L 16 KR 9/11

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
16
1. Instanz
SG Düsseldorf (NRW)
Aktenzeichen
S 8 KR 180/09
Datum
25.11.2010
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 16 KR 9/11
Datum
26.01.2012
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 12 KR 10/12 R
Datum
15.10.2014
Kategorie
Urteil
Bemerkung
Rev. mit Urteil des BSG zurückgewiesen.
Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 25.11.2010 wird zurückgewiesen. Kosten sind nicht zu erstatten. Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Höhe der vom Kläger in der Zeit vom 28.03.2009 bis zum 31.10.2010 zu zahlenden Beiträge zur freiwilligen Krankenversicherung.

Der 1950 geborene Kläger war ab dem 01.10.1974 bei der T. AG beschäftigt. Sein Arbeitsverhältnis endete zum 30.06.2006 aus betriebsbedingten Gründen. Wegen des Verlustes seines Arbeitsplatzes gewährte die T. AG dem Kläger eine Abfindung in Höhe von 192.400,- Euro brutto, die in monatlichen Teilbeträgen in Höhe von 3700,- Euro vom 01.07.2006 bis zum 31.10.2010 durch das Pension Systems Germany (PSG) ausgezahlt wurde. Nach Beendigung des Arbeitsverhältnisses war der Kläger zunächst vom 01.07.2006 bis zum 25.02.2007 freiwillig bei der Beklagten krankenversichert und danach bis zum 03.03.2009 wegen des Bezuges von Arbeitslosengeld pflichtversichert. Im Anschluss daran bezog er bis zum 27.03.2009 Krankengeld.

Während der freiwilligen Versicherung in der Zeit vom 01.07.2006 bis zum 25.02.2007 zahlte der Kläger einen monatlichen Beitrag zur Krankenversicherung von 125,80 Euro. Nach § 12 III.J der damaligen Satzung der Beklagten in Verbindung mit Anlage 3 wurde von der Abfindung des Klägers unter Berücksichtigung seines Alters und der Betriebszugehörigkeit nur ein Anteil von 25 % (= 925,-Euro) bei der Beitragsbemessung berücksichtigt. Ab dem 28.03.2009 beantragte der Kläger die Durchführung einer erneuten freiwilligen Mitgliedschaft bei der Beklagten. Er gab an weiterhin über laufende Einnahmen in Höhe von monatlich 3700,- Euro aufgrund der Abfindungszahlung zu verfügen. Mit Beitragsbescheid vom 08.05.2009 stellte die Beklagte ab dem 28.03.2009 einen monatlichen Beitrag zur Krankenversicherung in Höhe von 547,58 Euro fest (Beitragsbemessungsgrenze von 3675,-Euro, Beitragssatz 14,90 %). Mit Beitragsbescheid vom 19.06.2009 wurde dieser Beitrag ab dem 01.07.2009 wegen der Absenkung des Beitragssatzes auf 14,30 % auf monatlich 525,53 Euro reduziert.

Den am 14.05.2009 eingelegten Widerspruch des Klägers gegen die Höhe der Beitragsfestsetzung wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 30.06.2009 zurück. Die Beitragsbemessung für freiwillige Mitglieder werde einheitlich durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband (GKV-SpV)) geregelt. Dabei sei sicherzustellen, dass die Beitragszahlung die gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des Mitglieds berücksichtige (§ 240 Abs. 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V)). Die "Einheitlichen Grundsätze zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und weiterer Mitgliedergruppen sowie zur Zahlung und Fälligkeit der von Mitgliedern selbst entrichteten Beiträge" (Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler) vom 27.10.2008 regelten das Nähere zur Beitragsbemessung. Nach § 2 Abs. 1 Satz 1 der Beitragsverfahrensgrundsätze würden die Beiträge nach den beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds bemessen. Den in § 3 Abs. 1 Satz der Beitragsverfahrensgrundsätze aufgeführten beitragspflichtigen Einnahmen seien nach § 4 Nr. 1 der Beitragsverfahrensgrundsätze auch Abfindungen, Entschädigungen oder ähnliche Leistungen, die wegen Beendigung des Arbeitsverhältnisses gezahlt werden, zuzurechnen. Der Kläger erhalte seit dem 01.07.2006 bis zum 31.10.2010 eine monatliche Abfindungszahlung in Höhe von 3700,- Euro, die in Höhe der Beitragsbemessungsgrenze (3675,- Euro in 2009) zu berücksichtigen sei.

Der Kläger hat hiergegen am 22.07.2009 Klage vor dem Sozialgericht Düsseldorf erhoben. Zur Begründung hat er geltend gemacht, die Höhe der festgesetzten Beiträge sei rechtswidrig. Er habe lediglich den Mindestbetrag von 141,53 Euro zu entrichten. Die Abfindung könne -

auch wenn sie in monatlichen Beiträgen ausgezahlt werde - nicht wie monatliches Entgelt behandelt werden. Die Beklagte habe ihm anlässlich einer Beratung im Rahmen der Abfindungsverhandlungen erklärt, dass sein Beitrag zur freiwilligen Krankenversicherung lediglich 141,53 Euro betragen werde. Er genieße daher Vertrauensschutz.

Die Beklagte hat darauf verwiesen, dass die durch sie erteilten Auskünfte auf der Grundlage der damaligen Rechtslage erfolgt seien, ohne dass eine Änderung des § 240 Abs. 1 SGB V absehbar gewesen wäre. Ein Vertrauensschutztatbestand ergebe sich daraus nicht. Die Beitragsfestsetzung sei auch im Übrigen rechtmäßig. Sie entsprechen § 240 Abs. 1 SGB V iVm den Beitragsverfahrensgrundsätzen Selbstzahler des GKV-SpV.

Mit Urteil vom 25.11.2010 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen. Die von der Beklagten vorgenommene Beitragsfestsetzung entspreche § 240 Abs. 1 SGB V iVm § 4 Nr. 1 der Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler. Danach seien auch Abfindungen beitragspflichtige Einnahmen. Das BSG habe im Übrigen bereits entschieden, dass auch monatlich zugeflossene Abfindungszahlungen als Gesamteinkommen zu berücksichtigen seien (Urteil vom 25.01.2006 - B 12 KR 2/05 R). Auch Vertrauensschutz könne der Kläger nicht geltend machen. Nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichtes (BVerfG) bestehe kein Vertrauensschutz hinsichtlich des Ausbleibens nachteiliger Gesetzesänderungen.

Der Kläger hat gegen das am 08.12.2010 zugestellte Urteil am 07.01.2011 Berufung eingelegt. Er ist weiterhin der Auffassung, dass die Auszahlungsweise der Abfindung ihm nicht zum Nachteil gereichen dürfe. Dabei sei auch zu berücksichtigen, dass die Beitragsverfahrensgrundsätze die Berücksichtigung der Abfindungszahlungen gerade nicht eindeutig regeln. Das Gericht habe zudem den Vertrauensschutz des Klägers, der sich auch aus dem eklatanten Missverhältnis zwischen dem zunächst benannten Beitrag von 141,53 Euro und dem später tatsächlich zu leistenden Beitrag ergebe, nicht hinreichend gewürdigt. Es liege eine eklatante Ungleichbehandlung, insbesondere zu den Versicherten vor, die sich bereits vor dem 01.01.2009 in der alten Beitragsklasse befunden haben und deren Beitragshöhe unverändert geblieben sei.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 25.11.2010 aufzuheben und die Bescheide vom 08.05.2009 und vom 19.06.2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 30.06.2009 insoweit aufzuheben, als als Beitragsbemessungsgrundlage zur Krankenversicherung ein die Mindestbeitragsbemessungsgrenze nach § 240 Abs. 4 SGB V übersteigender Betrag zugrunde gelegt worden ist.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Die Berücksichtigung der Abfindungszahlungen sei eindeutig geregelt. Lediglich bei Abfindungen, die nicht monatlich wiederkehrend gezahlt werden, wäre nach § 5 Abs. 2 der Beitragsverfahrensgrundsätze die Regelung des § 143 a SGB III entsprechend anwendbar. Dieser Fall liege hier aber nicht vor. Im Übrigen teile sie die vom beigeladenen GKV-SpV vertretene Auffassung, dass die Beitragsverfahrensgrundsätze wirksam sind.

Der Beigeladene stellt keinen Antrag. Er hält die Beitragsverfahrensgrundsätze für wirksam. Der Gesetzgeber sei dazu berechtigt gewesen, die Aufgabe, einheitliche Regelungen zur Ermittlung der Höhe der Beiträge freiwilliger Mitglieder zu schaffen, auf ihn zu übertragen. Er sei eine Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Satzungsautonomie. Die von ihm erlassenen Beitragsverfahrensgrundsätze würden sich im Rahmen der Anforderungen halten, die das BVerfG in seiner grundlegenden Entscheidung vom 05.12.2002 zur demokratischen Legitimation der funktionellen Selbstverwaltung präzisiert habe. Zu Berücksichtigen sei, dass die Wahrnehmung von Aufgaben auf dem Gebiet der sozialen Sicherung gegen Krankheit traditionell durch Selbstverwaltungskörperschaften des öffentlichen Rechts und ihre Verbände erfolge. Da dem Verwaltungsrat des Spitzenverbandes letztendlich gewählte Versicherten- und Arbeitgebervertreter der Verwaltungsräte oder Vertreterversammlungen der einzelnen Kassen angehörten und der Vorstand wiederum durch diesen Verwaltungsrat gewählt werde, liege auch eine hinreichende demokratische Legitimation vor. Dass dabei Stimmen gewichtet werden müssen, weil nicht alle Krankenkassen über Arbeitgebervertreter verfügen, spiele demgegenüber keine Rolle. Der GKV-SpV unterliege im Übrigen der Rechtsaufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) und sein Verwaltungsrat kontrolliere intern den Vorstand. Da es sich bei den Beitragsverfahrensgrundsätzen um untergesetzliche Rechtsnormen handele, die den Charakter einer Verwaltungsvorschrift hätten, sei der Vorstand zum Erlass befugt. Im Übrigen ergebe sich die Verpflichtung zur Berücksichtigung der vollständigen Abfindungszahlung bereits aus dem Gesetz selbst, weil § 240 Abs. 1 SGB V ausdrücklich bestimme, dass die gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit zu berücksichtigen sei. Hierzu würden auch die Abfindungszahlungen zählen. Auch das Sächsische Landessozialgericht habe zwischenzeitlich festgestellt, dass die Beitragsverfahrensgrundsätze und ihre rechtliche Grundlage verfassungsgemäß seien.

Mit Beschluss vom 30.11.2011 hat der Verwaltungsrat der Beigeladenen die Beitragsgrundsätze Selbstzahler rückwirkend bestätigt. Der Beschluss ist am 20.01.2012 im elektronischen Bundesanzeiger veröffentlicht worden. Dort sind auch die Beitragsverfahrensgrundsätze mit allen Änderungen veröffentlicht.

Hinsichtlich der Frage der Rechtmäßigkeit der Beiträge zur Pflegeversicherung haben die Beteiligten einen Unterwerfungsvergleich geschlossen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird Bezug genommen auf den Inhalt der Gerichtsakte und der Verwaltungsakte. Die Akten haben vorgelegen und waren Gegenstand der mündlichen Verhandlung.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung ist unbegründet.

Das Sozialgericht hat die Klage zu Recht abgewiesen. Die angefochtenen Bescheide vom 08.05.2009 und 19.06.2009 in der Gestalt des

Widerspruchsbescheides vom 30.06.2009 sind rechtmäßig. Zu entscheiden ist aufgrund des geschlossenen Teilvergleichs hinsichtlich der Beiträge zur Pflegeversicherung nur über die Beiträge zur Krankenversicherung. Die Beklagte hat die vom Kläger in der Zeit vom 28.03.2009 bis zum 31.10.2010 zu zahlenden Beiträge zur freiwilligen Krankenversicherung zu Recht auf Grundlage der geltenden Beitragsbemessungsgrenze festgesetzt.

Die Berücksichtigung der monatlichen Abfindungszahlen in voller Höhe ist durch § 4 Nr. 1 der Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler gedeckt (zu 1.). Die Übertragung der Befugnis zur Beitragsbemessung auf den GKV-SpV ist verfassungsrechtlich unbedenklich (zu 2.). Die Beitragsverfahrensgrundsätze sind auch ordnungsgemäß veröffentlicht worden (zu 3.) und rückwirkend wirksam geworden (zu 4.).

1. Die Beklagte hat zu Recht aus den monatlichen Zahlungen des früheren Arbeitgebers an den Kläger Beiträge bis zur Höhe der Beitragsbemessungsgrenze erhoben. Abfindungen wegen des Verlustes des Arbeitsplatzes, die als laufende Zahlungen erbracht werden, unterliegen in vollem Umfang der Beitragsbemessung. Die Bestimmung in § 4 Nr. 1 Beitragsverfahrensgrundsätze ist wirksam (a), der Kläger kann auch nicht verlangen, dass entsprechend der ihm bei Abschluss des Vertrages mit seinem Arbeitgeber erteilten Auskunft nur ein Teil des Zahlbetrages berücksichtigt wird (b).

a) Nach § 240 Abs. 1 Satz 1 SGB V in der seit dem 01.01.2009 geltenden Fassung erfolgt die Bestimmung der beitragspflichtigen Einnahmen nicht mehr durch die einzelnen Krankenkassen, sondern einheitlich durch den GKV-SpV. Bei dieser Regelung ist nach § 240 Abs. 1 Satz 2 SGB V die gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des freiwilligen Mitglieds zu berücksichtigen.

In Ausfüllung dieser gesetzlichen Ermächtigung hat der GKV-SpV mit Wirkung zum 01.01.2009 die Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler vom 27.10.2008 erlassen. § 4 Nr. 1 dieser Verfahrensgrundsätze bestimmt, dass auch Abfindungen, die wegen der Beendigung des Arbeitsverhältnisses gezahlt werden, den beitragspflichtigen Einnahmen zuzurechnen sind. Da auch Abfindungen, die wegen des Verlustes des Arbeitsplatzes gezahlt werden, die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit bestimmen, ist die in § 4 Nr. 1 der Beitragsverfahrensgrundsätze getroffene Regelung nicht zu beanstanden und von der Ermächtigungsgrundlage des § 240 Abs. 1 Satz 1 SGB V gedeckt. Dies gilt gerade bei monatlich gewährten Abfindungszahlungen, die wie im vorliegenden Fall das zuvor erzielte Arbeitsentgelt ersetzen und das alleinige Einkommen des freiwillig Versicherten darstellen. § 240 Abs. 1 SGB V beschränkt auch die Beitragsbemessung nicht auf bestimmte Einkunftsarten. Vielmehr wird die zu berücksichtigende wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des Versicherten von den Einnahmen und nicht von der Bedarfssituation des Mitglieds bestimmt (BSG SozR 4-2500 § 240 Nr. 13).

Erfasst werden nach dem Wortlaut der Bestimmung Abfindungen in voller Höhe. Dies ist unbedenklich. Zwar hat das BSG zu § 180 Abs. 4 Reichsversicherungsordnung (RVO) entschieden, das eine aus Anlass einer einvernehmlichen Beendigung des Arbeitsverhältnisses gezahlte Abfindung nur insoweit der Beitragsbemessung zugrunde zu legen ist, als sie geeignet ist, den Anspruch auf Arbeitslosengeld zum Ruhen zu bringen (damals § 117 Abs. 2, 3 Arbeitsförderungsgesetz, jetzt § 143a Drittes Buch Sozialgesetzbuch (SGB III), BSG SozR 2200 § 180 Nr. 36). Diese Rechtsprechung ist jedoch überholt, denn anders als § 180 Abs. 4 RVO ordnet § 240 Abs. 1 Satz 2 SGB V ausdrücklich die Berücksichtigung der gesamten wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Versicherten an (vgl. KassKomm-Peters, § 240 SGB V, Rdnr.12; s. auch BSG SozR 3-2500 § 240 Nr. 34). Im Rahmen des in § 240 Abs. 1 SGB V dem GKV-SpV eingeräumten Gestaltungsermessens ist es daher nicht zu beanstanden, wenn § 4 Nr. 1 Beitragsverfahrensgrundsätze laufende Abfindungen in voller Höhe der Beitragsbemessung unterwirft.

Dem steht auch nicht entgegen, dass nach § 5 Abs. 5 der Beitragsverfahrensgrundsätze nicht monatlich gewährte Abfindungen anders als monatlich gezahlte Abfindungen behandelt werden. Einmalig gezahlte Abfindungen werden zur Beitragsbemessung in Höhe des Betrages des Arbeitsentgeltes, das zuletzt vor Beendigung des Arbeitsverhältnisses erzielt worden ist, herangezogen, längstens für die Zeit, die sich bei entsprechender Anwendung des § 143a SGB III ergibt. Nach dieser Norm ruht der Anspruch auf Arbeitslosengeld bei Erhalt einer Entlassungsentschädigung und Nichteinhalten der Kündigungsfrist für einen dort näher geregelten Zeitraum; der Regelung liegt die unwiderlegliche Vermutung zugrunde, vom Arbeitgeber wegen vorzeitiger Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses erbrachte Leistungen enthielten in dem in § 143a Abs. 1 und 2 SGB III bestimmten Umfang Arbeitsentgelt, das zum Ruhen von Arbeitslosengeld führt (vgl. BSGE 50, 121, 125). Dabei wird nach § 143a Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 SGB V grundsätzlich ein Teil von 40 Prozent der Entlassungsentschädigung für das Ruhen des Arbeitslosengeldanspruchs nicht berücksichtigt; Satz 3 a.a.O. räumt abhängig von Alter und Dauer der Betriebszugehörigkeit des Betroffenen einen weiteren "Freibetrag" bis zu maximal 75 Prozent der Entlassungsentschädigung ein. Die entsprechende Anwendung des § 143a SGB III führt somit dazu, dass Einmalzahlungen nicht in vollem Umfang zur Beitragsbemessung herangezogen werden, weil nur der "Arbeitsentgeltanteil" berücksichtigt wird und damit Beiträge aus der Abfindung nur bis zum Erreichen des "Freibetrages" erhoben werden. Danach hat der freiwillig Versicherte, sofern er nicht über weitere beitragspflichtige Einnahmen verfügt, nur noch den Mindestbeitrag nach § 240 Abs. 4 Satz 1 SGB V zu entrichten.

Diese unterschiedliche Behandlung von laufenden und Einmalzahlungen macht jedoch § 4 Nr. 1 der Beitragsverfahrensgrundsätze nicht unwirksam. Es kann dahinstehen, ob die - in der ursprünglichen Fassung der Beitragsverfahrensgrundsätze noch nicht enthaltene - entsprechende Heranziehung des § 143a SGB III bei einmalig gezahlten Abfindungen geboten war. Ein Verstoß gegen den allgemeinen Gleichheitsgrundsatz des Art. 3 Abs. 1 Grundgesetz (GG) liegt aber nicht vor. Art. 3 Abs. 1 GG ist nur verletzt, wenn eine Gruppe von Normadressaten anders behandelt wird, obwohl zwischen dieser und einer anderen Gruppe keine Unterschiede von solcher Art und solchem Gewicht bestehen, dass sie die Ungleichbehandlung rechtfertigen können (BVerfGE 55, 72, 88 mwN). Solche hinreichenden Gründe für die unterschiedliche Behandlung liegen hier aber vor. Während monatliche Abfindungszahlungen die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit unmittelbar bestimmen, muss bei Einmalzahlungen eine Aufteilung vorgenommen werden. Wenn dabei an das zuvor erzielte Arbeitsentgelt angeknüpft wird, ist dies vor dem Hintergrund der Vermutung, dass die Abfindung einen Arbeitsentgeltanteil enthält, nicht zu beanstanden. Insoweit kann die einmalige Zahlung der Abfindung - je nach Fallgestaltung - zum einen für den jeweiligen Versicherten günstigeren oder ungünstigeren Ergebnis führen. Günstiger für den Empfänger einer Einmalabfindung ist die Regelung bei längerer Dauer der freiwilligen Versicherung, da dann nur Beiträge aus der einmal gezahlten Abfindung bis maximal 25 bis 60 Prozent des Zahlbetrages erhoben werden. Auf der anderen Seite kann die Regelung dann, wenn das letzte Arbeitsentgelt deutlich höher war als die monatliche Abfindungszahlung, die anstelle einer Einmalzahlung erbracht wird, den Empfänger einer Einmalzahlung benachteiligen, wenn er nach kürzerer Dauer wieder eine versicherungspflichtige oder wegen der Entgelthöhe versicherungsfreie Beschäftigung eingeht. Eine grundsätzliche Benachteiligung der Versicherten, die eine monatlich ausgezahlte Abfindung erhalten, ist vor diesem Hintergrund nicht ersichtlich. Das BSG hat auch anerkannt, dass an die Zahlungsmodalitäten anknüpfende unterschiedliche Behandlung einer Abfindung, die in einem Betrag gezahlt wird, gegenüber einer monatlich gezahlten Abfindung jedenfalls im Rahmen der Familienversicherung nicht zu beanstanden ist, weil der unterschiedlichen

wirtschaftlichen Situation, die sich daraus ergibt, Rechnung getragen werden kann (BSG SozR 4-2500 § 10 Nr. 6). In vergleichbarer Weise gilt dies auch für die Berücksichtigung von Abfindungen bei der Beitragsbemessung. Solche Abfindungen sollen häufig, insbesondere dann, wenn sie - wie hier - monatlich von einer "Pensionsgesellschaft" gezahlt werden, dazu dienen, den Zeitraum bis zum (Vor-)Ruhestand zu überbrücken und stellen deshalb den Lebensunterhalt des Versicherten während dieses Zeitraums sicher. Empfänger von Einmalzahlungen dürften sich demgegenüber häufiger wieder einer neuen Beschäftigung zuwenden, die dann ihre wirtschaftliche Leistungsfähigkeit prägt.

b) Der Kläger kann auch nicht beanspruchen, Beiträge in niedrigerer Höhe entrichten zu müssen, weil ihm die Beklagte vor Abschluss der Vereinbarung mit seinem Arbeitgeber die Auskunft erteilt hat, dass die monatlichen Abfindungen nur zum Teil zur Beitragsbemessung herangezogen werden. Diese Auskunft bezog sich auf die damalige Rechtslage, als die Beklagte noch autonom in ihrer Satzung die Beitragsbemessung regeln durfte (§ 240 Abs. 1 Satz 1 SGB V in der bis zum 31.12.2008 geltenden Fassung). Selbstverständlich steht aber jede Auskunft unter dem Vorbehalt einer Änderung der Rechtslage; es gibt auch kein schutzwürdiges Vertrauen auf den Fortbestand einer für den Betroffenen günstigen Rechtslage. Die Beklagte ist daher angesichts der seit dem 01.01.2009 geltenden Bestimmungen nicht gehindert, beim Kläger Beiträge auf der Grundlage der jetzt geltenden Regelung zu erheben.

2) Die Beitragsverfahrensgrundsätze sind nicht nur Verwaltungsvorschriften, die lediglich die schon in § 240 SGB V angeordnete Beitragsbemessung konkretisieren (a). Sie sind vielmehr autonomes Recht, zu deren Erlass der Gesetzgeber den GKG-SpV ermächtigen durfte (b).

a) Die Ansicht des Beigeladenen, die Beitragsverfahrensgrundsätze konkretisierten lediglich als Verwaltungsvorschriften die schon durch § 240 SGB V vorbestimmte Beitragsbemessung, trifft nicht zu. Der Beigeladene verkennt, dass § 240 SGB V lediglich den Rahmen für die Regelung der Beitragsbemessung absteckt, die bis zum 31.12.2008 die Kassen in ihren Satzungen zu treffen hatten und die seit dem 01.01.2009 dem GKV-SpV übertragen ist. Schon die Tatsache, dass die Krankenkassen die Regelungen in ihren Satzungen vorzunehmen hatten, zeigt, dass § 240 Abs. 1 Satz 1 SGB V (nur) eine Ermächtigung für die Schaffung untergesetzlicher Normen einräumt, wobei in Abs. 1 Satz 2 und Abs. 2 Vorgaben für diese Regelungen gemacht werden. Die genannten Vorschriften sind aber selbst keine Rechtsgrundlage für die Beitragsbemessung. Das BSG hat demgemäß in seiner zum Satzungsrecht der Krankenkassen ergangenen Rechtsprechung immer betont, dass § 240 Abs. 1 Satz 1 SGB V es den Krankenkassen überlassen habe, in welcher Weise sie in den Grenzen des Rechts die Bemessung vornehmen (vgl. z.B. zur Berücksichtigung von Einkommen des Ehegatten BSG SozR 3-2500 240 Nr. 42). Der Auftrag des § 240 Abs. 1 S. 1 SGB V in der bis zum 31.12.2008 gültigen Fassung an den Satzungsgeber ging dahin, die Einzelheiten der Beitragsbemessung für die freiwilligen Mitglieder ausgerichtet an deren wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit so konkret zu regeln, das für typische Sachverhalte eine einheitliche Bewertung sichergestellt war. Dabei hat das BSG eine Generalklausel, wonach "alle übrigen Einnahmen", die zum Lebensunterhalt verbraucht werden können, nur dann für ausreichend gehalten, um neben den in § 240 Abs. 2 SGB V ausdrücklich genannten, bei versicherungspflichtig Beschäftigten beitragspflichtigen Einnahmen auch andere Einnahmen der Beitragsbemessung zugrunde zu legen, wenn diese bereits in std. Rechtsprechung vom BSG als Einnahmen zum Lebensunterhalt anerkannt worden waren. Soweit jedoch die Feststellung der beitragspflichtigen Einnahmen auf erhebliche Schwierigkeiten stieß oder hierfür verschiedene Berechnungsweisen zur Verfügung standen und sich dem Gesetz in keiner eindeutigen Bewertungsmaßstäbe entnehmen ließen, setzte die Berücksichtigung der Einnahmen insoweit eine konkretisierende Satzungsregelung voraus (vgl. BSG SozR 3-2500 § 240 Nr. 34, 38; SozR 4-2500 § 240 Nr. 1). Nur auf der Grundlage ausreichender Satzungsregelungen konnten somit bis zum 31.12.2008 Beiträge von freiwilligen Mitgliedern erhoben werden.

An diesem Ausgangspunkt hat sich grundsätzlich seit dem 01.01.2009 nichts geändert. Der Gesetzgeber hat lediglich die Regelungsbefugnis von den Krankenkassen auf die den GKV-SpV übertragen, um einheitliche Kassenarten übergreifende Regelungen zu schaffen, da die Krankenkassen ab Einrichtung des Gesundheitsfonds kein originäres Interesse an der Beitragseinstufung freiwillig Versicherter mehr hätten. Außerdem sollten die nach der alten Rechtslage möglichen unterschiedlichen Einstufungsgrundsätze entfallen (BT-Drucks. 16/3100, 163f.). Diese Änderung der Zuständigkeitsregelung lässt aber die Grundstruktur der Vorschrift unberührt. Nach wie vor räumt § 240 Abs. 1 Satz 1 SGB V lediglich die Ermächtigung zur konkreten Festlegung der Beitragsbemessung ein, die in den in Satz 2 und Abs. 2 gesteckten Grenzen vorzunehmen ist. Eine gesetzliche Grundlage für die Beitragsbemessung findet sich lediglich in § 240 Abs. 4 Satz 1 und 2 sowie in Satz 7 und in Abs. 4a SGB V.

b) Der Gesetzgeber durfte von Verfassungswegen den GKV-Spitzenverband ermächtigen, verbindliche Regelungen zur Beitragsbemessung zu treffen (aa), denn dieser ist hinreichend demokratisch legitimiert (bb) und unterliegt einer (noch) ausreichenden staatlichen Aufsicht (dd). § 240 SGB V ist auch eine hinreichend bestimmte Ermächtigungsgrundlage für den Erlass von Regelungen zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder durch den GKV-SpV (cc).

aa) Die Übertragung der Befugnis der Beitragsbemessung auf den GKV-SpV ist verfassungsrechtlich unbedenklich. Auch außerhalb der unmittelbaren Staatsverwaltung und der gemeindlichen Selbstverwaltung kann der Gesetzgeber für abgegrenzte Bereiche der Erledigung öffentlicher Aufgaben durch Gesetz besondere Organisationsformen der Selbstverwaltung schaffen. Die gesetzgeberische Gestaltungsfreiheit bei der Schaffung und näheren Ausgestaltung von Organisationseinheiten erlaubt auch, den Selbstverwaltungsträger zu verbindlichem Handeln mit Entscheidungscharakter zu ermächtigen (BVerfGE 107, 59, 90 ff; BSGE 94, 50).

Der Gesetzgeber geht davon aus, dass sich die Legitimation des GKV-SpV zur Umsetzung aus dem Selbstverwaltungsprinzip ergibt (so die Gesetzesbegründung zu § 217e SGB V, BT-Drucksache 16/3100, 162). Gegen diesen Begründungsansatz lässt sich nicht einwenden, der Erlass der Beitragsverfahrensgrundsätze könne nicht auf das Selbstverwaltungsrecht gestützt werden, weil dieses nur die Regelung "eigener Angelegenheiten" legitimiere. Mitglieder des GKV-SpV seien aber allein die Krankenkassen (§ 219 a Abs. 1 SGB V) und nicht die Versicherten, deren Beitragsbelastung geregelt werde (so aber SG München, Urteil vom 02.03.2010 - S 19 KR 873/09, juris Rdnr. 26). Dem liegt jedoch ein zu enges Verständnis funktionaler Selbstverwaltung zu Grunde. Das BVerfG hat in der "Facharzt"-Entscheidung unter den eigenen Angelegenheiten, die ein Träger der funktionalen Selbstverwaltung eigenständig regeln darf, solche verstanden, die die in ihm zusammengefassten Gruppen besonders berühren (BVerfGE 33, 125, 156). Daraus lässt sich aber nicht zwingend ableiten, dass im Rahmen der Selbstverwaltung der Spitzenverband nur Angelegenheiten der Mitgliedskassen regeln kann. Zum einen hat das BVerfG in späteren Entscheidungen auch die Befugnis zur autonomen Rechtssetzung in Fällen gebilligt, in denen es nicht um "eigene" Angelegenheiten von Mitgliedern des Versicherungsträgers ging (vgl. BVerfGE 37, 1, 35; 62, 354, 371 f; s. auch Ebsen, in: Schnapp (Hg.), Probleme der Rechtsquellen im Sozialversicherungsrecht, Teil I, 1997, 13, 25). Entsprechend gelten etwa auch im Unfallversicherungsrecht die nach § 15

Abs. 1 7. Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) als autonome Rechtsnormen erlassenen Unfallverhütungsvorschriften (vgl. zur Rechtsnatur BSGE 85, 98, 102) nicht nur für die dem Unfallversicherungsträger angehörenden Unternehmen und deren Beschäftigten, sondern nach § 16 Abs. 2 SGB VII auch für die im Inland tätigen ausländischen Unternehmer, die nicht Mitglied des Unfallversicherungsträgers sind. Zum anderen ist zu berücksichtigen, dass die Übertragung der Regelungsbefugnis auf den GKV-SpV das Ziel hatte, unter den Bedingungen des Gesundheitsfonds die bisher möglichen unterschiedlichen Einstufungsgrundsätze zu beseitigen und einheitliche Kassenarten übergreifende Regelungen zu schaffen (BT-Drucks. 16/3100, 163 f). Das BVerfG hat im Zusammenhang mit der Prüfung der Verfassungsmäßigkeit der Festbeträge für Arznei- und Hilfsmittel (§§ 35, 36 SGB V) darauf hingewiesen, die Festbeträge konkretisierten das Wirtschaftlichkeitsgebot (§ 12 SGB V), indem die Grenzen festgelegt würden, bis zu denen die Kosten für Arznei- und Hilfsmittel von den Kassen übernommen würden. Insoweit diene die Aufgabenzuweisung an die Landes- bzw. Spitzenverbände der Verfahrenskonzentration und Bündelung von Entscheidungen, die bislang von den einzelnen Krankenkassen anhand der allgemeinen gesetzlichen Vorgaben zu treffen gewesen seien, bei denen jedoch zu Gunsten einer einheitlichen Gesundheitsversorgung der Versicherten auch eine einheitliche Verwaltungspraxis anzustreben gewesen sei. Damit werde die Einheitlichkeit der Rechtsanwendung über Kassen- und Landesgrenzen hinweg gewährleistet (BVerfGE 106, 275, 305 f). In Übertragung dieses Gedankens ist es verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden, wenn vom Spitzenverband nicht nur die Interessen der Mitgliedskassen, sondern auch der in ihnen zusammengefassten Versicherten im Rahmen der Autonomie geregelt werden, da die Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung die Gruppe sind, deren Angelegenheiten besonders berührt werden, wenn vom GKV-SpV im Interesse einer gleichmäßigen Beitragserhebung die Beitragsbemessung geregelt wird; auch insoweit handelt es sich um "eigene Angelegenheiten" (vgl. auch Sächsisches LSG, Beschluss vom 07.11.2011 - L 1 KR 173/10 B ER, juris Rdnr. 28).

bb) Die Bedenken gegen die demokratische Legitimation des GKV-SpV (vgl. Hessisches LSG, Beschluss vom 21.02.2011 - L 1 KR 327/10 B ER, juris Randnr. 44; Bötticher, SGB 2009, 15; Mühlhausen in Becker/Kingreen, SGB V, 2. Auflage, § 217 a, Rdnr. 8, § 217 c Rdnr. 14) teilt der Senat nicht. Zu Recht weist das Sächsische LSG, (a.a.O., juris Rdnr. 27 mit Nachweisen der Rechtsprechung) darauf hin, dass vergleichbare Einwände gegen die Normsetzung durch gemeinsame Einrichtungen der Ärzte und Krankenkassen in der bisherigen Rechtsprechung des BSG nicht für durchgreifend gehalten worden sind. In Übereinstimmung mit der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts geht das BSG davon aus, dass der Gesetzgeber außerhalb der unmittelbaren Staatsverwaltung vom Erfordernis lückenloser personeller Legitimation aller Entscheidungsbefugten abweichende Formen der Organisation und der Ausübung von Staatsgewalt schaffen kann und insoweit eine weite Gestaltungsfreiheit genießt (vgl. BVerfGE 107, 59, 89 ff.; 111, 191, 215 ff; BSGE 94, 50, 60). Im Bereich der funktionalen Selbstverwaltung fordert das demokratische Prinzip (Art. 20 Abs. 2 GG) nicht, dass eine lückenlose personelle Legitimationskette vom Volk zum Entscheidungsträger vorliegen muss. Es ist vielmehr ausreichend, dass Aufgaben und Handlungsbefugnisse der Organe gesetzlich ausreichend vorherbestimmt sind und ihre Wahrnehmung der Aufsicht personell legitimierter Amtswalter unterliegt (BVerfGE 107, 59, 94; 111, 191, 217 f). Der Gesetzgeber muss allerdings für die Wahrung der Interessen der Betroffenen sorgen; die Organisationsstruktur des Trägers muss deren angemessene Partizipation an der Willensbildung gewährleisten und darf nicht die Interessen einzelner bevorzugen, ohne dass insoweit das Gebot strikter formeller Gleichheit besteht (BVerfGE 111, 191, 217; BSGE, a.a.O.).

Hieran gemessen ist eine Überschreitung des dem Gesetzgeber zustehenden Gestaltungsspielraums zu verneinen (vgl. auch Axer, GuP 2011, 201, 202). Es ist zwar nicht zu verkennen, dass das Gesetz in § 217c SGB V ein kompliziertes Verfahren zur Bildung des Verwaltungsrats, dem Normgeber des GKV-SpV (§ 217 e Abs. 1 S. 3 i.V.m. § 197 Abs. 1 Nr. 1 SGB V) und dessen Willensbildung geschaffen hat, um einerseits durch Sitzverteilung und Stimmgewichtung eine Parität zwischen Arbeitgeber- und Versichertenvertretern (§ 217c Abs. 2 Satz 1, 3 SGB V) und andererseits einen versichertenbezogenen Proporz zwischen den Kassenarten (§ 210c Abs. 1 S. 1, Abs. 2 S. 4 SGB V) zu erreichen. Soweit dabei zur Kompensation des Übergewichts der Versichertenvertreter bei den Ersatzkassen die Stimmen der Arbeitgebervertreter bei den sogenannten "Primärkassen" übergewichtet werden (§ 217c Abs. 2 S. 3 SGB V) ist nicht ersichtlich, dass damit Einzelinteressen unangemessen bevorzugt werden. Im Rahmen der vom Gesetzgeber in der GKV gewollten paritätischen Beteiligung von Versicherten und Arbeitgebern (§ 44 Abs. 1 Nr. 1 Viertes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IV)), soll damit vielmehr lediglich das gewünschte Gleichgewicht zwischen Versicherten- und Arbeitgebervertretern und damit deren gleichberechtigte Beteiligung am Willensbildungsprozess des Verwaltungsratsrats gewährleistet werden (vgl. auch Sächsisches LSG, a.a.O.).

cc) Der Gesetzgeber hat in § 240 SGB V die Ermächtigung des GKV-SpV nach Umfang und Zweckrichtung hinreichend bestimmt. Aufgabe des GKV-SpV ist nach § 240 Abs. 1 Satz 1 SGB V die Regelung der Beitragsbemessung, also die Festlegung der beitragspflichtigen Einnahmen, nach denen die Beiträge der freiwilligen Mitglieder bzw. der nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V Versicherten bemessen werden (§ 240 Abs. 2 Satz 5 i.V.m. § 223 Abs. 2 SGB V). Die geforderte Berücksichtigung der gesamten wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Versicherten (§ 240 Abs. 1 Satz 2 SGB V) umfasst dabei mindestens die Einnahmen, die bei vergleichbaren pflichtversicherten Beschäftigten der Beitragsbemessung zu Grunde zu legen sind (§ 240 Abs. 2 Satz 1 SGB V), so dass dementsprechend zwingend die in § 226 SGB V genannten Einnahmearten berücksichtigt werden müssen. Gleichzeitig werden der Gestaltungsfreiheit des GKV-SpV durch gesetzliche Vorgaben Grenzen gesetzt (§ 240 Abs. 2 Satz 2 - 4, Abs. 5 SGB V) und Mindestbemessungsgrundlagen gesetzlich bestimmt (§ 240 Abs. 4 Satz 1, 2 SGB V). Für Sonderfälle trifft das Gesetz eigene Regelungen (§ 240 Abs. 4 Satz 7, Abs. 4 a SGB V), darüber hinaus werden bestimmte Vorschriften für entsprechend anwendbar erklärt (§ 240 Abs. 2 Satz 5 SGB V). Zudem ist zu berücksichtigen, dass zur Ausfüllung des Begriffs der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit eine umfangreiche Rechtsprechung des BSG vorliegt, durch die weitgehend geklärt ist, welche Einnahmen als beitragspflichtig herangezogen werden können und welche Anforderungen insoweit an die Konkretisierung der Regelung zu stellen sind, ohne dass Bedenken gegen die Unbestimmtheit der Generalklausel "gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit" erhoben worden sind (vgl. stellvertretend BSG SozR 4 - 2500 § 240 Nr. 1; siehe auch die Nachweise bei Sächsisches LSG, Urteil vom 04.02.2009 - L 1 KR 131/07, juris Rdnr. 26 f.). Dem Gesetz lässt sich somit hinreichend deutlich entnehmen, welchem Zweck die zu erlassende Regelung dient, welchen Inhalt sie haben kann und wie weit die Befugnis des GKV-SpV ausreicht.

Die Ermächtigung bezieht sich allerdings nur auf die Beitragsbemessung. Soweit die Beitragsverfahrensgrundsätze darüber hinausgehend auch Bestimmungen zum Nachweis der beitragspflichtigen Einnahmen (§ 6), zum Verwaltungsverfahren und zum Beitragseinzug (§§ 10 ff.) enthalten, fehlt es für solche Regelungen an einer gesetzlichen Ermächtigungsgrundlage, so dass sie nichtig sind (vgl. LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 16.08.2011 - L 11 KR 3165/10; KassKomm - Peters, § 240 SGB V Randnr. 48).

dd) Es bestehen beim Erlass der Beitragsverfahrensgrundsätze auch (noch) hinreichende Einwirkungs- und Überwachungsmöglichkeiten der dem Parlament gegenüber verantwortlichen staatlichen Exekutive. Gemäß § 217d Satz 1 SGB V untersteht der Spitzenverband der Aufsicht des BMG. Diese Aufsicht erstreckt sich auf die Beachtung des für den GKV-SpV maßgebenden Rechts (Satz 3 a.a.O. in Verbindung mit § 208 Abs. 2 Satz 1 SGB V, § 87 Abs. 1 Satz 2 SGB IV). Diese bloße Rechtmäßigkeitskontrolle ist ausreichend; eine fachaufsichtsrechtliche

Mitwirkung der dem Parlament verantwortlichen Ministerialverwaltung bei der Rechtssetzung ist nicht erforderlich (vgl. BSGE 103, 106, 122).

Zwar ist nicht zu verkennen, dass in anderen Bereichen die Setzung autonomen Rechts nur unter Mitwirkung der Aufsicht möglich ist, weil entweder die Genehmigung der Aufsichtsbehörde erforderlich ist (für die Unfallverhütungsvorschriften s. § 15 Abs. 4 Satz 1 SGB VII, für die Gefahrtarife der Unfallversicherungsträger s. § 158 Abs. 1 SGB VII; für die Anordnungen der Bundesagentur für Arbeit s. § 372 Abs. 2 Drittes Buch Sozialgesetzbuch) oder die untergesetzlichen Rechtsnormen nur wirksam werden, wenn sie nicht beanstandet werden (wie die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, § 94 Abs. 1 SGB V). Eine vergleichbare präventive Rechtskontrolle gibt es zwar bei den Beitragsverfahrensgrundsätzen nicht, denn diese werden schon mit ihrer Veröffentlichung wirksam. Satzungen des Spitzenverbandes bedürfen zwar nach § 217e Abs 1 Satz 2 SGB V der Genehmigung durch die zuständige Aufsichtsbehörde. Dieser Genehmigungsvorbehalt gilt allerdings nicht für die Beitragsverfahrensgrundsätze, da diese keine Satzung, sondern sonstiges autonomes Recht sind. Auch § 195 SGB V bestimmt lediglich, dass eine Satzung genehmigungsbedürftig ist. Sonstiges autonomes Recht, das in § 197 SGB V ausdrücklich erwähnt ist, wird demgegenüber nicht erfasst.

Allerdings lässt sich dem Sozialgesetzbuch auch kein allgemeiner Grundsatz entnehmen, dass autonomes Recht nur unter Beteiligung der Aufsicht wirksam erlassen werden kann. So werden auch Beschlüsse der Bewertungsausschüsse zu den Bewertungsmaßstäben (§ 87 Abs. 1 SGB V), die als Rechtsetzung durch Normenverträge zu qualifizieren sind (BSGE 94, 50, 73) ungeachtet des Beanstandungsrechts des BMG und der Pflicht zur Vorlage der maßgeblichen Unterlagen und der entscheidungserheblichen Gründe (§ 87 Abs. 6 Satz 1, 2 SGB V) mit der Veröffentlichung wirksam (vgl. Freudenberg in jurisPK-SGB V, § 87 Randnr. 177) und auch andere Normsetzungsverträge wie die Honorarverteilungsmaßstäbe (§ 85 Abs. 4 SGB V) können ohne Beteiligung der Aufsicht in Kraft gesetzt werden.

Die Aufsichtsmittel nach § 89 Abs. 1 Satz 1 SGB IV erlauben auch eine dem Beanstandungsrecht nach § 94 Abs. 1 SGB V vergleichbare Kontrolle, die das BSG zur verfassungsrechtlichen Legitimation der Normsetzung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss für ausreichend gehalten hat (vgl. BSGE 103, 106, 120 ff). Auch im Rahmen des § 94 Abs. 1 SGB V ist das BMG auf eine Rechtskontrolle beschränkt (BSGE a.a.O.). Die Möglichkeit der in § 94 Abs. 1 Satz 3 SGB V ausdrücklich eingeräumten Ersatzvornahme besteht auch im Rahmen des § 89 Abs. 1 SGB IV. Eine Aufsichtsanordnung zur Behebung einer Rechtsverletzung, deren sofortiger Vollzug angeordnet worden oder die unanfechtbar ist, kann ggf. mit den Mitteln des allgemeinen Verwaltungsvollstreckungsrechts durchgesetzt werden kann. Zwar mag insoweit die Ersatzvornahme nach § 10 Verwaltungs-Vollstreckungsgesetz des Bundes (VwVG) zur Änderung oder Ergänzung der Beitragsverfahrensgrundsätze mangels Vertretbarkeit der vorzunehmenden Handlung praktisch ausscheiden (vgl. Schirmer/Kater/Schneider, Aufsicht in der Selbstverwaltung, 350 S. 12). Jedoch kann eine Verpflichtung auch nach § 12 VwVG durch Selbstvornahme durchgesetzt werden; insoweit ist die Aufsichtsbehörde befugt, die Zuständigkeit des beaufsichtigten Organs an dessen Stelle wahrzunehmen (Stober/Schuler in Brackmann, Sozialgesetzbuch - SGB IV, § 89 Rdnr. 18). Zudem könnte die Weigerung des Selbstverwaltungsorgans zur Behebung der Rechtsverletzung als Verhinderung iSd § 37 Abs. 1 SGB IV angesehen werden, so dass dann das BMG anstelle der Vertreterversammlung tätig werden (vgl. Baier in Krauskopf, Soziale Krankenversicherung, Soziale Pflegeversicherung, § 89 SGB IV Randnr. 17). Somit könnte das BMG von ihm für erforderlich gehaltene Änderungen der Beitragsverfahrensgrundsätze ggf. selbst vornehmen Der Umstand, dass gegenüber dem GKV-SpV nach dessen Darstellung auch eine Aufsichtsanordnung ergangen ist, zeigt im Übrigen, dass tatsächlich eine wirksame Kontrolle besteht.

3) Die Beitragsverfahrensgrundsätze sind durch die Veröffentlichung im elektronischen Bundesanzeiger auch ordnungsgemäß veröffentlicht worden. Nach dem Rechtsstaatsprinzip bedürfen förmlich gesetzte Rechtsnormen der Verkündung BVerfGE 65, 283, 291; BSGE 81, 86, 90). Zweck der Verkündung ist es, dass die jetzt und künftig Betroffenen sich sicher und ohne unzumutbare Erschwernis zuverlässig Kenntnis vom Inhalt der geltenden Normen verschaffen können (Baier, a.a.O., § 34 SGB IV Rdnr. 15). Die ordnungsgemäße Verkündung ist Wirksamkeitsvoraussetzung für die Rechtsnormen, nicht oder nicht in der vorgeschriebenen Art bekannt gemachte Normen sind unwirksam (BVerfGE 65, 283 ff.; BAG AP Nr 18 zu § 174 BGB mwN).

Satzungen und sonstiges autonomes Recht der Versicherungsträger bedürfen nach § 34 Abs. 2 Satz 1 SGB IV der öffentlichen, d.h. einer allgemein zugänglichen Art der Bekanntmachung. Nach § 34 Abs. 2 Satz 2 SGB IV wird die Art der Bekanntmachung durch die Satzung geregelt. Die Satzung des GKV-SpV bestimmt hierzu in § 46 Abs. 1, dass Satzungen, Satzungsänderungen sowie Grundsatzentscheidungen des Verwaltungsrates im Bundesanzeiger und auf einer geeigneten Internetseite bekannt gemacht werden.

Eine Bekanntmachung der Beitragsverfahrensgrundsätze und des Beschlusses vom 30.11.2011 im Bundesanzeiger in Papierform ist zwar nicht erfolgt, jedoch genügt die Bekanntmachung im elektronischen Bundesanzeiger den Anforderungen, die § 34 Abs 2 SGB IV in Verbindung mit § 46 Abs 1 der Satzung des GKV-SpV an die Bekanntmachung stellt. Da sich aus dem Rechtsstaatsprinzip nur das Erfordernis einer angemessenen Möglichkeit der Kenntnisnahme von dem Inhalt der Rechtsnorm, nicht aber eine bestimmte Bekanntmachungsform herleiten lässt (vgl. BAG AP Nr 18 zu § 174 BGB), kann die Satzung hinsichtlich der öffentlichen Bekanntmachung grundsätzlich auch bestimmen, dass diese im elektronischen Bundesanzeiger erfolgen soll. Wird - wie hier - in der Satzung lediglich bestimmt, dass die Bekanntmachung im Bundesanzeiger erfolgt, ohne dass zwischen elektronischem Bundesanzeiger und Bundesanzeiger in Papierform unterschieden wird, ist die Verkündung im elektronischen Bundesanzeiger ausreichend.

Hierfür spricht schon die im Verhältnis zum Bundesanzeiger in Papierform adressatenfreundlichere Veröffentlichungsform, die dadurch dem Sinn und Zweck der öffentlichen Bekanntmachung besser gerecht wird. Weil die überwiegende Anzahl der Haushalte zwischenzeitlich über einem Internetzugang verfügt und die Nutzung des Internets im Übrigen auch in öffentlichen Bibliotheken möglich ist, gewährleistet gerade die Bekanntmachung im elektronischen Bundesanzeiger die Einsichtnahme für möglichst viele Bürger. Der Bundesanzeiger in Papierform steht demgegenüber den Bürgern nicht jederzeit zur Verfügung, sondern sie müssen zur Einsichtnahme in jedem Fall zunächst eine öffentliche Bibliothek aufsuchen.

Darüber hinaus entspricht dies auch der aktuellen Entwicklung der Gesetzgebung. Auch der Gesetzgeber geht davon aus, dass der elektronische Bundesanzeiger vor dem Hintergrund des technischen Fortschritts das vorzugswürdigere Veröffentlichungsorgan ist. So hat er bereits mit Wirkung zum 01.04.2005 in § 12 GmbHG bestimmt, dass Bekanntmachungen im elektronischen Bundesanzeiger erfolgen und für den Fall, dass der Gesellschaftsvertrag eine Bekanntmachung im Bundesanzeiger vorsieht, die Bekanntmachung im elektronischen Bundesanzeiger ausreichend ist. Darüber hinaus hat er mit dem Gesetz zur Änderung von Vorschriften über Verkündung und

Bekanntmachungen sowie der Zivilprozessordnung, des Gesetzes betreffend die Einführung der Zivilprozessordnung und der Abgabenordnung (BanzDiG) vom 22.12.2011 (BGBl. I S. 3044) mit Wirkung zum 01.04.2012 den elektronischen Bundesanzeiger in den Bundesanzeiger überführt. Der Bundesanzeiger in gedruckter Version ist nach § 8 BanzDiG als Ersatzverkündung nur herauszugeben, wenn die elektronische Bereitstellung oder Bereithaltung nicht nur kurzfristig unmöglich ist. Begründet wurde diese Rechtsänderung mit der zunehmenden Verbreitung und Nutzung von Informationstechnologien im privaten, wirtschaftlichen und öffentlichen Bereich, die sich auch in der Verbreitung von Internetzugängen widerspiegelt und dazu führt, dass die elektronische Fassung des Bundesanzeigers eine größere Öffentlichkeit erreicht, als die gedruckte Version (BR-Drucksache 320/11, 25). Gerade auch wegen dieser Rechtsentwicklung muss § 46 Abs. 1 der Satzung des GKV-SpV dahingehend verstanden werden, dass Bundesanzeiger im Sinne der Vorschrift zumindest auch der elektronische Bundesanzeiger ist.

4) Die Beitragsverfahrensgrundsätze sind auch (rückwirkend) wirksam geworden. Als sonstiges autonomes Recht waren sie allerdings nicht vom Vorstand, sondern vom Verwaltungsrat zu erlassen. Dies folgt aus § 217b Abs. 1 Satz 3 SGB V iVm § 33 Abs. 3 Satz 1 SGB IV und aus § 197 Abs. 1 Nr. 1 SGB V (vgl. Baier, aaO, § 240 SGB V Rdnr. 5). Da die fehlende Zuständigkeit einer normgebenden Stelle zur Rechtssetzung zur Unwirksamkeit der erlassenen Normen führt (vgl. BSGE 63, 220, 223 mwN), waren die Beitragsverfahrensgrundsätze zunächst unwirksam (vgl. auch Sächsisches LSG, Beschluss vom 07.11.2011 - L 1 KR 173/10 B ER, juris Rdnr 18).

Dieser Mangel ist aber geheilt, denn aufgrund der rückwirkenden Genehmigung mit Beschluss vom 30.11.2011 durch den Verwaltungsrat als zuständigem Organ sind die Beitragsverfahrensgrundsätze zum 01.01.2009 wirksam geworden und können nunmehr Grundlage der Beitragsfestsetzung ab dem 01.01.2009 sein. Die rückwirkende Inkraftsetzung verstößt in diesem Fall auch nicht das Rechtsstaatsgebot des Art. 20 GG.

Grundsätzlich sind belastende Gesetze, die nachträglich ändernd in bereits abgewickelte, der Vergangenheit angehörende Tatbestände eingreifen (sog. echte Rückwirkung, vgl BVerfGE 13, 139, 145 f) allerdings wegen des Verstoßes gegen die Prinzipien der Rechtssicherheit und des Vertrauensschutzes verfassungsrechtlich unzulässig. Von dem Verbot der Rückwirkung hat das BVerfG allerdings Ausnahmen gemacht. So ist ein gesetzlicher Eingriff mit echter Rückwirkung u.A. dann zulässig, wenn das Vertrauen auf eine bestimmte Rechtslage nicht schutzwürdig ist (BVerfGE 95, 64, 86 f). Das Verbot der echten Rückwirkung greift nur ein, wenn die gesetzliche Regelung geeignet war, Vertrauen auf ihren Fortbestand in vergangenen Zeiträumen zu wecken (BVerfGE 126, 369, 393). Daran fehlt es, wenn einer rückwirkenden Neuregelung in der Vergangenheit gleichartige Regelungsversuche vorangegangen waren. Eine Grundlage für Vertrauensschutz ist nicht gegeben, wenn der Bürger aufgrund einer früheren Regelung, die sich im Nachhinein als ungültig erweist, mit seiner Belastung rechnen musste. Dementsprechend kann nach der Rechtsprechung der Verwaltungsgerichte eine ungültige Satzung auch rückwirkend durch eine gültige Satzung ersetzt werden (vgl. BVerwG Buchholz 406.11 § 132 BBauG Nr 27; BVerwG DVBl 1989, 678). Die angeordnete Rückwirkung einer Beitragssatzung scheitere dann nicht an den durch das Rechtsstaatsprinzip (Art. 20 und 28 GG) der Rückwirkung gesetzten Zulässigkeitsgrenzen, wenn die neue Satzung dazu diene, eine nichtige Satzung oder einzelne nichtige Satzungsbestimmungen zu ersetzen. Selbst wenn die neue Satzung zu einer höheren Beitragspflicht führt, könne dies unter dem Blickwinkel des bundesverfassungsrechtlichen Rechtsstaatsprinzips unbedenklich sein. Diese Rechtsprechung hat das BVerfG gebilligt (BVerfG, Kammerbeschluss vom 03.09.2009 - 1 BvR 2384/08, juris Rdnr. 22 f) und gleichermaßen die Heranziehung zu einer Umlage, die zunächst in einer später wegen ihrer Vereinbarkeit mit der gesetzlichen Ermächtigung in Frage gestellten Verordnung geregelt war, aufgrund eines rückwirkend in Kraft getretenen Gesetzes für unbedenklich gehalten, weil nur eine formell in Frage gestellte Norm durch eine unbedenkliche Norm gleichen Inhalts ersetzt worden sei und der Betroffene mit der nachträglichen Bestätigung der Belastung habe rechnen müssen (BVerfGK 10, 346, 352).

Nach diesen Grundsätzen ist hier die rückwirkende Geltung der Beitragsverfahrensgrundsätze unbedenklich. Nach der Neuregelung des § 240 SGB V und den auf dieser Ermächtigung erlassenen Beitragsverfahrensgrundsätzen mussten alle freiwillig Versicherten mit einer Beitragsbemessung auf der Grundlage ihrer gesamten wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit rechnen. Sie konnten insbesondere nicht darauf vertrauen, dass die vom Vorstand erlassenen Regelungen ungültig seien und für sie daher nur eine Beitragsbemessung nach dem Mindestbeitrag erfolgen werde. Vielmehr mussten sie davon ausgehen, dass sie entsprechend diesen Bestimmungen Beiträge zu entrichten hatten.

Etwas anderes ergibt sich auch nicht aus der Entscheidung des BSG vom 26.02.1992 (BSGE 70, 149). Dort wird allerdings die Genehmigungsfähigkeit der Satzung einer Krankenkasse, mit der rückwirkend ab dem 01.01.1989 die Beiträge erhöht werden sollten, mit der Begründung abgelehnt, es liege ein Verstoß gegen das Rückwirkungsverbot vor, obwohl die entsprechende Erhöhung bereits im Januar 1989 vom Vorstand der Krankenkasse beschlossen worden war. Weil dieser nicht das allein für Satzungsänderungen zuständige Organ sei, brauche der Versicherte noch nicht mit einer Erhöhung zu rechnen. Der Beschluss des Vorstandes sei lediglich ein Anhaltspunkt dafür gewesen, dass es zu einer entsprechenden Satzungsänderung kommen werde, lasse aber den Vertrauensschutz des Versicherten nicht grundsätzlich entfallen. Nur wenn das zuständige Organ - also der Satzungsgeber selbst - über die Beitragserhebung einen - wenn auch zunächst unwirksamen - Beschluss gefasst habe, könne die Rechtsprechung des BVerwG angewandt werden des (BSG a.a.O. S. 152 f). Zwar hat auch im vorliegenden Fall der Vorstand als unzuständiges Organ über die Grundsätze zur Beitragserhebung beschlossen. Der hier vorliegende Fall ist aber dennoch mit dem vom BSG entschiedenen nicht vergleichbar, weil dort allen Beteiligten klar war, dass der Beschluss des Vorstandes allein zur Beitragserhebung nicht ausreichen würde, sondern hierzu die im Gesetz geforderte Satzung erforderlich war. Offenkundig hatte das unzuständige Organ entschieden, so dass damit das Vertrauen auf den Fortbestand des bisherigen Rechts weiter schutzwürdig war. Hier dagegen war die Wirksamkeit der Beitragsverfahrensgrundsätze trotz Erlass durch den Vorstand des Spitzenverbandes zunächst nicht angezweifelt worden ist, so dass Vertrauensschutz nicht entstehen konnte.

Im Übrigen ist zu berücksichtigen, dass bei Unwirksamkeit der Beitragsverfahrensgrundsätze eine Lücke entstehen würde, weil die alten Satzungen der Krankenkassen mangels gesetzlicher Ermächtigungsgrundlage nicht mehr zugrunde gelegt werden können und damit keine ausreichenden konkreten Regelungen zur Beitragsfestsetzung freiwilliger Versicherter mehr bestünden. Von den freiwillig Versicherten könnten dann, soweit sie nicht hauptberuflich selbständig sind, seit dem 01.01.2009 nur Beiträge nach der Mindestbemessungsgrundlage (§ 240 Abs. 4 Satz 1 SGB V) erhoben werden. Nach der Rechtsprechung des BVerfG kommt die übergangsweise Anwendung einer als verfassungswidrig erkannten Regelung in Betracht, wenn der Zustand bei Nichtanwendung der Norm für eine Übergangszeit von der gesetzes- und verfassungsmäßigen Ordnung noch weiter entfernt ist als ein Zustand, bei dem den Normunterworfenen die Anwendung der rechtswidrigen Norm für eine begrenzte Zeit zugemutet wird (BVerfGE 61, 319, 356). Dies gilt vor allem bei hauswirtschaftlich bedeutsamen

Normen im Interesse verlässlicher Finanz-und Haushaltsplanung (BVerfGE 111, 191, 224 f; vgl. auch BSG, Urteil vom 17.05.2011 - B 2 U 18/10 R, juris Rdnr. 58). Kann unter diesem Gesichtspunkt schon die zumindest übergangsweise Anwendung auch unwirksamer Beitragsverfahrensgrundsätze in Betracht gezogen werden, muss erst recht die rückwirkende Anwendung nunmehr wirksam erlassener Regelungen zugelassen werden.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

Weil die Frage der Wirksamkeit der Beitragsverfahrensgrundsätze grundsätzliche Bedeutung hat (§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG), hat der Senat die Revision zugelassen.
Rechtskraft
Aus
Login
NRW
Saved
2015-01-14