger nach [§ 58 Abs. 2 Satz 1 SGB XI](#) die Beiträge zur Pflegeversicherung zu tragen.

Da auch die Versicherungspflicht zur Pflegeversicherung von Gesetzes wegen eintritt, ist es unschädlich, dass ein Bescheid der Pflegekasse der Beklagten, der die Versicherungspflicht feststellt, nicht erging.

Da auch Beiträge zur Pflegeversicherung nachgefordert wurden und die Beklagte nicht in ihrer Funktion als Einzugsstelle nach [§ 28h Abs. 1 Satz 1 SGB IV](#) entschied, war erforderlich, dass auch die Pflegekasse der Beklagten einen Bescheid erlässt, wobei insoweit auch ein gemeinsamer Bescheid der Beklagten und ihrer Pflegekasse über die Beitragsnachforderung ausreichend ist (seit 01. Juli 2008: [§ 46 Abs. 2 Satz 4 SGB XI](#)). Bescheide sind aber nur dann der Pflegekasse zuzurechnen, wenn diese eindeutig als Urheber erkennbar ist (BSG, Urteil vom 28. Mai 2008 - [B 12 P 3/06 R - SozR 4-3300 § 26 Nr. 1](#)). Erforderlich ist, dass aus dem Bescheid erkennbar ist, dass er (auch) von der Pflegekasse stammt. Soweit die Pflegekasse im Bescheid nicht als erlassende Behörde genannt wird, erfordert ein solcher gemeinsamer Bescheid, dass er den Zusatz enthält, er ergehe zugleich im Namen der Pflegekasse (seit 01. Juli 2008: [§ 46 Abs. 2 Satz 5 SGB XI](#)), damit für den Beitragsschuldner ersichtlich wird, dass erlassende Behörde zugleich auch die Pflegekasse ist und sich die Klage ggfs. auch gegen die Pflegekasse richten muss, die weiterhin passivlegitimiert bleibt ([BT-Drucks. 16/8525, S. 133](#)). Den Bescheid vom 14. Mai 2008 hat die Pflegekasse der Beklagten nicht erlassen. Sie ist in dem Bescheid auch nicht als erlassende Behörde genannt und der Bescheid enthält auch nicht den Zusatz, er ergehe im Namen der Pflegekasse.

5. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#). Da der Kläger nur zu einem geringen Teil Erfolg hatte, hält der Senat eine anteilige Erstattung außergerichtlicher Kosten nicht für angemessen.

Gründe, die Revision zuzulassen, liegen nicht vor, da weder eine Rechtsfrage von grundsätzlicher Bedeutung erkennbar ist (vgl. [§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG](#)) noch der Senat von anderweitiger Rechtsprechung abweicht (Nr. 2 der Vorschrift).

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2010-09-02