

## L 11 KR 1754/12

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

11

1. Instanz

SG Karlsruhe (BWB)

Aktenzeichen

S 5 KR 2115/11

Datum

12.03.2012

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 11 KR 1754/12

Datum

01.07.2013

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Beschluss

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 12.03.2012 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Klägerin wendet sich im Rahmen der Erhebung von Beiträgen für die Zeit vom 27.10.2009 bis 07.10.2010 gegen eine freiwillige Krankenversicherung bei der Beklagten.

Die 1958 geborene Klägerin war seit dem 05.05.2008 über ihren Ehemann bei der AOK N. familienversichert. Am 26.10.2009 wurde die Ehe rechtskräftig geschieden.

Am 20.1.2010 erklärte die Klägerin gegenüber der Beklagten, sie wolle ab dem "27.11.2009" Mitglied der freiwilligen Kranken- und Pflegeversicherung der Beklagten werden. Zugleich erteilte die Klägerin der Beklagten für die Beiträge eine Einzugsermächtigung.

Mit Bescheid vom 14.04.2010, der eine Rechtsbehelfsbelehrung nicht enthielt, setzte die Beklagte für die Zeit ab 27.10.2009 Beiträge zur freiwilligen Krankenversicherung iHv monatlich 121,79 EUR sowie - im Namen der AOK Nordschwarzwald - Pflegekasse - zur Pflegeversicherung iHv 18,74 EUR monatlich fest. Mit Bescheid vom 23.06.2010, der eine Rechtsbehelfsbelehrung nicht enthielt, setzte die Beklagte ab dem 01.07.2010 die Beiträge zur freiwilligen Krankenversicherung erneut iHv monatlich 121,79 EUR sowie - im Namen der AOK Nordschwarzwald - Pflegekasse - zur Pflegeversicherung iHv 18,74 EUR monatlich fest.

Die Beklagte teilte der Klägerin mit Schreiben vom 23.06.2010 mit, das Beitragskonto weise für die Zeit vom 27.10.2009 bis zum 30.04.2010 und vom 01.05.2010 bis 31.05.2010 offene Forderungen auf: Beiträge zur Krankenversicherung: 869,21 EUR, Beiträge zur Pflegeversicherung: 133,74 EUR, Säumniszuschläge: 10,00 EUR, Kosten und Gebühren: 3,00 EUR, zusammen: 1.015,95 EUR. Zugleich wies die Beklagte darauf hin, dass bei einem weiteren Rückstand das Ruhen des Leistungsanspruchs in der Krankenversicherung festgestellt werden müsse, was die Beklagte dann mit Bescheid vom 13.07.2010 auch so feststellte.

Mit Schreiben vom 29.09.2010 mahnte die Beklagte für die Zeit vom 27.10.2009 bis 31.08.2010 offene Beiträge (Krankenversicherung: 1.424,54 EUR, Pflegeversicherung: 180,50 EUR) an und machte Säumniszuschläge iHv 180,50 EUR sowie Mahnkosten iHv 9,45 EUR, mithin insgesamt 1.614,49 EUR, geltend.

Am 08.10.2010 heiratete die Klägerin erneut. Seither ist sie wieder familienversichert.

Am 19.10.2010 erhob die Klägerin Widerspruch "vorsorglich gegen den Verwaltungsakt, mit welchem die Mitgliedschaft" festgestellt worden sei. Daraufhin teilte die Beklagte der Klägerin mit, im Falle einer Abhilfe des Widerspruchs komme es zu einer Pflichtversicherung nach [§ 5 Abs 1 Nr 13 SGB V](#), bei der die Beitragsberechnung ebenfalls nach [§ 240 SGB V](#) erfolge.

Mit Widerspruchsbescheid vom 13.04.2011 wies die Beklagte den Widerspruch der Klägerin zurück. Gemäß [§ 9 SGB V](#) könnten der freiwilligen Versicherung Personen beitreten, deren Familienversicherung nach [§ 10 SGB V](#) erlösche, wenn sie unmittelbar vor dem Ende der Familienversicherung ununterbrochen mindestens zwölf Monate versichert gewesen seien. Die freiwillige Mitgliedschaft beginne gemäß [§ 188 Abs 2 SGB V](#) mit dem Tag nach dem Ende der Familienversicherung. Die Familienversicherung der Klägerin habe infolge der Scheidung

mit dem 26.10.2009 geendet. Bis dahin sei die Klägerin ohne Unterbrechung mehr als zwölf Monate bei der AOK N. versichert gewesen. Angesichts dessen seien die Voraussetzungen für eine freiwillige Mitgliedschaft ab dem 27.10.2009 erfüllt gewesen

Am 13.05.2011 hat die Klägerin beim Sozialgericht Karlsruhe (SG) Klage erhoben, die das SG mit Urteil vom 12.03.2012 abgewiesen hat. Das Gericht folge der zutreffenden Begründung des Widerspruchsbescheids vom 13.4.2011 und sehe daher gemäß [§ 136 Abs 3 SGG](#) von einer weiteren Darstellung der Entscheidungsgründe ab. Zu keinem anderen Ergebnis führe der Umstand, dass in der von der Klägerin unterzeichneten "Mitgliedschaftserklärung" als Beginn der Mitgliedschaft der 27.11.2009 (nicht: 27.10.2009) genannt sei. Der Beginn der Mitgliedschaft folge zwingend aus [§ 188 Abs 2 Satz 1 SGB V](#) (Beginn mit dem Tag nach dem Ende der Familienversicherung, also am 27.10.2009); ein anderer Zeitpunkt könne nicht gewählt werden

Gegen das ihrem Bevollmächtigten am 26.03.2012 zugestellte Urteil hat die Klägerin, beim Landessozialgericht Baden-Württemberg (LSG) am 25.04.2012 Berufung eingelegt. Der Gesetzgeber habe die Rückkehr nicht mehr krankensicherter Personen in die gesetzliche Krankenversicherung ermöglichen und erleichtern wollen. Dabei habe der Gesetzgeber den Krankenkassen ein Ermessensentscheidungsrecht zur Frage der Beitragserhebung bzw des Erlasses der Beiträge an die Hand gegeben. Die Krankenkassen hätten dieses Ermessen indes nie ausgeübt. Die gesetzliche Regelung sei verfassungswidrig, soweit neben der gesetzlichen Versicherungspflicht zugleich eine Beitragsverpflichtung, insbesondere eine rückwirkende Beitragsverpflichtung ohne Vorgabe von Kriterien zu ihrer Bestimmung vorgesehen sei. Zum Teile bestünden mehrjährige Beitragsnachzahlungsforderungen für Menschen die sich - wie sie - weder den monatlichen Beitrag noch gar eine rückwirkende Beitragsverpflichtung leisten könnten. Sie sei ohne Einkommen gewesen. Diese offenen rückwirkenden Beiträge führten dazu, dass die Leistungsverpflichtung der gesetzlichen Krankenkasse auf Notbehandlungen reduziert sei. Das Gesetz, so wie es von der Beklagten genutzt werde, greife in ihre Grundrechte ein. Der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit sei nicht beachtet. Die Schaffung einer gesetzlichen Versicherungspflicht mit vollständiger freiwilliger Beitragspflicht, die nur in das nicht gelenkte Ermessen der Beklagten gestellt werde und zu einer Ansammlung von Schulden bei Menschen führe, die noch nicht einmal das Existenzminimum bezahlen könnten, sei nicht das mildeste Mittel. Damit diene die Versicherungspflicht allein der Schaffung von Forderungsrechten für die gesetzlichen Krankenkassen, nicht der Sicherung einer Krankenversicherung für nicht Versicherte, was in ihre Grundrechte eingreife.

Die Klägerin beantragt sinngemäß,

das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 12.03.2012 sowie den Bescheid der Beklagten vom 14.04.2010 in der Fassung des Bescheids vom 23.06.2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 13.04.2011 aufzuheben.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Die Beklagte ist der Berufung entgegengetreten und hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend. Die Behauptung, dass eine Beitragsverpflichtung neben der gesetzlichen Versicherungspflicht verfassungswidrig sei, sei nicht nachvollziehbar, denn die Beitragszahlungen trügen zur Finanzierung der Mittel und damit der Leistungsausgaben bei. Ein Ruhen der Leistungen komme nur dann in Betracht, wenn Beiträge nicht gezahlt würden. Die Information über das Ruhen der Leistungen sei am 13.07.2010 erfolgt, also kurz vor Beendigung der freiwilligen Versicherung am 07.10.2010. Die Beklagte habe damit das Versicherungsrisiko für die überwiegende Zeit der freiwilligen Versicherung in vollem Umfang getragen.

Der Senat hat die Beteiligten mit ihnen zugestellten Schreiben darauf hingewiesen, dass beabsichtigt sei, die Berufung ohne mündliche Verhandlung und ohne Mitwirkung der ehrenamtlichen Richter durch Beschluss nach [§ 153 Abs 4 SGG](#) zurückzuweisen, da der Senat die Berufung einstimmig für unbegründet und eine mündliche Verhandlung nicht für erforderlich halte. Den Beteiligten ist Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben worden.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Akte des Senats sowie des SG und der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die nach den [§§ 143, 144, 151 Abs 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Klägerin ist zulässig, aber unbegründet.

Der Senat weist die Berufung durch Beschluss ohne mündliche Verhandlung und ohne Beteiligung ehrenamtlicher Richter gemäß [§ 153 Abs 4 SGG](#) zurück, da er sie einstimmig für unbegründet und eine mündliche Verhandlung nicht für erforderlich hält. Die Beteiligten sind zu dieser Verfahrensweise gehört worden.

Auch wenn sich die Klägerin in der Sache gegen eine freiwillige Mitgliedschaft in der Krankenversicherung der Beklagten wendet, so richtet sich ihr prozessuales Begehren gegen den Bescheid vom 14.04.2010 in der Fassung des Bescheids vom 23.06.2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 13.04.2011, mit dem die Beklagte über die Beitragserhebung zur Krankenversicherung auf Grundlage einer freiwilligen Mitgliedschaft entschieden hatte. Nicht Gegenstand des Verfahrens sind damit die Schreiben bzw Bescheide der Beklagten vom 23.06.2010 (Aufstellung der offenen Forderungen), 13.07.2010 (Ruhensanordnung) und 29.09.2010 (Beitragsmahnung). Nicht Gegenstand des Verfahrens sind auch die in den Bescheiden vom 14.04.2010 und 23.06.2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 13.04.2011 festgesetzten Beiträge zur Pflegeversicherung; die Klägerin hat sich von Anfang an ausdrücklich nur gegen eine freiwillige Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung gewandt, sodass auch nicht im Wege der Auslegung eine Anfechtung der Festsetzung der Pflegeversicherungsbeiträge angenommen werden kann. Hinsichtlich der vorliegend angefochtenen Bescheide ist die Anfechtungsklage iSd [§ 54 Abs. 1 Satz 1 SGG](#) statthaft. Daher musste die Klage auch nicht mangels Verwaltungsaktsqualität eines Begrüßungsschreibens bzw eines die freiwillige Versicherung bestätigenden Schreibens (dazu vgl BSG 27.06.2012, [B 12 KR 11/10 R](#) - SozR SozR 4-2500 § 175 Nr 4; BSG 25.08.1965, [2 RU 167/62](#), [BSGE 23, 248](#) = SozR Nr 2 zu § 539 RVO aF = juris) als Feststellungsklage iSd [§ 55 SGG](#) verstanden werden.

Der angefochtene Bescheid der Beklagten vom 14.04.2010 in der Fassung des Bescheids vom 23.06.2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 13.04.2011 ist jedoch rechtmäßig und verletzt die Klägerin nicht in ihren Rechten; die Klägerin war in der Zeit vom 27.10.2009 bis zum 07.10.2010 freiwillig versichertes Mitglied der Beklagten und hat hierfür Beiträge zu bezahlen.

Gemäß §§ 220 Abs 1, 223 Abs 1 iVm Abs 2 SGB V werden die Mittel der gesetzlichen Krankenversicherung durch Beiträge entsprechend der beitragspflichtigen Einnahmen erwirtschaftet. Bei freiwillig versicherten Mitgliedern bestimmt § 240 SGB V die beitragspflichtige Einnahmen.

Die Klägerin war im streitigen Zeitraum freiwillig versichertes Mitglied der Beklagten. Sie hatte gemäß § 9 Abs 1 Satz 1 Nr 2 SGB V das Recht zur freiwilligen Mitgliedschaft, denn ihre Familienversicherung endete am 26.10.2009 und sie war zuvor mehr als 12 Kalendermonate ununterbrochen (familien)versichert. Die Klägerin hatte mit ihrer schriftlichen Erklärung vom 20.01.2010 die freiwillige Mitgliedschaft bei der Beklagten erklärt. Die Erklärung war fristgerecht (§ 9 Abs 2 SGB V), denn sie ist innerhalb von drei Monaten nach Ende der vorherigen Versicherung am 26.10.2009 bei der Beklagten eingegangen. Damit hat die Klägerin wirksam eine freiwillige Versicherung begründet. Die Beitrittserklärung zur freiwilligen Krankenversicherung ist eine einseitige empfangsbedürftige öffentlich-rechtliche Willenserklärung des Berechtigten (vgl hierzu Baier in Krauskopf, Soziale Kranken-/Pflegeversicherung, § 9 SGB V Rdnr 27, Stand März 2011), die nach § 188 Abs 3 SGB V schriftlich zu erfolgen hat. Die freiwillige Mitgliedschaft beginnt nach § 188 Abs 2 SGB V mit dem Ende der Versicherungspflicht nach § 10 SGB V, vorliegend am 27.10.2009. Dass die Klägerin einen späteren Zeitpunkt bestimmt hatte, ist insoweit unerheblich. Wenn das Versicherungsverhältnis aber - wie im Fall der Klägerin - wirksam zustande gekommen ist, ist ein Widerruf der Beitrittserklärung nicht mehr möglich. Dann kann der Betroffene nur noch aus der Krankenkasse unter Wahrung der entsprechenden Fristen (§ 191 Nr 3 iVm § 175 Abs 4 SGB V) austreten (vgl hierzu Wille in jurisPK-SGB V, § 9 Rdnr 79), falls nicht eine Pflichtmitgliedschaft begründet wird (§ 191 Nr 2 SGB V). Eine solche Kündigung hat die Klägerin bislang nicht erklärt. Soweit sie im PKH-Beschwerdeverfahren L 11 KR 3516/11 B erklärte "Rücknahme" ihres Antrags ist daher für die hier streitgegenständliche Forderung der Beklagten nicht beachtlich, weil zu spät. Im Übrigen liegen auch keine Anhaltspunkte dafür vor, dass die Klägerin bei der Abgabe ihrer Beitrittserklärung beachtlichen Willensmängeln unterlag und diese wirksam geltend gemacht hat (§§ 119 ff BGB). Damit ist aber ein Beitragsanspruch mit Wirkung zum 27.10.2009 entstanden, den die Klägerin zu erfüllen hat. Dieser Beitragsanspruch endete - was die Beklagte zutreffend festgestellt hat - mit Wirksamwerden der erneuten Familienversicherung am 08.10.2010.

Damit kommt es vorliegend nicht darauf an, ob der Gesetzgeber - der Berufungsvortrag des Prozessbevollmächtigten der Klägerin zielt auf § 5 Abs 1 Nr 13 SGB V - nicht nur eine Rückkehr bisher nicht versicherter Personen in die Krankenversicherung ermöglichen durfte, sondern diese auch beitragsfrei zu stellen hatte. Denn die Klägerin ist vorliegend nicht nach § 5 Abs 1 Nr 13 SGB V versichert. Sie hat sich vielmehr aus freien Stücken einer - bekanntermaßen - kostenpflichtigen freiwilligen Mitgliedschaft bei der Beklagten angeschlossen. Dass diese freiwillige Mitgliedschaft nicht kostenfrei war, das wusste die Klägerin bereits bei Abgabe der Mitgliedschaftserklärung. Denn die Klägerin hat hierzu Auskünfte zu ihren Einkommensverhältnissen und insbesondere eine Einzugsermächtigung erteilt; eine Versicherungs- oder gar eine rückwirkend festzustellende gesetzlich bestimmte Beitragspflicht ist insoweit nicht ohne ihre Kenntnis entstanden.

Ob die Beklagte nach § 76 SGB IV die Möglichkeit hat, Forderungen zu stunden, niederzuschlagen oder zu erlassen, ist vorliegend unbeachtlich, denn ein solches Vorgehen setzt zunächst das Bestehen einer entsprechenden Forderung voraus, über die vorliegend gerade gestritten wird. Auch kommt ein Vorgehen nach § 186 Abs 1 Satz 4 SGB V nicht in Betracht, da die Klägerin am 01.04.2007 einen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall hatte und vor allem wegen ihres Beitritts zur freiwilligen Krankenversicherung gerade nicht nach § 5 Abs 1 Nr 13 SGB V versicherungspflichtig geworden ist. Vielmehr hat sie sich bewusst und gewollt für eine kostenpflichtige Versicherung entschieden. Sie hat daher die entsprechenden Beiträge zu entrichten.

Beitragsansprüche entstehen gemäß § 22 Abs 1 Satz 1 SGB IV, sobald ihre im Gesetz oder auf Grund eines Gesetzes bestimmten Voraussetzungen vorliegen. Sie entstehen danach grundsätzlich an jedem Tag der beitragspflichtigen (hier freiwilligen) Mitgliedschaft. Den Beitrag tragen gemäß § 250 Abs 2 SGB V freiwillige Mitglieder allein und haben diesen gemäß § 252 Abs 1 Satz 1 SGB V auch zu zahlen (vgl hierzu Senatsurteil vom 14.12.2010, L 11 KR 829/10). Damit ist die Klägerin Schuldnerin der entsprechenden Beitragsforderungen der Beklagten, die die Beklagte in den Bescheiden vom 14.04.2010 und 23.06.2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 13.04.2011 zutreffend berechnet hat; der Senat hat bei seiner Prüfung keine Fehler festgestellt, die Klägerin solche nicht vorgetragen.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG. Dabei hat der Senat im Rahmen seines Ermessens insbesondere berücksichtigt, dass die Klägerin in beiden Instanzen ohne Erfolg geblieben ist.

Die Revision wird nicht zugelassen, da Gründe für die Zulassung nicht vorliegen (§ 160 Nr 1 und 2 SGG).

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2013-07-03