

## L 11 KR 178/20

Land  
Baden-Württemberg  
Sozialgericht  
LSG Baden-Württemberg  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
11  
1. Instanz  
SG Karlsruhe (BWB)  
Aktenzeichen  
S 9 KR 3526/19  
Datum  
28.12.2019  
2. Instanz  
LSG Baden-Württemberg  
Aktenzeichen  
L 11 KR 178/20  
Datum  
14.07.2020  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen

-  
Datum

-  
Kategorie  
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Karlsruhe vom 28.12.2019 wird zurückgewiesen. Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um Beiträge zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung.

Der am 03.11.1982 geborene Kläger ist selbständiger Musiker, Medienkünstler und Sounddesigner (vgl <https://k.stadtwiki.net/>). H., Stand 26.06.2020), war seit dem 03.03.2009 als Künstler versicherungspflichtiges Mitglied bei der Künstlersozialkasse und als solches bei der Beklagten kranken- und pflegeversichert. Seit dem 01.04.2017 ruht sein Leistungsanspruch wegen Beitragsrückständen (Bescheid vom 06.03.2017). Nachdem auch in der Folgezeit keine Beiträge gezahlt worden waren, stellte die Künstlersozialkasse mit Bescheid vom 23.05.2017 das Ende der Versicherungspflicht nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz (KSVG) zum 31.05.2017 fest mit der Begründung, aufgrund des Zahlungsverhaltens des Klägers sei davon auszugehen, dass dieser seine künstlerische/publizistische Tätigkeit weitgehend eingeschränkt habe und nicht mehr in erwerbsmäßigem/berufsmäßigem Umfang ausübe.

Mit Schreiben vom 01.06.2017 informierte die Beklagte den Kläger über Möglichkeiten der Weiterversicherung und fragte mit Schreiben vom 12.07.2017 nach, ob der Kläger eine neue Beschäftigung aufgenommen oder Leistungen bei der Agentur für Arbeit beantragt habe. Nachdem der Kläger auf diese Schreiben nicht reagiert hatte, setzte sie dessen Versicherung zur Kranken- und Pflegeversicherung bei ihr als freiwillige Mitgliedschaft fort und berechnete mit Bescheid vom 27.07.2017 die Beiträge auf Basis der Beitragsbemessungsgrenze. Der Kläger zahlte diese weiterhin nicht.

Mit Schreiben vom 04.08.2017 teilte die Mutter des Klägers mit, dieser sei zwar noch künstlerisch tätig, erziele aber seit Jahren keine Einnahmen mehr. Die Beklagte berechnete daraufhin dessen Beiträge ab dem 01.06.2017 jeweils aus der gesetzlich vorgegebenen monatlichen Mindesteinnahme, dh mit Bescheid vom 10.08.2017 für die Zeit ab Juni 2017 in Höhe von monatlich 176,52 EUR, mit Bescheid vom 22.12.2017 ab Januar 2018 in Höhe von 179,66 EUR. In der Folgezeit wandte sich der Kläger vertreten durch seine Mutter wiederholt gegen die Beitragsforderungen und zahlte diese nicht.

Mit Bescheid vom 18.12.2018 setzte die Beklagte im Hinblick auf die vom Gesetzgeber beschlossene Erhöhung der Mindestbemessungsgrenze mit Wirkung zum 01.01.2019 auf 1.038,33 EUR den monatlich zu zahlenden Beitrag des Klägers zur Kranken- und Pflegeversicherung auf 186,90 EUR fest. Mit Bescheid vom 21.12.2018 setzte die Beklagte für den rückständigen Novemberbeitrag einen Säumniszuschlag in Höhe von 1,50 EUR sowie Mahnkosten in Höhe von 5 EUR fest. Zusätzlich seien noch 3.360,74 EUR aus vorherigen Zeiträumen offen.

Nachdem es in der Folgezeit zu mehreren Telefonaten mit der Mutter des Klägers gekommen war, in denen über die Vollstreckung durch das Hauptzollamt gesprochen wurde und die Mutter eine günstigere Versicherung für ihren Sohn, Ratenzahlung und mehr Rücksichtnahme forderte, informierte die Beklagte den Kläger mit Schreiben vom 21.01.2019 darüber, dass die Mindesteinnahmegrenze von monatlich 1.038,33 EUR nicht unterschritten werden dürfe, auch wenn die Einnahmen des Klägers tatsächlich geringer seien. Eine Ratenzahlung sei nicht mehr möglich, da sich die Beiträge bereits in der Vollstreckung befänden. Nachdem ein Beitragseingang auch für Dezember nicht zu verzeichnen war, setzte die Beklagte mit Bescheid vom 22.01.2019 einen weiteren Säumniszuschlag (1,50 EUR) sowie Mahnkosten (5 EUR) fest. Mit Schreiben vom 13.02.2019 erklärte die Beklagte dem Kläger die Fortsetzung der Krankenversicherung über den 31.05.2017 hinaus, das Zustandekommen der Beitragshöhe sowie die Gründe für das Ruhen seines Anspruchs auf Leistungen.

Mit Schreiben vom 27.01.2019 legte der Kläger Widerspruch und "Widerstand gegen das Deutsche Krankenversicherungszwangssystem" ein. Nach der UNO-Menschenrechtscharta sei er "frei und gleich an Würde und Rechten geboren" und habe nach Art 1 UNO-Sozialpakt das Recht, selbst über seine soziale Entwicklung zu bestimmen. [Art 2 Abs 1 Grundgesetz \(GG\)](#) schütze die Vertragsfreiheit. Trotz dieser Vorschriften sei ihm weder die Freiheit gewährt worden, ob er einen Vertrag zur Krankenversicherung abschließe, noch habe er seinen Vertragspartner frei wählen können. Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz sei ein Zwangsgesetz, das keine Gültigkeit haben könne. Die Beklagte dürfe ihn auch nicht durch staatliche Repression zum Jobcenter nötigen, dies verstoße gegen Art 6 UN-Sozialpakt. Solo-Selbständige wie der Kläger würden als ethnische Gruppe verfolgt und diskriminiert, deren Krankenkassenbeiträge lägen höher als die Beiträge der Arbeitgeber und -nehmer zusammen. Sämtliche illegalen Forderungen seien zu streichen, und er wolle nach den Bestimmungen des Notlagentarifs geführt werden ([§ 153 Versicherungsaufsichtsgesetz \[VAG\]](#)).

Mit Schreiben vom 13.02.2019 erklärte die Beklagte dem Kläger erneut, wie sich die Beitragshöhe berechnet, warum der Anspruch auf Leistungen seit 01.04.2017 ruhe und dass ihr kein Spielraum für eine andere Entscheidung bleibe.

Anschließend wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 10.10.2019 den Widerspruch des Klägers gegen "die Bescheide vom 21.01.2019, ergänzt mit Bescheid vom 13.01.2019, und vom 22.01.2019", mit dem sich der Kläger gegen die Beitragsbemessung und Forderung wende, mit der Begründung zurück, die Beiträge zur gesetzlichen Kranken- bzw Pflegeversicherung seien selbst dann nach der Mindesteinnahme ([§ 240 Abs 4 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch \[SGB V\]](#)) zu bemessen, wenn tatsächlich geringere oder überhaupt keine Einkünfte erzielt würden. Der Kläger hätte nach dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht zum 31.05.2017 die Möglichkeit zur anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall gehabt. [§ 153 VAG](#) gelte nur in der nachrangigen privaten Krankenversicherung.

Dagegen hat der Kläger am 28.10.2019 Klage zum Sozialgericht Karlsruhe (SG) erhoben mit der bereits zuvor erfolgten Begründung. Ergänzend hat der Kläger ausgeführt, der Staat lege Einkommen als Bemessungsgrundlage willkürlich fest. Wer Beitragsschulden durch diese fiktiven Berechnungen des Staates anhäufe, verliere seinen Versicherungsschutz, dies verstoße gegen die im UN-Sozialpakt zugesicherte soziale Sicherheit, die jederzeit für jede Person zu gelten habe. Gemäß [§ 193](#) Versicherungsvertragsgesetz (VVG) habe jeder Deutsche "selbst" das Recht, einen Vertrag mit einem Versicherungsunternehmen seiner Wahl zu schließen. Also müsste jede Forderung einer Krankenversicherung nichtig sein, sofern der Versicherte nicht ausdrücklich mit rechtlich gültiger Unterschrift dies bestätigt habe. Das Deutsche Sozialsystem mit "gesetzlicher Beitragsbemessung" für Solo-Selbständige stelle eine Diskriminierung nach Art 13 Europäische Menschenrechtskonvention (EMRK) dar, die gesetzliche Beitragsbemessung verstoße gegen [Art 33 GG](#), die Schlechterstellung der Solo-Selbständigen sei eine Diskriminierung nach Art 2 UN-Sozialpakt, das Ruhen von Leistungen nach [§ 16 Abs 3a SGB V](#) verletze Art 9 UN-Sozialpakt.

Mit Gerichtsbescheid vom 28.12.2019 hat das SG die Klage abgewiesen. Der Kläger habe keinen Anspruch auf eine geringere monatliche Beitragspflicht zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung als die Beklagte bereits rechtsfehlerfrei festgesetzt habe. Der Beitragsrückstand sei nicht zu erlassen. Der Kläger sei im Sinne von [§ 188 Abs 4 SGB V](#) bei der Beklagten im Wege der Anschlussversicherung freiwilliges Mitglied der Krankenversicherung und nach § 20 Abs 3 des Elften Sozialgesetzbuchs (SGB XI) Pflichtmitglied in der sozialen Pflegeversicherung. Für Personen, deren Versicherungspflicht ende, setze sich die Versicherung nach [§ 188 Abs 4 SGB V](#) mit dem Tag nach dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht als freiwillige Mitgliedschaft fort, es sei denn, das Mitglied erkläre innerhalb von zwei Wochen nach Hinweis der Krankenkasse über die Austrittsmöglichkeiten seinen Austritt. Der Austritt werde nur wirksam, wenn das Mitglied das Bestehen eines anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall nachweise. Der Kläger habe solch einen Nachweis trotz ordnungsgemäßen Hinweises der Beklagten vom 01.06.2017 nicht fristgemäß erbracht. Nach [§ 240 Abs 1 Satz 1 SGB V](#) werde die Beitragsbemessung für freiwillige Mitglieder einheitlich durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) geregelt. Dabei sei nach [§ 240 Abs 1 Satz 2 SGB V](#) sicherzustellen, dass die Beitragsbelastung die gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des freiwilligen Mitglieds berücksichtige. Bei der Bestimmung der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit seien mindestens die Einnahmen des freiwilligen Mitgliedes zu berücksichtigen, die bei einem vergleichbaren versicherungspflichtig Beschäftigten der Beitragsbemessung zu Grunde zu legen seien ([§ 240 Abs 2 Satz 1 SGB V](#)). Der GKV-Spitzenverband habe mit den "Einheitlichen Grundsätzen zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und weiterer Mitgliedergruppen sowie zur Zahlung und Fälligkeit der von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge" (Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler) eine hinreichende Rechtsgrundlage für die Festsetzung der jeweiligen Beiträge geschaffen. Dieser Vorgabe folgend gelten als beitragspflichtige Einnahme freiwilliger Mitglieder alle Einnahmen und Geldmittel, die zum Lebensunterhalt verbraucht werden oder verbraucht werden könnten, ohne Rücksicht auf ihre steuerliche Behandlung, mindestens jedoch ein monatlicher Betrag in Höhe von 991,67 EUR im Jahr 2017, von 1.015,00 EUR im Jahr 2018 und von 1.038,33 EUR im Jahr 2019. Die Beklagte habe die Beiträge des Klägers für den streitumfangenen Zeitraum rechtsfehlerfrei aus diesen Mindesteinnahmiegrenzen ermittelt, da der Kläger nach seinen Angaben in diesen Zeiträumen keinerlei Einkommen erzielt habe. Diese Mindesteinnahmiegrenzen seien selbst dann nicht zu unterschreiten, wenn die klägerischen Einnahmen geringer seien oder gar null betragen sollten. Dies gelte analog auch für die Beitragsbemessung in der sozialen Pflegeversicherung. Seit dem 01.01.2009 bestehe nach [§ 193 Abs 3 VVG](#) eine nachrangige Pflicht zur Versicherung auch in der Privaten Krankenversicherung. Nur hier gelte der Versicherungsnehmer als im Notlagentarif nach [§ 153 VAG](#) versichert, so lange der Vertrag wegen Nichtzahlung der Beiträge ruhe. Da der Kläger kein Mitglied einer Privaten Krankenversicherung sei, stehe ihm die Option der Inanspruchnahme eines Notlagentarifs bereits dem Grunde nach nicht zur Verfügung. Die Krankenversicherungsbeiträge würden spätestens am 15. des Monats fällig, der dem Monat folge, für den sie bestimmt seien (vgl § 23 des Vierten Sozialgesetzbuchs (SGB IV) in Verbindung mit § 10 BVGS). Dieser Grundsatz gelte nach § 11 der Satzung der Beklagten auch für die Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung. Für Beiträge, die der Zahlungspflichtige nicht bis zum Ablauf des Fälligkeitstages gezahlt habe, sei für jeden angefangenen Monat der Säumnis ein Säumniszuschlag von einem Prozent des rückständigen, auf 50,00 EUR nach unten abgerundeten Betrages zu zahlen (vgl [§ 24 Abs 1 Satz 1 SGB IV](#)). Zahlungspflichtige, die mit der Beitragszahlung in Rückstand seien, würden gemahnt. Mit der Mahnung werde eine Mahngebühr erhoben. Die Höhe richte sich nach den Bestimmungen des [§ 19 Abs 2](#) des Verwaltungsvollstreckungsgesetzes (VwVG). Sie betrage ein halbes Prozent des Mahnbetrages, mindestens jedoch 5,00 EUR und höchstens 150,00 EUR. Die Mahngebühr werde auf volle Euro aufgerundet. Als Körperschaften des öffentlichen Rechts habe die Beklagte laut [§ 76 Abs 1 SGB IV](#) ihre Einnahmen vollständig zu erheben. Wegen fehlender Beitragszahlung ua für den Monat Dezember 2018 seien kraft Gesetzes Säumniszuschläge entstanden und mit der Mahnung vom 22.01.2019 zutreffend Mahngebühren erhoben worden. Ein Erlass nach [§ 76 Abs 2 Satz 1 Nr 3 SGB IV](#) komme nicht in Betracht, da die Einziehung der Beiträge durch die Beklagte nicht unbillig gewesen sei. Weder habe der Kläger eine wirtschaftliche Notlage im Sinne einer persönlichen Unbilligkeit nachgewiesen, noch empfinde das Gericht die vorliegende Konstellation als sachlich unbillig. Verfassungsrechtliche Bedenken hinsichtlich des [§ 240 SGB V](#) habe die Kammer jedenfalls für die Gruppe der tatsächlich freiwillig Versicherten nicht. Diese hätte jederzeit die

Möglichkeit, eine private Krankenversicherung abzuschließen, und sei deshalb nicht in gleichem Umfang wie Pflichtversicherte auf die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung angewiesen. Dem Gesetzgeber stehe ein weiter Gestaltungsspielraum zu, bezüglich welcher beitragsrechtlichen Konditionen er die Möglichkeit der freiwilligen Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung ermögliche. Lediglich der Vollständigkeit halber sei darauf hingewiesen, dass es dem einkommenslosen Kläger weiterhin freistehe, einen Antrag bei dem zuständigen Träger der Grundsicherung zu stellen. Würde der Kläger Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten Sozialgesetzbuch (SGB II) beziehen, so würden die Beiträge zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung im Rahmen des Leistungsbezugs vom Grundsicherungsträger getragen werden. Somit könne bereits das verfassungsrechtliche Bedürfnis eines geringeren monatlichen Beitragssatzes in Frage gestellt werden, da für diejenigen Personen, die keinerlei Mittel zur Tilgung der monatlichen Beiträge besäßen, stets die Grundsicherung als angemessenes Auffangnetz vorhanden sei. Sofern der Kläger von dieser Möglichkeit ausgehend von seiner inneren Überzeugung nicht Gebrauch machen möchte, könne er zwar nicht in den Leistungsbezug gezwungen werden. Er habe dann jedoch sämtliche mit seiner eigenverantwortlichen Entscheidung verbundenen Konsequenzen zu tragen.

Gegen den ihm am 09.01.2020 zugestellten Gerichtsbescheid hat der Kläger am 14.01.2020 Berufung beim Landessozialgericht Baden-Württemberg (LSG) eingereicht unter Wiederholung und Vertiefung der bisherigen Begründung.

Parallel zum sozialgerichtlichen Verfahren hat der Kläger auch Klage beim Bundesverfassungsgericht (BVerfG) eingereicht (1 BvR 543/19), die von diesem nach seinen Angaben nicht zur Entscheidung angenommen worden ist.

Der Kläger beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Karlsruhe vom 28.12.2019 sowie alle verfassungswidrigen Bescheide der T. Krankenkassen aufzuheben,

Beitragsschulden und Säumniszuschläge zu erlassen,

den Gesetzgeber zu einer Reform des verfassungswidrigen [§ 193](#) Versicherungsvertragsgesetz vom 01.01.2008 zu zwingen,

die Beitragsbemessung für Solo-Selbständige grundrechtskonform zu reformieren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hat auf die Ausführungen im angefochtenen Gerichtsbescheid verwiesen.

Ergänzend hat sie den Beitragsbescheid vom 03.01.2020 vorgelegt, wonach die Beiträge ab Januar 2020 monatlich 191,10 EUR betragen.

Wegen der weiteren Einzelheiten sowie des weiteren Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Verwaltungsakten sowie der Gerichtsakten erster und zweiter Instanz Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung bleibt ohne Erfolg.

Der Senat konnte in Abwesenheit des Klägers verhandeln und entscheiden, da der Kläger in der Terminsmitteilung auf diese Möglichkeit hingewiesen worden ist. Die Terminsmitteilung ist dem Kläger ordnungsgemäß zugestellt worden. Erscheint ein Beteiligter trotz ordnungsgemäßer Terminsmitteilung nicht zur Verhandlung, kann das Gericht nach Lage der Akten ([§ 126](#) Sozialgerichtsgesetz – SGG) oder aufgrund "einseitiger" mündlicher Verhandlung entscheiden (BSG 26.05.2014, [B 12 KR 67/13 B](#); BSG 07.07.2011, [B 14 AS 35/11 B](#); 19.03.1992, [12 RK 62/91](#), [SozR 3-1500 § 110 Nr 3](#)).

Die gemäß [§ 143 SGG](#) statthafte und gemäß [§ 151 Abs 1 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung ist zulässig. Sie ist jedoch nicht begründet. Zum Teil ist die Klage bereits unzulässig; im Übrigen sind die angefochtenen Bescheide der Beklagten rechtmäßig und verletzen den Kläger nicht in seinen Rechten.

Das Passivrubrum war dahin zu berichtigen, dass nicht nur die Beklagte zu 1), sondern auch die Beklagte zu 2) Beteiligte des Rechtsstreits ist ([§ 69 Nr 2 SGG](#)), denn angefochten sind nicht nur die Beiträge zur Kranken- sondern auch die zur Pflegeversicherung. Dementsprechend ergingen sämtliche Beitragsbescheide jeweils auch im Namen der Pflegeversicherung. Auch das SG hat sowohl über die Beiträge zur Kranken- als auch zur Pflegeversicherung entschieden. Die Beklagte zu 1) war berechtigt, im Namen der Beklagten zu 2) auch die Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung festzusetzen. Nach [§ 46 Abs 2 Satz 4 SGB XI](#) in der ab dem 01.07.2008 geltenden Fassung (Art 1 Nr 31 Pflege-Weiterentwicklungsgesetz vom 28.05.2008, [BGBl I 874](#)) können Krankenkassen und Pflegekassen für Mitglieder, die - wie vorliegend - ihre Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung und zur sozialen Pflegeversicherung selbst zu zahlen haben, die Höhe der Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung und zur sozialen Pflegeversicherung in einem gemeinsamen Beitragsbescheid festsetzen. Hierbei ist das Mitglied darauf hinzuweisen, dass der Bescheid über den Beitrag zur sozialen Pflegeversicherung im Namen der Pflegekasse ergeht ([§ 46 Abs 2 Satz 5 SGB XI](#)). Den erforderlichen Hinweis auf den gemeinsamen Bescheid hat die Beklagte zu 1) in ihren Bescheiden gegeben.

Gegenstand des Klageverfahrens ist nicht nur der Bescheid der Beklagten vom 22.01.2019, worin für den ausstehenden Beitrag für Dezember 2018 ein Säumniszuschlag sowie Mahnkosten festgesetzt worden sind, sondern auch der Beitragsbescheid vom 27.07.2017 in der Fassung des Bescheides vom 10.08.2017 sowie die Beitragsbescheide vom 22.12.2017 und 18.12.2018 jeweils in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 10.10.2019 sowie der aktuelle Beitragsbescheid vom 03.01.2020. Im Schreiben der Mutter des Klägers vom 04.08.2017, worin sie als Vertreterin ihres Sohnes und in Reaktion auf den Beitragsbescheid vom 27.07.2017 zum Ausdruck gebracht hatte, er könne die Beiträge nicht bezahlen, liegt ein Widerspruch gegen den genannten Beitragsbescheid, dem die Beklagte mit Bescheid vom

10.08.2017 durch Verringerung der Beiträge auf Basis der Mindestbemessungsgrenze nur zum Teil abgeholfen hat. Die in der Folgezeit ergangenen Beitragsbescheide vom 22.12.2017 und 18.12.2018 haben die Beitragshöhe jeweils zum 01.01. des Folgejahres abgeändert und wurden daher nach [§ 86 SGG](#) Gegenstand des weiterhin anhängigen Widerspruchsverfahrens, das erst mit Widerspruchsbescheid vom 10.10.2019 seinen Abschluss gefunden hat. Darin hat die Beklagte – auch wenn sie die Beitragsbescheide vom 27.07.2017, 10.08.2017, 22.12.2017 sowie 18.12.2018 nicht ausdrücklich genannt hat – jedenfalls konkludent auch über die Höhe der Beiträge seit Beginn der freiwilligen Mitgliedschaft mitentschieden, indem sie auch Ausführungen zur Mindesteinnahme in den Jahren 2017 bis 2019 gemacht hat. Gleiches gilt für den Gerichtsbescheid des SG, worin das SG ebenfalls nicht nur über den Bescheid der Beklagten vom 22.01.2019 geurteilt hat, sondern sich auch mit den Beitragsforderungen aus den Vorjahren auseinandergesetzt hat. Zuletzt wurde auch der Beitragsbescheid vom 02.01.2020 gemäß [§ 96 SGG](#) Gegenstand des Verfahrens.

Nicht Gegenstand des Verfahrens ist indes das Schreiben vom 21.01.2019, worin ein Kundenberater sich für das Telefonat mit der Mutter des Klägers bedankt mit dem Zusatz, den Kläger gerne informieren zu wollen. Es folgen dann Ausführungen zur Beitragshöhe und Ratenzahlung, nicht jedoch Regelungen (vgl. [§ 31](#) Zehntes Buch Sozialgesetzbuch [SGB X]) über die Beitragshöhe oder die Versicherungspflicht. Folgerichtig hat die Beklagte auch keine Rechtsmittelbelehrung angefügt. Das Schreiben vom 21.01.2019 ist damit kein Verwaltungsakt. Gleiches gilt für das Schreiben vom 13.02.2019 (und nicht 13.01.2019, wie fehlerhaft im Widerspruchsbescheid erwähnt), worin die Beklagte lediglich die gültige Rechtslage erneut zusammenfasst und dem Kläger erläutert, ohne aber eine Regelung zu treffen. Gegenstand des Verfahrens sind auch nicht die sonstigen Bescheide der Beklagten über Säumnis- und Mahngebühren, weil hiergegen nicht jeweils gesondert Widerspruch eingelegt wurde und diese Bescheide nicht nach [§ 86 SGG](#) in das Widerspruchsverfahren einbezogen wurden.

Soweit der Kläger den (teilweisen) Erlass der Beitragsforderungen bzw Säumniszuschläge begehrt, ist die Klage bereits unzulässig, weil die Beklagte hierüber bisher nicht förmlich entschieden hat und es somit am Vorverfahren fehlt (vgl. [§ 78 Abs 1 SGG](#)). Die Klage ist auch unzulässig, soweit der Kläger beantragt, "den Gesetzgeber zu einer Reform des verfassungswidrigen [§ 193](#) Versicherungsvertragsgesetz vom 01.01.2008 zu zwingen" sowie "die Beitragsbemessung für Solo-Selbständige grundrechtskonform zu reformieren". Ein solches Klageziel sieht das SGG nicht vor. Sofern diese Anträge des Klägers als Feststellungsanträge ausgelegt werden mit dem Ziel festzustellen, dass [§ 193 VVG](#) sowie die Beitragsbemessung für Selbständige verfassungswidrig sind, führt dies zu keinem anderen Ergebnis. Eine solche Feststellungsklage wäre ebenfalls unzulässig. Mit der Feststellungsklage kann gem [§ 55 Abs 1 SGG](#) begehrt werden 1. die Feststellung des Bestehens oder Nichtbestehens eines Rechtsverhältnisses, 2. die Feststellung, welcher Versicherungsträger der Sozialversicherung zuständig ist, 3. die Feststellung, ob eine Gesundheitsstörung oder der Tod die Folge eines Arbeitsunfalls, einer Berufskrankheit oder einer Schädigung im Sinne des Bundesversorgungsgesetzes ist, 4. die Feststellung der Nichtigkeit eines Verwaltungsakts, wenn der Kläger ein berechtigtes Interesse an der baldigen Feststellung hat.

Vorliegend liegt keine der in [§ 55 Abs 1 SGG](#) vorgesehenen Varianten vor; insbesondere begehrt der Kläger nicht die Feststellung des Bestehens oder Nichtbestehens eines Rechtsverhältnisses, sondern die abstrakte Feststellung der Verfassungswidrigkeit von bundesgesetzlichen Normen. Diese steht aber allein dem BVerfG gemäß [§§ 13 Nr 6, 76](#) ff Bundesverfassungsgerichtsgesetz (BVerfGG) auf Antrag der dort genannten Verfahrensorgane zu.

Die im Hinblick auf den Beitragsbescheid vom 27.07.2017 in der Fassung des Bescheides vom 10.08.2017 sowie die Beitragsbescheide vom 22.12.2017, 18.12.2018 sowie den Bescheid vom 22.01.2019 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 10.10.2019 und den Beitragsbescheid vom 03.01.2020 erhobene Klage ist zulässig, jedoch nicht begründet.

Wie das SG zutreffend dargelegt hat, ist der Kläger weiterhin als freiwilliges Mitglied in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung versichert und ist die Höhe der zu zahlenden Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung nicht zu beanstanden.

Der Kläger war bis zum 31.05.2017 in der Künstlersozialkasse gemäß [§ 1 KSVG](#) pflichtversichert in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung. Für solche Mitglieder der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung setzt sich nach [§ 188 Abs 4 SGB V](#) die Krankenversicherung mit dem Tag des Endes ihrer Versicherungspflicht als freiwillige Mitgliedschaft fort, die Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung folgt dann aus [§ 20 Abs 3 SGB XI](#). Das freiwillig weiterversicherte Mitglied ist berechtigt, seinen Austritt aus der Krankenkasse zu erklären ([§ 188 Abs 4 Satz 1 SGB V](#)). Der Austritt wird jedoch nur wirksam, wenn das Mitglied eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall nachweist ([§ 188 Abs 4 Satz 2 SGB V](#)). An einem solchen Nachweis fehlt es vorliegend, weshalb die Beklagte den Kläger zu Recht in die freiwillige Anschlussversicherung aufgenommen hat. Diese Vorschrift des [§ 188 Abs 4 SGB V](#) ist entgegen dem Vortrag des Klägers verfassungsrechtlich unbedenklich (vgl hierzu ausführlich LSG Baden-Württemberg 24.01.2017, [L 11 KR 701/16](#), Nichtzulassungsbeschwerde dagegen verworfen: BSG [B 12 KR 19/17 B](#); Bayerisches LSG 09.08.2018, [L 4 KR 435/17](#); LSG Hamburg 28.09.2017, [L 1 KR 110/16](#), alle in Juris; Baier in Krauskopf, 104. EL September 2019, SGB V [§ 188](#) Rn 10a). In welchem Umfang der Gesetzgeber Systeme der gesetzlichen Sozialversicherung bildet und ausgestaltet, unterliegt seinem Gestaltungsermessens. Versicherungszwang und Beitragspflichten und damit eine Einschränkung von Freiheitsrechten sind insofern unvermeidlich (Schlegel/Knispel in Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 4. Aufl, Stand: 15.06.2020, [§ 1 Rn 70](#) ff). Dieses findet seine rechtlichen Grenzen allein in der Verfassung und dort vor allem in den Grundrechten. Die gesetzliche Krankenversicherung dient dem sozialen Schutz und der Absicherung vor den finanziellen Risiken von Erkrankungen. Sie basiert auf einem umfassenden sozialen Ausgleich zwischen Gesunden und Kranken, vor allem aber zwischen Versicherten mit niedrigem Einkommen und solchen mit höherem Einkommen sowie zwischen Alleinstehenden und Personen mit unterhaltsberechtigten Familienangehörigen (vgl BVerfG 06.12.1988, [2 BvL 18/84](#), [BVerfGE 79, 223](#) (236 f), SozR 2200 [§ 180](#) Nr 46 mwN). Der Gesetzgeber kann den Kreis der Pflichtversicherten so abgrenzen, wie es für die Begründung einer leistungsfähigen Solidargemeinschaft erforderlich ist (BVerfG 03.04.2001, [1 BvR 1681/94](#), [BVerfGE 103, 271](#), 288). Die Gründe für die Regelung des [§ 188 Abs 4 SGB V](#) sind sachlich nachvollziehbar. Der Gesetzgeber hat zur Rechtfertigung und Begründung des [§ 188 Abs 4 SGB V](#) ausgeführt ([BT-Drs. 17/13947](#), 27): "Wenn Personen kraft Gesetzes aus einer vorhergehenden Versicherungspflicht nach [§ 5 SGB V](#) (zB als Arbeitnehmer) oder einer Familienversicherung nach [§ 10 SGB V](#) ausgeschieden sind und sich nicht nahtlos erneut ein Tatbestand einer vorrangigen Versicherungspflicht angeschlossen hat, hatten die Krankenkassen bislang keine Möglichkeit, die nachrangige Versicherungspflicht nach [§ 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V](#) durchzuführen, wenn diese Personen zwar keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall hatten, sie sich aber auch auf Aufforderung der Krankenkassen, den weiteren Versicherungsschutz zu klären, nicht bei dieser gemeldet haben. Da die Mitgliedschaft der (nachrangig) nach [§ 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V](#) Versicherungspflichtigen bereits mit dem ersten Tag ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall beginnt, konnten auf diese Weise erhebliche Beitragsrückstände bis zu dem

Zeitpunkt entstehen, an dem die Mitgliedschaft schließlich rückwirkend festgestellt wurde. ( ) Diese Regelung soll auf alle Personen, deren vorhergehende Versicherung bei einer Krankenkasse kraft Gesetzes endet, ohne dass sich unmittelbar ein weiterer, vorrangiger Versicherungspflichtbestand anschließt, erweitert werden. Sie stärkt den Grundsatz des Vorrangs der freiwilligen Versicherung vor der nachrangigen Versicherungspflicht. Sie vermeidet zugleich, dass diese Personen durch eine verspätete Rückkehr zu ihrer letzten Krankenkasse hohe Beitragsschulden auf Grund der zwischenzeitlich eingetretenen nachrangigen Versicherungspflicht aufgebaut haben." Es entspricht der ständigen Rechtsprechung des BVerfG, dass dem Gesetzgeber auf dem Gebiet des Sozialversicherungsrechts wegen der fortwährenden schnellen Veränderungen des Arbeits-, Wirtschafts- und Soziallebens eine besonders weite Gestaltungsfreiheit zuzugestehen ist, die nur einer eingeschränkten verfassungsgerichtlichen Kontrolle unterliegt. Gerade bei der gesetzlichen Krankenversicherung, die auf einem umfassenden sozialen Ausgleich basiert, ist die Abgrenzung des Kreises der Pflichtversicherten dem Gesetzgeber überlassen (BVerfG 10.06.2009, [1 BvR 706/08](#) ua, [BVerfGE 123, 186](#) Rn 228 ff, [NJW 2009, 2033](#) mwN). Das BVerfG kann insbesondere nicht prüfen, ob der Gesetzgeber im Einzelnen die zweckmäßigste, vernünftigste oder gerechteste Lösung gefunden hat (BVerfG 03.06.2013, [1 BvR 131/13](#) ua, [BVerfGK 20, 327](#) mwN). Da es sich zudem um eine freiwillige Versicherung handelt, kann der Austritt aus der Mitgliedschaft bis zwei Wochen nach Hinweis der Krankenkasse über die Austrittsmöglichkeit erklärt werden. Dass ein Austritt nur dann wirksam wird, wenn eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall nachgewiesen wird, ist angesichts des Schutzzwecks der Norm verfassungsrechtlich unbedenklich. Insofern liegt entgegen dem Vorbringen des Klägers kein Verstoß gegen [Art 2 Abs 1 GG](#) oder sonstige Grundrechte vor.

Soweit der Kläger bemängelt, er habe seinen Vertragspartner nicht frei bestimmen können, trifft dies nicht zu. Der Kläger hätte sich zum einen privat versichern können und zum anderen unter den Voraussetzungen des [§ 173 SGB V](#) eine andere gesetzliche Krankenversicherung aussuchen können. Beides hat er nicht getan.

Auch die Höhe der von der Beklagten geforderten Beiträge in den Beitragsbescheiden vom 27.07.2017 (in der Fassung des Bescheides vom 10.08.2017), vom 22.12.2017 und 18.12.2018 ist nicht zu beanstanden. Für freiwillige Mitglieder wird die Beitragsbemessung einheitlich durch den Spitzenverband Bund der Krankenkasse geregelt ([§ 240 Abs 1 Satz 1 SGB V](#)). Dabei gilt als beitragspflichtige Einnahmen für den Kalendertag mindestens der neunzigste Teil der monatlichen Bezugsgröße ([§ 240 Abs 4 Satz 1 SGB V](#), [§ 3 Abs 3 Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler des GKV-Spitzenverbandes \[BVSzGs\]](#)). Diese Vorschriften gelten analog auch für die Beitragsbemessung in der sozialen Pflegeversicherung ([§ 57 Abs 4 Satz 1 SGB XI](#)). Da der Kläger nach eigenen Angaben über so gut wie kein Einkommen verfügt, hat die Beklagte für das Jahr 2017 die Mindestbemessungsrundlage in Höhe von 991,67, für 2018 von 1.015 EUR, für 2019 von 1.038,33 EUR und für 2020 von 1.061,67 EUR zugrunde gelegt und auf Basis dieser Summe den Monatsbeitrag errechnet (beispielhafte Berechnung 2018: monatliche Bezugsgröße [nach [§ 18 Abs 1 SGB IV](#)] = 3045 EUR, geteilt durch 90 = 33,83 EUR pro Tag, multipliziert mit 30 = 1.015 EUR pro Monat; Beitragssatz Krankenversicherung 14 %, Zusatzbeitrag 0,9 %, Pflegeversicherung 2,8 %, zusammen 17,7 %; 1.015 EUR x 17,7 % = 179,66 EUR = monatlicher Beitrag). Berechnungsfehler sind nicht ersichtlich und wurden auch nicht vorgetragen.

Inwieweit hier eine "Verfolgung" bzw. Diskriminierung von Solo-Selbständigen liegen soll, erschließt sich dem Senat nicht. Die Regelung des [§ 188 Abs 4 SGB V](#) und damit die Anschlusspflichtversicherung gilt für alle vormalig Versicherten, die die darin genannten Voraussetzungen erfüllen, und nicht nur für Solo-Selbständige. Zwar trifft es zu, dass nach [§ 240 Abs 4 Sätze 2 und 3 SGB V](#) in den bis Ende 2018 gültigen Fassungen für hauptberuflich Selbständige anders als in [§ 240 Abs 4 Satz 1 SGB V](#) nicht der neunzigste Teil der monatlichen Bezugsgröße für die Beitragsbemessung herangezogen wurde, sondern der dreißigste und bei Nachweis niedrigerer Einnahmen der vierzigste bzw. sechzigste Teil und damit ein höherer Betrag. Diese Vorschrift hat die Beklagte aber auf den Kläger gar nicht angewandt - dies vor dem Hintergrund, dass dieser kaum bzw. keine Einnahmen mehr aus seiner selbständigen Tätigkeiten bezieht und daher nicht mehr als hauptberuflich selbständig zählt. Vielmehr hat die Beklagte in den Beitragsjahren 2017 und 2018 wie ausgeführt den neunzigsten Teil der monatlichen Bezugsgröße und damit einen wesentlich geringeren Betrag zur Berechnung der Beiträge herangezogen, als dies zum damaligen Zeitpunkt für Selbständige vorgesehen war. Insofern beruft sich der Kläger hier auf eine vermeintliche Ungerechtigkeit, die ihn gar nicht betrifft. Seit der Gesetzesänderung zum 01.01.2019 (Art 2 Nr 3 GKV-VEG vom 11.12.2018, [BGBl I 2018, 2387](#)) gilt ohnehin für alle Selbständigen die allgemeine Mindestbeitragsbemessungsgrenze des [§ 240 Abs 4 Satz 1 SGB V](#). Insofern ist ein Verstoß gegen [Art 3 GG](#) ebenso wenig überzeugend dargetan worden wie ein solcher gegen Art 14 Europäische Menschenrechtskonvention (EMRK; Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten vom 04.11.1950) oder [Art 33 Abs 1 GG](#). Worin ein Verstoß gegen [Art 12 GG](#) liegen soll, erschließt sich dem Senat ebenfalls nicht, da der Kläger nicht davon abgehalten wird, einen Beruf seiner Wahl aufzunehmen.

Zutreffend ist der Vortrag des Klägers, dass zum Teil geringverdienende Pflichtversicherte mit geringeren Beiträgen belastet werden als die Mindestbeitragsbemessungsgrenze für freiwillig Versicherte dies vorsieht. Diese beitragsrechtliche Ungleichbehandlung von Pflichtversicherten und freiwillig Versicherten ist indes verfassungsgemäß, wie das BSG wiederholt entschieden hat (vgl. BSG 07.11.1991, [12 RK 37/90](#), [BSGE 70, 13](#), 17 ff = BSG [SozR 3-2500 § 240 Nr 6](#) S 15 f; vgl. auch BSG 30.11.2016, [B 12 KR 6/15 R](#), [SozR 4-2500 § 224 Nr 2](#), Rn 29). Es hat insbesondere bereits darauf hingewiesen, dass das Gesetz typisierend von einer geringeren Schutzbedürftigkeit der freiwillig versicherten Mitglieder ausgehen durfte (vgl. BSG [SozR 4-2500 § 224 Nr 1](#) Rn 9; vgl. auch BVerfG 04.12.2002, [1 BvR 527/98](#)). Dem ist nichts hinzuzufügen. Im Übrigen weist der Senat - wie auch zuvor das SG - den Kläger erneut darauf hin, dass er Leistungen der Grundsicherung nach dem SGB II in Anspruch nehmen kann, sofern er die Beiträge nicht zahlen kann. Dass er diesen Schritt offenbar ablehnt, ändert nichts daran, dass es eine kostenlose Krankenversicherung nicht gibt.

Die Klage kann auch nicht mit Erfolg auf einen Verstoß gegen den Internationalen Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte vom 19.12.1966 (UN-Sozialpakt) gestützt werden. Gem Art 9 dieses Sozialpakts erkennen die Vertragsstaaten das Recht eines jeden auf Soziale Sicherheit an; diese schließt die Sozialversicherung ein. Diese Bestimmung ist nicht bestimmt genug, um eigene Rechte eines Bürgers daraus herleiten zu können (vgl. ausführlich zum Sozialpakt VG Ansbach 07.08.2008, [AN 2 K 07.00603](#), Rn 28, juris, zu Studiengebühren; Oberverwaltungsgericht für das Land Nordrhein-Westfalen 09.10.2007, [15 A 1596/07](#), Rn 70 ff, juris).

Weder die Festsetzung des Säumniszuschlags noch die der Mahnkosten im Bescheid vom 22.01.2018 ist zu beanstanden. Diesbezüglich wird auf die zutreffenden Ausführungen des SG verwiesen, denen sich der Senat anschließt ([§ 153 Abs 2 SGG](#)). Die Höhe des Beitrags für Dezember 2018 folgt aus dem Beitragsbescheid vom 22.12.2017, die Fälligkeit aus [§ 23 Abs 1 SGB IV](#) iVm [§ 10 BVSzGs](#). Weiterhin hat das SG zutreffend erläutert, dass die Säumniszuschläge nach [§ 24 Abs 1 Satz 1 SGB IV](#) zu erheben sind und die Mahngebühr aus [§ 19 Abs 2 VwVG](#) folgt.

Die Berufung war daher zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#)

Gründe für eine Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2020-11-25