S 14 KR 219/20

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
SG Aachen (NRW)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
14
1. Instanz
SG Aachen (NRW)
Aktenzeichen
S 14 KR 219/20
Datum
15.12.2020
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Der Beitragsbescheid vom 17.02.2020 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 16.06.2020 wird insoweit aufgehoben, wie mit ihm Beiträge nach Einnahmen festgesetzt werden, die über die Mindestbeitragsbemessungsgrundlage hinausgehen. Die Beklagten tragen die außergerichtlichen Kosten des Klägers dem Grunde nach.

Tatbestand:

Streitgegenstand ist die Höhe der Leistungen zur freiwilligen gesetzlichen Krankenversicherung des Klägers seit März 2020. Im Kern geht es um die Frage der Rechtmäßigkeit des § 7 Abs. 6 der Einheitlichen Grundsätze zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und weiterer Mitgliedergruppen sowie zur Zahlung und Fälligkeit der von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge (Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler) in der seit Januar 2019 gültigen Fassung.

Der Kläger nahm erstmals im Jahr 1962 eine Erwerbstätigkeit auf. Von 1962-1984 war er als Mitglied der AOK gesetzlich kranken– und pflegeversichert. Von 1984 -1994 war er privat versichert, ab dem Jahr 1994 bei den Beklagten gesetzlich kranken– und pflegeversichert. Bis zum 30.04.2010 führten die Beklagten für den Kläger eine Familienversicherung durch. Ab dem 01.05.2010 erhielt der Kläger eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung. Seither führt die Beklagte zu 1 für ihn eine freiwillige gesetzliche Krankenversicherung, die Beklagte zu 2 eine freiwillige gesetzliche Pflegeversicherung durch.

Bis zum 31.10.2019 bemaßen die Beklagten die Beiträge des Klägers aufgrund der Höhe dessen Rente nach der Mindestbeitragsbemessungsgrenze (insgesamt monatlich 194 EUR).

Seit Januar 2020 (Bescheid vom 07.01.2020 für die Zeit ab Oktober 2019) bewilligt das Sozialamt der Stadt Heinsberg dem Kläger unter Berücksichtigung eines den eigenen Bedarf übersteigenden Einkommens der Ehefrau des Klägers wegen einer Rente aufgrund teilweiser Erwerbsminderung Leistungen der Grundsicherung im Alter nach dem Vierten Kapitel des Sozialgesetzbuches Zwölftes Buch - Sozialhilfe (SGB XII).

Der Grundsicherungsträger berücksichtigt die ihm seitens der Beklagten mitgeteilten Beiträge des Klägers als freiwillig Versicherter Sozialhilfeempfänger im Rahmen der Leistungsbewilligungen über eine Absetzung von dessen Einkommen.

Der Kläger bezog bis einschließlich Juni 2020 Rentenleistungen (einschließlich eines Zuschusses zur freiwilligen Krankenversicherung i. H. v. 40,43 EUR bzw. 41,83 EUR) i.H.v. 542,67 EUR und ab Juli 2020 i.H.v. 561,40 EUR. Grundsicherungsleistungen erhielt er in wechselnder Höhe monatlich zwischen 43,40 EUR und 202,85 EUR. Für die Pflege seiner Frau erhält er dieser gewährtes Pflegegeld in Höhe von monatlich 728 EUR weitergereicht.

In der Folge der Leistungsbewilligung nach dem SGB XII setzten die Beklagten gegen den Kläger höhere Beiträge fest. Dies beruhte auf § 7 Abs. 6 der Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler des Spitzenverbandes der Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV). Mit dieser Regelung ist für die Gruppe der freiwillig gesetzlich Versicherten Empfänger von Leistungen nach dem Dritten oder Vierten Kapitel des SGB XII eine pauschalierende Beitragsbemessung vorgesehen. Auf die pauschalierten Einnahmen wird der ermäßigte Beitragssatz zur GKV zzgl. des Zusatzbeitrages erhoben.

Mit Bescheid vom 17.02.2020 setzten die Beklagten die Beiträge für die Zeit ab März 2020 auf insgesamt 213,96 EUR (178,78 EUR für die Krankenversicherung, 35,18 EUR für die Pflegeversicherung) aus einem "Einkommen für Sozialhilfeempfänger" i.H.v. 1.153,44 EUR fest. Eine

Begründung enthielt der Bescheid nicht.

Hiergegen legte der Kläger am 10.03.2020 Widerspruch ein. Er sehe nicht ein, ohne Grund eine Beitragserhöhung hinzunehmen. Er werde nicht mehr als 195,35 EUR überweisen. Die Beitragsberechnung erschließe sich nicht.

Unter dem 23.03.2020 und 13.05.2020 erläuterten die Beklagten die Beitragsberechnung, bevor sie mit Widerspruchsbescheid vom 16.06.2020 den Widerspruch unter Zugrundelegung des § 7 Abs. 6 der Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler als unbegründet zurückwiesen.

Hiergegen hat der Kläger am 26.06.2020 Klage erhoben.

Er hält die Beitragserhöhungen der Beklagten seit dem Bezug von Grundsicherungsleistungen für unberechtigt. Das Pflegegeld gelte nicht als Einkommen.

Der Kläger beantragt, den Bescheid vom 17.02.2020 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 16.06.2020 insoweit aufzuheben, wie mit ihm Beiträge auf Grundlage eines über die Mindestbeitragsbemessungsgrundlage hinausgehenden Betrages festgesetzt werden.

Die Vertreterin der Beklagten beantragt, die Klage abzuweisen.

Sie sieht den Spitzenverband durch § 240 Abs. 1 S. 1 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch - Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) zur Regelung des § 7 Abs. 6 der Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler berechtigt. Das Bundessozialgericht (BSG) habe entsprechende pauschalierende Regelungen gebilligt.

Die Kammer hat zwei Stellungnahmen des GKV Spitzenverbandes eingeholt. Bezüglich deren Inhaltes und des weiteren Sach– und Streitstandes wird auf die Gerichtsakte, die Akte der Beklagten und die beigezogene Akte des SGB XII-Leistungsträgers verwiesen.

Entscheidungsgründe:

A. I. Die Klage hat sich von vornherein nicht nur gegen die zu 1) beklagte Krankenkasse, sondern auch gegen die zu 2) beklagte Pflegekasse (vergleiche § 46 Abs. 1, Abs. 2 Sozialgesetzbuch Elftes Buch – Soziale Pflegeversicherung [SGB XI]) gerichtet, weshalb eine Berichtigung des Rubrums auf Beklagtenseite von Amts wegen vorzunehmen war und keiner Klageänderung im Sinne des § 99 Sozialgerichtsgesetz (SGG) bedurfte (vgl. Landessozialgericht Baden-Württemberg, Urteil vom 28. Juni 2019 – L 4 KR 1556/18 –, Rn. 28, juris m.w.N.). Denn es unterlag keinen Zweifeln, dass der Kläger sich gegen den angefochtenen Beitragsbescheid auch insoweit wenden wollte, wie mit diesem Beiträge zur Pflegeversicherung festgesetzt werden.

II. Gegenstand der Klage ist die Höhe der Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung für den Zeitraum ab dem 01.03.2020. Denn der angefochtene Bescheid vom 17.02.2020 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 16.06.2020 regelt die Höhe der einkommensabhängigen Beiträge mit Wirkung (erst) ab diesem Zeitpunkt zukunftsoffen.

Inhaltlich angefochten ist der Bescheid im Umfang der Festsetzung einer den gesetzlichen Mindestbeitrag nach § 240 Abs. 4 Satz 1 SGB V übersteigenden Beitragshöhe.

B. Die Zuständigkeit der Kammer für die Klage gegen die Betragsfestsetzungen sowohl der Beklagten zu 1) als auch der Beklagten zu 2) folgt aus dem Geschäftsverteilungsplan der Sozialgerichts Aachen durch Beschluss des Präsidiums vom 17.12.2019, nach dessen Teil I Ziff. 2. Abs. 3 die für die Beitragsstreitigkeit der Krankenversicherung zuständige Kammer auch für eine mit demselben Eingang anhängig gemachte Beitragsstreitigkeit der Pflegeversicherung zuständig ist, solange keine Trennung der Verfahren erfolgt.

C. Eine Beiladung des Sozialhilfeträgers war nicht notwendig. Gemäß § 75 Abs. 2 S. 1 Alt. 1 SGG ist ein Dritter beizuladen, wenn er an einem Rechtsverhältnis derart beteiligt ist, dass die Entscheidung auch ihm gegenüber nur einheitlich ergehen kann.

I. Zwar steht die Beitragshöhe zur gesetzlichen Kranken– und Pflegeversicherung freiwillig versicherter Sozialhilfeempfänger in Wechselwirkung zu den Leistungsansprüchen nach dem SGB XII. Zu den beitragspflichtigen Einnahmen freiwillig Versicherter leistungsberechtigter nach dem SGB XII außerhalb von Einrichtungen zählen insbesondere die Grundsicherungsleistungen nach § 42 SGB XII. Dazu zählen neben dem maßgebenden Regelsatz, gewährte Leistungen für Kosten der Unterkunft und Heizung, Mehrbedarfe und einmalige Bedarfe sowie die vom Sozialhilfeträger übernommenen Kosten für (fiktive) Beiträge zur Kranken– und Pflegeversicherung entsprechend § 32 SGB XII (BSG, Urteil vom 19. August 2015 – B 12 KR 8/14 R –, BSGE 119, 258-265, SozR 4-2500 § 240 Nr 27, Rn. 17; BSG, Urteil vom 21. Dezember 2011 – B 12 KR 22/09 R –, BSGE 110, 62-75, SozR 4-2500 § 240 Nr 16, Rn. 25; BSG, Urteil vom 22. September 1988 – 12 RK 12/86 –, BSGE 64, 100-109, SozR 2200 § 180 Nr 44, Rn. 31; Landessozialgericht Berlin-Brandenburg, Urteil vom 19. Oktober 2017 – L 1 KR 391/15 –, Rn. 29 f., juris). Angemessene Beiträge für eine Kranken– und Pflegeversicherung sind hiernach als Bedarf anzuerkennen, soweit Leistungsberechtigte diese nicht aus eigenem Einkommen tragen können. Leistungsberechtigte können die Beiträge soweit aus eigenem Einkommen tragen, wie diese im Wege der Einkommensbereinigung nach § 82 Abs. 2 S. 1 Nr. 2 und 3 SGB XII abzusetzen sind. Nach § 32 Abs. 2 Nr. 4 SGB XII gilt bei Personen, die in der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 9 Abs. 1 Nr. 2-7 SGB V freiwillig versichert sind der monatliche Beitrag als angemessen. Werden die Beiträge zur Kranken– und Pflegeversicherung vom Träger der Sozialhilfe übernommen, sind diese wiederum als beitragspflichtige Einnahmen im Sinne des § 240 i.V.m. den Beitragsverfahrensgrundsätzen Selbstzahler zu berücksichtigen (hierzu: Gerlach in: Hauck/Noftz, SGB, 04/18, § 240 SGB V, Rn. 87f. m.w.N.).

II. Eine echte notwendige Beiladung begründet dies indes nicht. Die Notwendigkeit einer einheitlichen Entscheidung ist lediglich dann erfüllt, wenn die von dem Kläger begehrte Sachentscheidung des Gerichtes nicht wirksam getroffen werden kann, ohne dass dadurch unmittelbar und zwangsläufig Rechte des Beizuladenden betroffen, d. h. gestaltet, bestätigt oder festgestellt, verändert oder aufgehoben werden (BSG, Urteil vom 24. März 2016 – B 12 KR 6/14 R –, SozR 4-2500 § 5 Nr 27, Rn. 24; BSG, Urteil vom 26. Mai 2011 – B 14 AS 54/10 R –, BSGE 108, 229-235, SozR 4-4200 § 44b Nr 3, Rn. 12). Eine entsprechende subjektive Betroffenheit des Sozialhilfeträgers ist durch eine Entscheidung

über die Beitragshöhe zur Kranken– und Pflegeversicherung nicht gegeben. Denn die Höhe der SGB XII – Leistungen zählt nicht zum Streitgegenstand des Rechtsstreites. Bloße Folgewirkungen aus der Entscheidung über die Beitragspflicht und Höhe reichen nicht aus um eine echte notwendige Beiladung zu begründen (vgl. BSG, Urteil vom 24. März 2016 – B 12 KR 6/14 R –, SozR 4-2500 § 5 Nr 27, Rn. 20; BSG, Urteil vom 23. November 1992 – 12 RK 29/92 –, BSGE 71, 237-243, SozR 3-2500 § 240 Nr 12, Rn. 17).

D. I. Die Klage ist als Anfechtungsklage gemäß § 54 Abs. 1 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) zulässig.

Die Teilanfechtung des die Beitragshöhe feststellenden Verwaltungsaktes ist zur Erreichung dieses Klagziels ausreichend. Es bedarf für den seit März vergangenen Zeitraum und hinsichtlich etwaig überzahlter Beiträge im Hinblick auf deren Rückerstattung keiner Kombination mit einer Leistungsklage (§ 54 Abs. 4 SGG). Denn im Falle des Obsiegens der Anfechtungsklage ergibt sich die Verpflichtung der Beklagten zur Beitragserstattung nach § 26 Abs. 2 Satz 1 des Sozialgesetzbuchs Viertes Buch - Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung (SGB IV) - direkt aus dem Gesetz, ohne dass der Anspruch wegen zwischenzeitlich evtl. erbrachter Leistungen verfällt (BSG, Urteil vom 25. April 1991 – 12 RK 40/90 –, BSGE 68, 264-268, SozR 3-2400 § 26 Nr 3, SozR 3-1300 § 44 Nr 2, Rn. 17ff.); für eine Leistungsklage bestünde deshalb derzeit kein Rechtsschutzbedürfnis.

II. Die Klage ist begründet. Der Bescheid vom 17.02.2020 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 16.06.2020 ist insoweit rechtswidrig, als die Beklagten die Beiträge überhalb der Mindestbeiträge festgesetzt haben.

1. Nach § 220 Abs. 1 S. 1 SGB V und § 54 Abs. 1 SGB XI werden die Mittel der Kranken- und Pflegeversicherung unter anderem durch Beiträge aufgebracht. Die Beiträge werden nach § 223 Abs. 2 S. 1 SGB V und § 54 Abs. 2 S. 1 SGB XI nach den beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder bemessen. Die Beitragserhebung freiwillig gesetzlich Versicherter richtet sich nach § 240 SGB V.

Der Kläger ist gem. § 9 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 SGB V, § 20 Abs. 3 SGB XI freiwillig gesetzlich bei den Beklagten versichert. Er ist insbesondere nicht in der Kranken- und Pflegeversicherung der Rentner gemäß § 5 Nr. 11 SGB V, § 20 Abs. 1 S. 2 Nr. 11 SGB XI pflichtversichert. Denn Voraussetzung hierfür ist, dass der Rentenberechtigte seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Stellung des Rentenantrages mindestens 9/10 der zweiten Hälfte des Zeitraumes Mitglied oder nach § 10 SGB V (Familienversicherung) versichert war (§ 5 Abs. 1 Nr. 11 HS 2 SGB V, vgl. auch § 240 Abs. 4 S. 3 SGB V). Diese Voraussetzung erfüllt der Kläger nicht. Er war erstmalig im Jahr 1962 erwerbstätig. Von dieser Zeit bis 1984 war er gesetzlich kranken– und pflegeversichert, von 1984-1994 war er privat versichert, ab 1994 bis zum 30.04.2010 bei den Beklagten aufgrund einer Familienversicherung gesetzlich krankenversichert. Der Rentenbeginn erfolgte zum Mai 2010.

2. Gemäß § 240 Abs. 1 Satz 1 SGB V (der gemäß § 57 Abs. 4 S. 1 SGB XI entsprechend in der Pflegeversicherung anzuwenden ist) wird die Beitragsbemessung für freiwillige Mitglieder einheitlich durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen geregelt, wobei zum einen sicherzustellen ist, dass die Beitragsbelastung die gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des freiwilligen Mitglieds berücksichtigt (§ 240 Abs. 1 S. 2 Hbs. 1 SGB V), zum anderen, dass mindestens die Einnahmen des freiwilligen Mitglieds berücksichtigt werden, die bei einem vergleichbaren versicherungspflichtig Beschäftigten der Beitragsbemessung zugrunde zu legen sind (§ 240 Abs. 2 S. 1 SGB V). Nicht zu berücksichtigen ist das an eine Pflegeperson weitergereichte Pflegegeld bis zur Höhe des Pflegegeldes nach § 37 Abs. 1 SGB XI (§ 240 Abs. 2 S. 4 SGB V). Als beitragspflichtige Einnahme gilt für den Kalendertag mindestens der neunzigste Teil der monatlichen Bezugsgröße (§ 240 Abs. 4 S. 1 SGB V).

a) Hinweise darauf, was unter der gesamten wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit zu verstehen ist, finden sich in den Gesetzesmaterialien zu § 240 SGB V. Der Beitragsbemessung und somit der gesamten wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit sind demnach ohne Rücksicht auf ihre steuerliche Behandlung alle Einnahmen zuzurechnen, die das Mitglied zum Lebensunterhalt verbraucht oder verbrauchen könnte (BT-Drucks. 11/2237, 225 zu § 249 Abs. 1). Hierunter fallen nach der Rechtsprechung "alle nicht für andere Zwecke gebundenen persönlichen, geldlichen oder geldwerten Zuflüsse an den freiwillig Versicherten ohne Rücksicht auf ihre steuer- oder sozialversicherungsrechtliche Behandlung" (BSG, Beschluss vom 24. Juni 1985 – GS 1/84 –, BSGE 58, 183-205, SozR 2200 § 180 Nr 27, SozR 1500 § 42 Nr 10, Rn. 45; Tiede/Bogedain/Zingel, SGb 2016, 551, 554; vgl. Ulmer, NZS 2016, 449).

b) aa) Die vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) auf Grundlage des § 240 Abs. 1 S. 1 SGB V erlassenen einheitlichen Grundsätze zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und weiterer Mitgliedergruppen sowie zur Zahlung und Fälligkeit der von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge (Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler) vom 27.10.2008, zuletzt geändert am 18.03.2020, gehen von diesen im Gesetz geregelten (§ 2 Abs. 1 S. 1, 2 Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler) und von der Rechtsprechung ausgefüllten (vgl. § 3 Abs. 1 Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler) Begriffen aus. Nach § 2 Abs. 1 Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler werden die Beiträge nach den beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds bemessen. Als beitragspflichtige Einnahmen sind das Arbeitsentgelt, das Arbeitseinkommen, der Zahlbetrag der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung, der Zahlbetrag der Versorgungsbezüge sowie alle Einnahmen und Geldmittel, die für den Lebensunterhalt verbraucht werden oder verbraucht werden können, ohne Rücksicht auf ihre steuerliche Behandlung zugrunde zu legen (§ 3 Abs. 1 S. 1 Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler). Damit wurde die nach der Entstehungsgeschichte authentische inhaltliche Ausfüllung des Begriffs der "gesamten wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit" durch die Heranziehung aller "Einnahmen und Geldmittel, die für den Lebensunterhalt verbraucht werden oder verbrauchen werden können" in den Beitragsverfahrensgrundsätzen Selbstzahler inhaltsgleich übernommen (BSG, Urteil vom 19. August 2015 – B 12 KR 11/14 R –, SozR 4-2500 § 240 Nr 29, Rn. 17).

Die einheitliche Beitragsbemessung für freiwillige Mitglieder durch den GKV-Spitzenverband trat zum Januar 2009 an die Stelle der zuvor geltenden - seinerzeit teilweise abweichend ausgestalteten - Beitragsbemessung durch die jeweiligen Satzungen der einzelnen Krankenkassen (§ 240 Abs. 1 S. 1 SGB V in der bis Ende 2008 gültigen Fassung) (hierzu: BT-Drs 16/3100, S. 31).

Durch die Rechtsprechung des BSG ist geklärt, dass die Regelungen der Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler ab diesem Zeitpunkt grundsätzlich als untergesetzliche Normen eine hinreichende Rechtsgrundlage für die Beitragsfestsetzung gegenüber freiwillig Versicherten der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung bieten (BSG, Urteil vom 19. Dezember 2012 – B 12 KR 20/11 R –, BSGE 113, 1-23, SozR 4-2500 § 240 Nr 17, Rn. 18 ff.; vgl. zu den vorherigen Satzungsregelungen: BSG, Urteil vom 28. September 2011 – B 12 KR 9/10 R –, Rn. 20, juris) und die Ermächtigungsgrundlage in § 240 Abs. 1 S. 1 SGB V auch nicht gegen Verfassungsrecht verstößt (eingehend: BSG, Urteil vom

19. Dezember 2012 – B 12 KR 20/11 R –, BSGE 113, 1-23, SozR 4-2500 § 240 Nr 17, Rn. 21, 23 ff. BSG, Urteil vom 10. Oktober 2017 – B 12 KR 16/16 R –, SozR 4-2500 § 240 Nr 32, Rn. 15 m.w.N.).

bb) Im Rahmen der Achten Änderung der Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler hat der GKV – Spitzenverband die Beitragsbemessung für die Gruppe der freiwillig (oder im Rahmen einer Auffangversicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V) Versicherten Sozialhilfeempfänger in § 7 Abs. 6 zum Januar 2019 (vergleiche Art. 2 der Änderungsregelung vom 28.11.2018) neu geregelt. Der vormalige (Fassung vom 15.11.2017) Abs. 6 wurde zum Abs. 3, der vormalige Abs. 10 zu Abs. 6. Während gemäß § 7 Abs. 10 a. F. zuvor lediglich für in stationären Einrichtungen untergebrachte Sozialhilfeempfänger eine pauschalierende Regelung vorgesehen war, ist diese auch auf außerhalb entsprechender Einrichtungen lebende Empfänger von Sozialhilfe erstreckt worden. Für die Beitragsbemessung von Empfängern von Leistungen nach dem Dritten und Vierten Kapitel des SGB XII gilt dabei als beitragspflichtige Einnahme für den Kalendertag 1/30 des 2,67 – fachen des Regelsatzes gemäß der Regelbedarfsstufe 1 nach der Anlage zu § 28 SGB XII; § 29 Abs. 2-5 SGB XII ist nicht anzuwenden (S. 1). Bei der Fortschreibung der Regelbedarfe sind die durch Verordnung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales nach § 40 SGB XII für den jeweiligen Zeitraum ergänzten Beiträge anzusetzen (S. 2).

Zur Ermittlung der Höhe des künftigen Beitrages wurde eine Modellrechnung durchgeführt. Dieser wurden die Daten des statistischen Bundesamtes über die Höhe des durchschnittlichen Beitrages zur freiwilligen Krankenversicherung zugrunde gelegt. Als geeignete Informationsquelle wurde die entsprechende Sozialhilfestatistik für das letzte Quartal des Kalenderjahres 2017 klassifiziert. Auf dieser Grundlage wurde eine dem durchschnittlichen Beitrag entsprechende Bemessungsgrundlage ermittelt. Um künftig eine jährliche Dynamisierung der Bemessungsgrundlage zu gewährleisten, wurde der errechnete Betrag als das x-fache des Regelsatzes in der Regelbedarfsstufe 1 nach der Anlage zu § 28 SGB XII für dasselbe Kalenderjahr dargestellt. Aus dieser Berechnungsystematik ergaben sich im 4. Quartal des Jahres 2017 durchschnittlich gezahlte Beiträge zur freiwilligen Krankenversicherung in Höhe von rund 153 EUR monatlich, einer durchschnittlichen Bemessungsgrundlage in Höhe von rund 1.093 EUR entsprechend. Dies entsprach in etwa dem 2,67-fachen des Regelsatzes in der Regelbedarfsstufe 1 nach der Anlage zu § 28 SGB XII.

Nach den durch den GKV – Spitzenverband zum Verfahren vorgelegten Gründen für die Erweiterung einer pauschalierenden Regelung bestand das Motiv in einer Verwaltungsvereinfachung. Darüber hinaus sollte mit der Rechtsänderung der zum 01.01.2020 anstehenden Reform der Eingliederungshilfe durch das Bundesteilhabegesetz (BTHG) und der damit einhergehenden Auflösung der Grenzen zwischen ambulanter und stationärer Leistungserbringung bereits im Vorgriff Rechnung getragen werden. Die Vorschrift soll nach der Intention des GKV – Spitzenverbandes - vom Wortlaut gedeckt – auch solche Bezieher von Leistungen der laufenden Hilfe zum Lebensunterhalt oder der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung erfassen, die solche Leistungen aufgrund eines anzurechnenden Einkommens nur anteilig, allerdings zuschuss- nicht darlehensweise (insbesondere § 38 SGB XII) und nicht ausschließlich als einmalige Bedarfe (vergleiche § 31 SGB XII) erhalten.

Entsprechend haben die Beklagten die Regelung des § 7 Abs. 6 der Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler in der seit 2019 geltenden Fassung auch für den Kläger zur Anwendung gebracht.

cc) Die Regelung ist indes wegen eines Verstoßes gegen höherrangiges Recht, § 240 Abs. 1 S. 2 SGB V, nichtig. Entsprechend ist auf die tatsächlichen Einnahmen des Klägers abzustellen, wobei das an ihn von seiner Ehefrau weitergeleitete Pflegegeld für deren Pflege unberücksichtigt bleibt.

Mit der Festsetzung der Beitragsbemessungsgrundlage für Empfänger von Leistungen nach dem SGB XII auf 1/30 des 2,7-fachen des Regelsatzes gemäß Regelbedarfsstufe 1 nach der Anlage zu § 28 SGB XII pro Kalendertag überschreitet der GKV-Spitzenverband die Grenzen seiner Regelungsbefugnis. Zwar überlässt § 240 Abs. 1 S. 1 SGB V ihm die Regelung der Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder. Der hierdurch begründeten Regelungsbefugnis des GKV-Spitzenverbandes setzen § 240 Abs. 1 S. 2, Abs. 2 bis 5 SGB V jedoch Grenzen (zu den Grenzen der Satzungsautonomie nach bis einschließlich 2008 geltendem Recht vgl. z. B. BSG, Urteil vom 19. Dezember 2000 – B 12 KR 1/00 R –, BSGE 87, 228-239, SozR 3-2500 § 240 Nr 34, SozR 3-5910 § 13 Nr 1; BSG, Urteil vom 07. November 1991 – 12 RK 37/90 –, BSGE 70, 13-20, SozR 3-2500 § 240 Nr 6, SozR 3-1300 § 24 Nr 5; BSG, Urteil vom 15. September 1992 – 12 RK 51/91 –, BSGE 71, 137-143, SozR 3-2500 § 240 Nr 9), die insbesondere auch durch die zu § 240 SGB V bisher ergangene höchstrichterliche Rechtsprechung konkretisiert werden (vgl. BSG, Urteil vom 19. Dezember 2012 – B 12 KR 20/11 R –, BSGE 113, 1-23, SozR 4-2500 § 240 Nr 17, Rn. 43; BSG, Urteil vom 10. Oktober 2017 – B 12 KR 16/16 R –, SozR 4-2500 § 240 Nr 32, Rn. 17). Aus den im Verfahren vorgelegten tragenden Gründen zur Achten Änderung der Beitragsverfahrensgrundsätzen Selbstzahler zum Jahr 2019 lässt sich jedoch erkennen, dass sich der GKV-Spitzenverband bei der Änderung des § 7 Abs. 6 mit den Grenzen seiner Regelungskompetenzen nicht auseinandergesetzt hat. Eine Diskussion der Änderung im Hinblick auf die einschlägige Rechtsprechung des BSG ist unterblieben.

(1) Nach den gesetzlichen Vorgaben sind grundsätzlich nur Einnahmen beitragspflichtig, die tatsächlich anfallen. Die Abweichungen von diesem Grundsatz mit der Festlegung fiktiver beitragspflichtiger Einnahmen hat das Gesetz in § 240 Abs. 4 S. 1 SGB V ausdrücklich festgelegt (allgemeine Mindesteinnahmegrenze). Die in den untergesetzlichen Vorschriften des GKV – Spitzenverbandes zu regelnde Beitragsbemessung nach der gesamten wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit des Mitgliedes (§ 240 Abs. 1 S. 2 SGB V) gestattet dagegen keine fiktiven, tatsächlich nicht erzielten Einnahmen (BSG, Urteil vom 19. Dezember 2000 – B 12 KR 20/00 R –, SozR 3-2500 § 240 Nr 35, SozR 3-5910 § 13 Nr 2, Rn. 17; BSG, Urteil vom 15. September 1992 – 12 RK 51/91 –, BSGE 71, 137-143, SozR 3-2500 § 240 Nr 9, Rn. 14).

Der Beklagten bzw. dem GKV-Spitzenverband ist zwar zuzugeben, dass der für das Beitragsrecht allein zuständige Zwölfte Senat des BSG eine konkretisierende Satzungsregelung für die Berücksichtigung von Einnahmen stets für erforderlich gehalten hat, wenn die Feststellung der beitragspflichtigen Einnahmen auf erhebliche Schwierigkeiten stößt oder hierfür verschiedene Berechnungsweisen zur Verfügung stehen und sich dem Gesetz keine eindeutigen Bewertungsmaßstäbe entnehmen lassen (BSG, Urteil vom 19. Dezember 2012 – B 12 KR 20/11 R –, BSGE 113, 1-23, SozR 4-2500 § 240 Nr 17, Rn. 52). Dem GKV-Spitzenverband ist - wie früher den einzelnen Krankenkassen – insoweit gestattet und aufgetragen, die Einzelheiten der Beitragsbemessung für die freiwilligen Mitglieder - ausgerichtet an der gesamten wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit des jeweiligen Mitglieds - in der Regelung nach § 240 Abs. 1 S. 1 SGB V so konkret zu bestimmen, dass für typische Sachverhalte eine einheitliche Bewertung sichergestellt ist (BSG, Urteil vom 19. Dezember 2000 – B 12 KR 1/00 R –, BSGE 87, 228-239, SozR 3-2500 § 240 Nr 34, SozR 3-5910 § 13 Nr 1, Rn. 21). So sind etwa Bestimmungen darüber möglich und aufgetragen, welche Einnahmearten zu berücksichtigen sind (vgl. BSG, Urteil vom 29. Juni 1993 – 12 RK 92/92 –, SozR 3-2500 § 240 Nr 15, SozR 3-1100 Art 3 Nr

70, SozR 3-1100 Art 6 Nr. 16), dass einmalige Einnahmen mit einem Zwölftel des zu erwartenden Jahresbetrages monatlich anzusetzen- (vgl. BSG, Urteil vom 11. September 1995 – 12 RK 11/95 –, BSGE 76, 242-250, SozR 3-2500 § 240 Nr 22, Rn. 26) und wie steuerliche Vergünstigungen zu behandeln sind (vgl. BSG, Urteil vom 15. September 1992 – 12 RK 51/91 –, BSGE 71, 137-143, SozR 3-2500 § 240 Nr 9, Rn. 14).

(2) Das BSG hatte unter Geltung des Bundessozialhilfegesetzes (BSHG) und des § 240 SGB V in der bis zum 31.12.2008 geltenden Fassung sowie dessen Vorgängernormen für eine über die Mindestbeitragsbemessungsgrundlage hinausgehende Berücksichtigung der Einnahmen freiwillig versicherter, in Heimen lebender Sozialhilfeempfänger stets eine spezielle Satzungsregelung für erforderlich gehalten (vgl. z. B. BSG, Urteil vom 15. Dezember 1983 – 12 RK 70/80 –, BSGE 56, 101-106, SozR 2200 § 180 Nr 15). Dem lag zugrunde, dass der der Zwölfte Senat in ständiger Rechtsprechung nur solche Einnahmen als für die Beitragsbemessung maßgeblich angesehen hat, die dem Versicherten bei einer anzulegenden wirtschaftlichen Betrachtungsweise zur Bestreitung seines Lebensunterhalts zur Verfügung stehen. Demgegenüber sind Leistungen von der Beitragsbemessung in der freiwilligen Krankenversicherung ausgenommen, die im Hinblick auf ihre besondere Zweckbestimmung den "Einnahmen" des Versicherten zum Lebensunterhalt im dargestellten Sinne nicht zugeordnet werden können (vgl. BSG, Urteil vom 21. Dezember 2011 – B 12 KR 22/09 R –, BSGE 110, 62-75, SozR 4-2500 § 240 Nr 16, Rn. 25). Die Abgrenzung von Leistungen, die dem allgemeinen Lebensunterhalt dienen und somit die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des Versicherten erhöhen (im Rahmen der Sozialhilfe die Hilfe zum Lebensunterhalt), gegenüber Leistungen, die zur Bewältigung bestimmter Lebenssituationen gewährt werden und uneingeschränkt für den angestrebten Zweck zur Verfügung stehen müssen (u.a Hilfe in besonderen Lebenslagen), unterlag während der Geltung des BSHG besonderen Schwierigkeiten, da die bei Heimunterbringung gewährten Sachleistungen teilweise als Hilfen zum Lebensunterhalt (§§ 11 ff. BSHG), teilweise als Hilfe in besonderen Lebenslagen (§§ 27 ff. BSHG) zu werten waren (BSG, Urteil vom 23. November 1992 – 12 RK 29/92 –, BSGE 71, 237-243, SozR 3-2500 § 240 Nr 12, Rn. 26). Weil die Aufteilung der Sachleistungen in solche, die den allgemeinen Lebensunterhalt betrafen und solche, die zweckgebunden der Bewältigung besonderer Lebenslagen dienten, mit erheblichen verwaltungsmäßigen Schwierigkeiten verbunden oder für einzelne Leistungen sogar unmöglich war, hat es der Senat für zulässig gehalten, die beitragspflichtigen Einnahmen freiwillig versicherter, in Heimen lebender Sozialhilfeempfänger typisierend und pauschalierend festzustellen und dabei ein Mehrfaches des Regelsatzes zur Grundlage der Beitragsbemessung zu machen (vgl. BSG, Urteil vom 15. Dezember 1983 – 12 RK 70/80 –, BSGE 56, 101-106, SozR 2200 § 180 Nr 15, Rn. 23 f.; BSG, Urteil vom 23. November 1992 – 12 RK 29/92 –, BSGE 71, 237-243, SozR 3-2500 § 240 Nr 12, Rn. 28). Gleichzeitig hat das BSG in seiner Rechtsprechung aber betont, dass die Krankenkassen auch hierbei die in § 240 SGB V bestimmten Grenzen der (damaligen) Satzungsautonomie zu beachten haben (BSG, Urteil vom 19. Dezember 2000 – B 12 KR 20/00 R –, SozR 3-2500 § 240 Nr 35, SozR 3-5910 § 13 Nr 2, Rn. 16 ff.) und verpflichtet sind, den wirklichen Werten der zum allgemeinen Lebensunterhalt, nicht mit einer darüber hinausgehenden, besonderen Zwecksetzung gewährten Sachleistungen möglichst nahezukommen (BSG, Urteil vom 15. Dezember 1983 – 12 RK 70/80 –, BSGE 56, 101-106, SozR 2200 § 180 Nr 15, Rn. 28).

Ob unter Geltung des SGB XII noch eine pauschalierende Regelung zur Bestimmung der Beitragsbemessungsgrundlage für freiwillig krankenversicherte Sozialhilfeempfänger in Einrichtungen zulässig ist, hat der Zwölfte Senat bislang ausdrücklich offengelassen (BSG, Urteil vom 19. Dezember 2012 – B 12 KR 20/11 R –, BSGE 113, 1-23, SozR 4-2500 § 240 Nr 17, Rn. 52), da § 7 Abs. 10 der Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler in der Fassung vom 17.12.2008 aus anderen Gründen nichtig war.

Das BSG hat mögliche Argumente für beide Richtungen im Dezember 2012 entsprechend lediglich vorgestellt. Erhebliche Schwierigkeiten, wie sie unter Geltung des BSHG hinsichtlich der Ermittlung der beitragspflichtigen Einnahmen von stationär untergebrachten Sozialhilfeempfängern bestanden hätten, seien mit dem Übergang vom BSHG zum SGB XII durch die Einführung des § 35 Abs. 1 S. 2 SGB XII – seit 01.01.2011 § 27b Abs. 1 S. 2 SGB XII – behoben worden. Daher erscheine es nunmehr möglich, die Beitragsbemessungsgrundlage auch bei in stationären Einrichtungen lebenden Sozialhilfeempfängern in jedem Einzelfall konkret zu ermitteln (vgl. Busse in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB XII, 3. Aufl., § 27b SGB XII (Stand: 04.11.2020), Rn. 5). Eine pauschale Regelung wäre somit nicht mehr notwendig (BSG, Urteil vom 19. Dezember 2012 – B 12 KR 20/11 R –, BSGE 113, 1-23, SozR 4-2500 § 240 Nr 17, Rn. 52). Entsprechend hatte der Senat im Dezember 2011 ausgeführt, das Regelungssystem des SGB XII biete eine hinreichende Handhabe dafür, auch im Rahmen des § 240 Abs. 1 SGB V praktikabel zwischen beitragspflichtigen Leistungen sowie nicht beitragspflichtigen (pflegebezogenen) Zuwendungen zu differenzieren. Eine sich einer Differenzierung gänzlich entziehenden Sachlage, in der eine Leistung zur Deckung des allgemeinen Lebensbedarfs mit Blick auf ein spezifisches ganzheitliches Förderkonzept "integraler Bestandteil" einer anderen Leistungsart des SGB XII sei, sei nicht gegebenen (BSG, Urteil vom 21. Dezember 2011 – B 12 KR 22/09 R –, BSGE 110, 62-75, SozR 4-2500 § 240 Nr 16, Rn. 30 ff.).

Im o. a. Urteil aus dem Dezember 2015 wird allerdings angeschlossen, es sei einzuräumen, dass das in der Fassung des § 240 Abs. 1 S. 1 SGB V seit 2009 auch zum Ausdruck kommende Ziel einer bundesweit einheitlichen Regelung auch weiterhin für eine pauschale Regelung spreche, die die Krankenkassen davon entlaste, die nach § 27b Abs. 1 S. 2 Nr. 3 i.V.m. § 42 Nr. 4 HS 2 SGB XII bei Leistungen in einer stationären Einrichtung als Kosten für Unterkunft und Heizung zugrunde zu legenden Beträge in Höhe der durchschnittlichen angemessenen tatsächlichen Aufwendungen für die Warmmiete eines Einpersonenhaushaltes im Zuständigkeitsbereich des jeweiligen Sozialhilfeträgers zu ermitteln. Darüber hinaus bestehe nach § 29 Abs. 2 und Abs. 3 SGB XII die Möglichkeit, dass einzelne Länder oder Träger der Sozialhilfe von den bundesweit ermittelten Werten abweichende, auf Ihr Land oder eine Region bezogenene Regelsätze festsetzen. Um eine bundesweit einheitliche Beitragshöhe sicherzustellen, sei eine pauschalierende Regelung weiterhin denkbar, zumal hierdurch eine individuelle Einkommensfeststellung entbehrlich würde (BSG, Urteil vom 19. Dezember 2012 – B 12 KR 20/11 R –, BSGE 113, 1-23, SozR 4-2500 § 240 Nr 17, Rn. 53).

(3) Soweit sich die Beklagte mit der Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 13.10.2020 im rechtlichen Ausgangspunkt zentral durch die Vorstellung letztgenannter Argumente – auch für den Bereich außerhalb von Einrichtungen lebender Sozialhilfeempfänger – zur Neuregelung des § 7 Abs. 6 Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler berechtigt sieht, überzeugt dies nicht. Von den durch den Zwölften Senat vorgestellten Argumenten für die Zulässigkeit einer weiterhin pauschalierenden Regelung für in Einrichtungen lebende Sozialhilfeempfänger nach Regelung der Sozialhilfe im SGB XII ließen sich schon im Ansatz allenfalls das erste (Ziel einer bundesweit einheitlichen Regelung) und dritte (§ 29 Abs. Abs. 1 S. 2, Abs. 2,3 SGB XII) auf Sozialhilfeempfänger außerhalb von Einrichtungen übertragen. Eine Ermittlung der als Kosten der Unterkunft und Heizung in Höhe der durchschnittlichen angemessenen tatsächlichen Aufwendungen für die Warmmiete eines Einpersonenhaushaltes im Zuständigkeitsbereich des jeweiligen Trägers fällt bei Sozialhilfeempfängern außerhalb von Einrichtungen (§ 42a SGB XII) nicht an. Die ihm gewährten Leistungen zum allgemeinen Lebensunterhalt können unmittelbar aus dem jeweiligen SGB XII – Leistungsbescheid entnommen werden (vgl. zu diesem Aspekt: BSG,

Urteil vom 18. Dezember 2013 – B 12 KR 3/12 R –, SozR 4-2500 § 240 Nr 22, Rn. 27). Dies gilt auch für Regelbedarfsleistungen. Das BSG bemerkt zudem zutreffend, dass das Ziel einer bundesweit "einheitlichen"(§ 240 Abs. S. 1 SGB V) Regelung nach der Gesetzesbegründung im Sinne von "kassenübergreifend" verstanden werden muss (BSG, Urteil vom 19. Dezember 2012 – B 12 KR 20/11 R –, BSGE 113, 1-23, SozR 4-2500 § 240 Nr 17, Rn. 53). Die Verlagerung der Kompetenz zur Festlegung der Grundsätze für die Beitragseinstufung freiwilliger Mitglieder von den einzelnen Kassen hin zum Spitzenverband erfolgte, weil ab Einrichtung des Gesundheitsfonds die einzelnen Krankenkassen kein originäres Interesse an der Beitragseinstufung freiwillig Versicherter mehr haben. Zudem sollte Verwerfungen im Wettbewerb vorgebeugt werden, die durch günstigere beitragsrechtliche Einstufungen mit dem Ziel der Mitgliederbindung/-gewinnung befürchtet worden waren. Maßstabsveränderungen in der Berücksichtigung der gesamten wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit des jeweiligen Mitgliedes waren demgegenüber ausdrücklich nicht beabsichtigt (BT-Drs. 15/3100, S. 163 f.). Insofern war eine bundesweit einheitliche Regelung nach § 240 Abs. 1 S. 1 SGB V kein genuiner Zweck der Kompetenzverlagerung. Es wäre insofern sogar denkbar, dass der GKV – Spitzenverband räumliche Differenzierungen vornähme, sofern es hierfür einen sachlichen Grund gäbe. Soweit der Regelungsauftrag an den Bundesverband indes grundsätzlich zu einer bundesweit einheitlichen Regelung führen wird, ist damit nichts über die Zulässigkeit von Pauschalierungen ausgesagt. Denn eine bundesweit einheitliche Regelung (der Beitragsbemessung) ist nicht gleichzusetzen mit einer einheitlichen Beitragshöhe (für eine Gruppe freiwilliger Mitglieder). Wollte man dies anderes sehen, wäre der Auftrag des § 240 Abs. 1 S. 1 SGB V zu Ende gedacht in besonderer Weise gelungen, wenn für alle freiwilligen Mitglieder ein einheitlicher Beitrag festgelegt würde - ein Ergebnis, das aufgrund der durch § 240 SGB V aufgezeigten Maßstäbe und Prozedere niemand vertreten wird.

So sei zuvörderst nochmals daran erinnert, dass die Beitragsbemessung nach der gesamten wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit des Mitgliedes, d. h. des Einzelnen, zu erfolgen hat (§ 240 Abs. 1, insb. S. 2, ferner Abs. 2 S. 2, 3, 4a, 5 SGB V) und keine fiktiven, tatsächlich nicht erzielten Einnahmen Berücksichtigung finden dürfen (BSG, Urteil vom 19. Dezember 2000 – B 12 KR 20/00 R –, SozR 3-2500 § 240 Nr 35, SozR 3-5910 § 13 Nr 2, Rn. 17; BSG, Urteil vom 15. September 1992 – 12 RK 51/91 –, BSGE 71, 137-143, SozR 3-2500 § 240 Nr 9, Rn. 14; vgl. bereits bei Einführung der Norm: BT-Drs. 11/2237, S. 69, 225). Das ist – ebenso wie das Verbot der Besserstellung freiwillig Versicherter im Verhältnis zu Pflichtversicherten (§ 240 Abs. 2 S. 1, 5 SGB V) - Ausdruck des die GKV prägenden Solidaritätsprinzips (Padé in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 4. Aufl., § 240 SGB V (Stand: 15.06.2020), Rn. 30). Selbst die bis zum Jahr 2009 in § 240 Abs. 5 SGB V enthaltene Befugnis zur Beitragsbemessung nach Beitragsklassen ist mit Übergang der Kompetenz der Regelung der Beitragsbemessung durch den Spitzenverbandbund entfallen (Gerlach in: Hauck/Noftz, SGB, 04/18, § 240 SGB V, Rn. 43, 180; wobei die Gründe hierfür nicht ersichtlich werden: BT-Drs17/3100, S. 164 zu Buchst. e), während sie in der Krankenversicherung der Landwirte angeordnet wird (§ 40 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte [KVLG 1989]). Dies verdeutlicht die Systematik des § 240 SGB V historisch unter dem Aspekt, dass Ausnahmen von der Anordnung nur Einnahmen zu berücksichtigen, die konkret - individuell zur Bestreitung des Lebensunterhaltes zur Verfügung stehen durch das Gesetz selbst ausdrücklich festgelegt werden (vgl. nochmals § 240 Abs. 4 SGB V).

(4) Weiter ist unter systematischen Gesichtspunkten zu beachten, dass es für Empfänger von Grundsicherungsleistungen nach dem SGB XII gerade an einer Regelung fehlt, wie sie § 232a Abs. 1 S. 1 Nr. 2, Abs. 1a SGB V für Bezieher von Grundsicherungsleistungen nach dem SGB II in Form einer fiktiven Einnahmenregelung vorsieht.

Die Krankenkassen mögen dieses für unbefriedigend halten. Mit ihren Vorstellungen dazu, dass für krankenversicherte Sozialhilfeempfänger eine generell über der Mindestbeitragsbemessungsgrenze liegende Einstufung erfolgen müsse, haben sie sich jedoch bisher beim Gesetzgeber nicht durchsetzen können. So ist es weder zu einer beitragsrechtlichen Regelung bei einer Pflichtversicherung der Sozialhilfeempfänger nach dem BSHG (vgl. Art 28 Gesundheitsstrukturgesetz [GSG] vom 21.12.1992) oder – wie für Bezieher von Arbeitslosengeld II (§ 5 Abs. 1 Nr. 2a, § 232a Abs. 1 S. 1 Nr. 2 SGB V) - einer Pflichtversicherung mit beitragsrechtlicher Regelung im Rahmen der Reformen des Vierten Gesetzes für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt vom 24.12.2003 (vgl. BT-Drs 15/1516, S. 72) bzw. das Gesetz zur Einordnung des Sozialhilferechts in das Sozialgesetzbuch vom 27.12.2003 (vgl. BT-Drs 15/1514, S. 60) gekommen noch zu einer Sonderregelung für freiwillig Versicherte Sozialhilfeempfänger in § 240 SGB V. Das nach Art. 28 Abs. 2 GSG zur Durchführung erforderliche besondere Gesetz, das auch Regelungen über die Bemessung der Beiträge enthalten sollte, wurde in der Folgezeit nicht erlassen. Der Gesetzgeber ist vielmehr von der Konzeption des Art. 28 GSG abgewichen. Ab dem Jahr 2004 war die Krankenbehandlung von nicht krankenversicherten Empfängern laufender Leistungen zum Lebensunterhalt und Hilfe in besonderen Lebenslagen nach den Abschnitten 2 und 3 des BSHG zwingend von den Krankenkassen gegen Erstattung der Aufwendungen zu übernehmen, soweit nicht Ausnahmetatbestände vorlagen (§ 264 Abs. 2 Satz 1 SGB V in der Fassung des GKV-Modernisierungsgesetz [GMG] vom 14.11.2003). Damit wurde dieser Personenkreis leistungsrechtlich den Mitgliedern der GKV gleichgestellt, ohne ihm jedoch den Status als Pflicht- oder freiwilliges Mitglied einzuräumen. Gleichzeitig rückte der Gesetzgeber von dem Vorhaben ab, die Sozialhilfeempfänger als Mitglieder in die GKV einzubeziehen, u. a. weil sich Bund und Länder nicht auf eine Umsetzung des Art 28 GSG zu angemessenen Beitragszahlungen hatten einigen können (vgl. BT-Drucks 15/1525 S. 140 f.; Baierl in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 4. Aufl., § 264 SGB V (Stand: 15.06.2020), Rn. 6). Durch nachfolgende Änderungen zum Jahr 2005 und 30.03.2005 wurden die Fassungen des § 264 Abs. 2 SGB V an die Einordnung des Sozialhilferechts in das Sozialgesetzbuch angepasst. Die Krankenbehandlung von nicht krankenversicherten Empfängern von Leistungen nach dem SGB XII wird damit von den Krankenkassen gegen Erstattung der Aufwendungen übernommen. Zeitgleich mit dem GMG vom 14.11.2003 wurde das Vierte Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt im Bundestag beraten. Mit diesem Gesetz war ein lediglich zeitlich befristetes Beitrittsrecht (§ 9 Abs. 1 S. 1 Nr. 8 SGB V a. F.) eingeführt worden (ausführlicher: BSG, Urteil vom 13. Juni 2007 – B 12 KR 29/06 R –, SozR 4-2500 § 9 Nr 1, Rn. 14-16).

Im Rahmen des geltenden mitglieds- und einnahmebezogenen Systems der Beitragsbemessung lassen sich die Bestrebungen der Krankenkassen nicht verwirklichen. In dieses System will der Gesetzgeber weiterhin, wie die Entwicklung zeigt, auch die freiwillig versicherten Sozialhilfeempfänger einbezogen wissen, ohne dass wegen der Beitragsübernahme durch die Sozialhilfeträger (früher § 13 BSHG, nunmehr § 32 SGB XII) eine Sonderregelung zu den beitragspflichtigen Einnahmen getroffen worden ist. Die Schwierigkeiten, die sich daraus ergeben, dass mangels anderer Einkünfte ein gewisser Hilfebedarf als beitragspflichtige Einnahmen angesehen werden muss, ohne dass andererseits ein sehr großer Hilfebedarf zu besonders hohen Beiträgen führt, sind seit langer Zeit bekannt. Das BSG hat schon in seinem Urteil vom 23. November 1992 (BSG, Urteil vom 23. November 1992 – 12 RK 29/92 –, BSGE 71, 237-243, SozR 3-2500 § 240 Nr 12, Rn. 28) darauf hingewiesen, dass eine nähere Regelung durch den Gesetzgeber angezeigt sei. Dieses gelte nicht nur für die in Heimen untergebrachten Sozialhilfeempfänger, auf die sich jene Entscheidung bezog, sondern auch für Sozialhilfeempfänger außerhalb von Einrichtungen (BSG, Urteil vom 19. Dezember 2000 – B 12 KR 1/00 R –, BSGE 87, 228-239, SozR 3-2500 § 240 Nr 34, SozR 3-5910 § 13 Nr 1, Rn. 34).

(5) Abseits einer gesetzlichen typisierenden/pauschalierenden Beitragsbemessung oder einer ausdrücklichen Anordnung bzw. gesetzlichen Ermächtigung zur Typisierung und Pauschalierung (zu den dortigen Grenzen: BVerfG, Beschluss vom 08. Februar 1983 – 1 BvL 28/79 –, BVerfGE 63, 119-131, Rn. 38 f.; BVerfG, Beschluss vom 16. Dezember 1958 – 1 BvL 3/57 –, BVerfGE 9, 20-36; BFH, Vorlagebeschluss vom 21. Oktober 1986 – VIII R 1/85 –, Rn. 62, juris) können Gesichtspunkte der Verwaltungsökonomie, die Grund für die Änderung des § 7 Abs. 6 Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler in der Fassung vom 28.11.2018 gewesen sind, jedoch nur insoweit Rechtserheblichkeit erlangen, als eine Umsetzung des Rechtes möglich bleiben muss. Soweit eine gesetzliche Anordnung sich in voller theoretischer Entfaltung im Reich des Ideellen und Prinzipiellen verlieren muss, ist ihr Rückschnitt auf das praktisch Umsetzbare letztlich im Sinne der Rechtsstaatlichkeit. Maßstab und Grenze der Zulässigkeit (untergesetzlicher) exekutiver Typisierungen und Pauschalierungen ist insofern aber, ob der Normbefehl ohne diese gar nicht bzw. in insuffizienterer Weise umgesetzt werden kann, als ohne diese. Dabei dürfen jedoch grds. nur faktische Hindernisse Bedeutung erlangen, die nicht in der Kompetenz, Ausstattung oder gar Bequemlichkeit der (Massen)verwaltung selbst ihren Grund haben, sondern in Verwerfungen zwischen Rechtstheorie und Rechtspraxis. Verwaltungspraktikabilität darüber hinaus eine eigenständige rechtsdogmatische Bedeutung zuzumessen stellte einen Verstoß gegen den Vorbehalt des Gesetzes (Art. 20 Abs. 3 Grundgesetz [GG]) dar. Die typisierende/ pauschalierende Verwaltung ist vom Vorrang des förmlichen Gesetzes nicht gedeckt, wenn der "Tatsachengeber" typisierende Erfahrungssätze an den Normbefehl heranträgt und damit dessen Wirksamkeit vermindert und verwässert. "In dem Maße, in dem der Rechtsanwender von der individuellen Tatsachenkenntnis zur schematischen Tatsachenbestimmung übergeht, legt er selbst die Rechtsfolgevoraussetzungen fest" (Isensee, BayVBl. 1973, S. 358 [359]). Entsprechend fehlt jeder rationalisierende Maßstab für das Verhältnis der Verwaltungsökonomie zu den anerkannten Auslegungsmethoden des Gesetzes und läd der Rekurs auf arbeitsökonomische Gesichtspunkte zu ad-hoc Begründungen ein (Insensee, a.a.O. erkennt einen möglichen praktischen Ausgleich im Übermaßverbot und hält es im Weiteren für die Aufgabe der Gerichte den Entscheidungsmaßstab von der Typisierung zur Individualisierung zurückzustellen und die Verwaltung rechtsstaatlich zu entlasten [Seite 661]). Dagegen mag unter dem Einwand des Möglichen auf eine nicht aufgabengerecht bemessene Verwaltungskapazität und nicht vollzugsgerechte Verwaltungsaufträge verwiesen werden. Diese Kritik erwiese sich jedoch den Prinzipien der Gewaltenteilung, der Demokratie und des Rechtsstaates nicht würdig (i. d. S. Urteil der Kammer vom 30. Oktober 2018 – S 14 KR 455/17 –, Rn. 52, juris unter Bezugnahme auf BVerfG, Stattgebender Kammerbeschluss vom 27. Juni 2018 – 1 BvR 100/15 –, Rn. 17, juris; BSG, Urteil vom 30. Oktober 2013 – B 12 KR 21/11 R –, SozR 4-2500 § 240 Nr 19, Rn. 23).

(6) Verwerfungen im Sinne des dargelegten Maßstabes der Kritik für typisierende/pauschalierender untergesetzliche Regelungen zwischen der durch § 240 Abs. 1 S. 2 SGB V angeordneten Betrachtung der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit des jeweiligen freiwilligen Mitgliedes und den Tatsachen der Rechtspraxis sind in Bezug auf Sozialhilfeempfänger, die nicht in stationären Einrichtungen untergebracht sind, nicht festzustellen. Durch die Neudefinition der Bedarfe für Unterkunft und Heizung – in der Wohnung und in Unterkünften in § 42 a) SGB XII durch das Bundesteilhabegesetz (BTHG) vom 23.12.2016, die nach den Gründen des GKV-Spitzenverbandes zusätzlicher Anlass zur Pauschalierung der beitragspflichtigen Einnahmen von auch außerhalb von Einrichtungen lebenden Sozialhilfeempfängern war, ändert sich hieran nichts. Mit Wirkung zum Januar 2020 hat der Gesetzgeber § 42a SGB XII redaktionell und klarstellend durch Art. 3 Nr. 7 des Gesetzes zur Änderung des Neunten und des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch und anderer Rechtsvorschriften vom 30.11.2019 geändert. Dies war bereits in Art. 13 Nr. 15 des BTHG vom 23.12.2016 angelegt. Der Gesetzgeber hat § 42a SGB XII um Regelungen zur Ermittlung von Bedarfen für Unterkunft und Heizung für leistungsberechtigte Personen in bisher stationären Einrichtungen der Behinderten- bzw. Eingliederungshilfe erweitert, deren Bedarf sich bis Ende 2019 noch nach § 42 Nr. 4b SGB XII richtete. Die Neuregelung erfolgte im Zuge der Neuausrichtung der Eingliederungshilfe von einer überwiegend einrichtungszentrierten zu einer personenzentrierten Leistung (zuvor bereits: BSG, Urteil vom 08. März 2017 – B 8 SO 2/16 R –, SozR 4-1500 § 55 Nr 20, Rn. 18). Sie vollzieht für den Bereich der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung die nach dem BTHG vorgesehene Trennung der Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem SGB XII von den Fachleistungen für Menschen mit Behinderungen (bis zum 31.12.2019 noch Eingliederungshilfen nach dem Sechsten Kapitel SGB XII), die zum Jahr 2020 in das SGB IX überführt worden sind (BT-Drs. 18/9522, S. 199 ff.). Dadurch wird die bisherige Komplexleistung der stationären Eingliederungshilfe aufgelöst und die Leistungen zum Lebensunterhalt werden von den Fachleistungen grundsätzlich getrennt. Mit der Herausführung der Eingliederungshilfe aus dem SGB XII in den neuen Teil 2 des SGB IX will der Gesetzgeber sichtbar machen, dass die Eingliederungshilfeleistungen nicht mehr dem "Fürsorgesystem" des SGB XII angehören (Bindig in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB XII, 3. Aufl., § 42a SGB XII (Stand: 01.02.2020), Rn. 4). Hiernach stellt sich weiterhin die Frage, ob für Hilfeempfänger in stationären Einrichtungen eine Pauschalierung rechtmäßig möglich ist. Diese Frage kann die Kammer mit dem BSG (Urteil vom 19. Dezember 2012 – B 12 KR 20/11 R –, BSGE 113, 1-23, SozR 4-2500 § 240 Nr 17, Rn. 52) offen lassen. Verwerfungen, die eine Pauschalierung für alle Empfänger von Leistungen nach dem Dritten und Viertel Kapitel des SGB XII begründen könnten, ergeben sich jedenfalls nicht.

Der Umstand, dass eine individuelle Einkommensprüfung entfällt, trägt nach dem Dargelegten zur Rechtfertigung einer pauschalierenden Einnahmenunterstellung ebenso nichts bei, wie die Annahme des GKV – Spitzenverbandes in dessen Stellungnahme vom 13.10.2020, eine mögliche Benachteiligung einzelner Mitglieder durch die Ausdehnung einer pauschalierenden Beitragsbemessung sei selbst dann unschädlich, wenn die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des Sozialhilfeempfängers erheblich von den zugrunde gelegten Durchschnittswerten abweiche, da letztlich die Sozialhilfeträger die Beiträge zu tragen hätten. Adressat des und Verpflichteter aus dem belastenden Beitragsbescheid bleibt zudem der Hilfeempfänger (BSG, Urteil vom 24. März 2016 – B 12 KR 5/14 R, BeckRS 2016, 72155, beck-online; Peters, in: KassKomm/Peters, 111. EL September 2020, SGB V § 5 Rn. 187 m.w.N.).

(7) Entsprechend hat das BSG für außerhalb von Einrichtungen lebende Sozialhilfeempfänger ausdrücklich entschieden, dass eine untergesetzliche pauschalierende Unterstellung von Einnahmen oberhalb der Mindestbeitragsbemessungsgrenze gegen § 240 SGB V verstoße und daher nicht anzuwenden sei. Zur Bewältigung praktischer Schwierigkeiten in Bezug der Beitragsbemessung bei freiwillig versicherten Sozialhilfeempfängern (wie sie der GKV-Spitzenverband mit Stellungnahme vom 13.10.2020 in Bezug auf die Hochrechnung der fiktiven Beitragsübernahme durch Sozialhilfeträger und die Komplexität der Berechnung im Falle des Vorhandenseins von anrechenbarem Einkommen ohne Konkretisierung darlegt) könne das System der mitgliedsbezogenen und auf die tatsächlichen Einnahmen des Versicherten abstellende Beitragserhebung des geltenden Rechts nicht aufgegeben werden (BSG, Urteil vom 19. Dezember 2000 – B 12 KR 20/00 R –, SozR 3-2500 § 240 Nr 35, SozR 3-5910 § 13 Nr 2, Rn. 14 ff.; vgl. ferner BSG, Urteil vom 19. Dezember 2000 – B 12 KR 1/00 R –, BSGE 87, 228-239, SozR 3-2500 § 240 Nr 34, SozR 3-5910 § 13 Nr 1, Rn. 15, konkret offenlassend Rn. 19). Mit dieser Rechtsprechung setzen sich – trotz des Hinweises der Kammer – weder die Beklagten noch der GKV – Spitzenverband auseinander.

Dabei liegt dem Verfahren B 12 KR 20/00 R eine § 7 Abs. 6 Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler in der Fassung vom 28.11.2018 in wesentlichen Punkten vergleichbare Pauschalierung zugrunde. Während die in § 7 Abs. 6 Verfahrensgrundsätze Selbstzahler zugrunde gelegten Einnahmen fiktiv ("gilt") für den Kalendertag auf 1/30 des 2,67 – fachen Satzes des Regelsatzes gemäß der Regelbedarfsstufe 1

nach der Anlage zu § 28 SGB XII abstellen, legte die zu prüfende Satzungsregelung im durch das BSG in Dezember 2000 entschiedenen Fall für den Kalendermonat das 4 – fache des monatlichen Sozialhilferegelsatzes für Haushaltsvorstände/Alleinstehende zugrunde (BSG, Urteil vom 19. Dezember 2000 – B 12 KR 20/00 R –, SozR 3-2500 § 240 Nr 35, SozR 3-5910 § 13 Nr 2, Rn. 3). Während das Vielfache in § 7 Abs. 6 Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler auf einer Modellrechnung beruht, der die Höhe des durchschnittlichen Beitrages freiwillig krankenversicherter Sozialhilfeempfänger unter Rückgriff auf Daten des statistischen Bundesamtes (Informationsquelle: Sozialhilfe – Statistik für das letzte Quartal des Kalenderjahres 2017 – Tab. 22151-001 der GENESIS-online Datenbank) zugrunde liegt, wurde das Vielfache des Regelsatzes im durch das BSG entschiedenen Fall dem Betrag entnommen, den der Deutsche Landkreistag als durchschnittliche Höhe der monatlichen Sozialhilfeleistungen bei einer unter Berücksichtigung der Familienversicherung durchschnittlichen Haushaltsgröße von 1,8 Sozialhilfebeziehen ermittelt hatte (BSG, a.a.O., Rn. 14).

Ist auch der Einwand des BSG gegen die Rechtmäßigkeit der zu beurteilenden Satzungsregelungen, § 240 SGB V lasse es nicht zu, das Familieneinkommen zugrunde zu legen (a.a.O, Rn. 16) nicht übertragbar, gilt dies nicht für die weitere Begründung zur Nichtigkeit der Satzungsregelung.

Das BSG führt aus:

"Zur Bewältigung praktischer Schwierigkeiten der Beitragsbemessung bei freiwillig versicherten Sozialhilfeempfängern kann das System der mitgliedsbezogenen und auf die tatsächlichen Einnahmen des einzelnen Versicherten abstellende Beitragserhebung des geltenden Rechts entgegen der Ansicht der Revision nicht aufgegeben werden. Solche Schwierigkeiten treten bei freiwillig versicherten Sozialhilfeempfängern, die nicht in Heimen leben, allerdings nur auf, wenn bei einer zutreffenden individuellen Beitragsbemessung die Mindesteinnahmengrenze des § 240 Abs. 4 Satz 1 SGB V bei einer Vielzahl von Versicherten überschritten wird. Dieses scheint indes fraglich zu sein" (BSG, Urteil vom 19. Dezember 2000 – B 12 KR 20/00 R –, SozR 3-2500 § 240 Nr 35, SozR 3-5910 § 13 Nr 2, Rn. 18).

Da sich an den rechtlichen Grundbedingungen seither nichts Erhebliches verändert hat, sind die Ausführungen auf den hier zu beurteilenden Fall übertragbar. Ihnen ist aus den bereits zuvor dargelegten Gründen zu folgen. Auch der Gesetzgeber geht (weiterhin) davon aus, dass über der Mindestbeitragsbemessungsgrenze liegende Einnahmen von SGB XII-Empfängern regelmäßig nicht vorhanden sind und eine Pauschalierung von SGB XII – Empfängern (jedenfalls sofern sie nicht in einer stationären Einrichtung leben) nicht erfolgt, wie die jüngste Begründung zum Gesetzesentwurf zu § 240 Abs. 1 S. 4 SGB V in der seit dem 15.12.2018 gültigen Fassung des Gesetz zur Beitragsentlastung der Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versichertenentlastungsgesetz - GKV-VEG) zeigt. Hiernach sind hinreichende Anhaltspunkte dafür, dass die Mindestbeitragsbemessungsgrenze nicht überschritten wird etwa dann gegeben, wenn Hilfebedürftigkeit im Sinne der Grundsicherung für Arbeitssuchende nach dem SGB II oder der Sozialhilfe nach dem SGB XII vorliegt (BR-Drs. 375/18, S. 22).

dd) Bei dem Kläger sind nach alledem Beiträge lediglich nach der Mindestbeitragsbemessungsgrenze nach § 240 Abs. 4 S. 1 SGB V i.V.m. § 18 Abs. 1, 17 Abs. 2 S. 1 Sozialgesetzbuch Viertes Buch Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung (SGB IV) i.V.m. § 2 Abs. 1 Verordnung über maßgebliche Rechengrößen der Sozialversicherung für 2020 zu erheben, die im Jahr 2020 bei 1.061,67 EUR (3.185 EUR./.90 x 30) liegt. Denn das an den Kläger von dessen Ehefrau weitergeleitete Pflegegeld in Höhe von monatlich 728 EUR ist gemäß § 240 Abs. 2 S. 4 SGB V nicht zu berücksichtigen. Soweit der Gesetzeswortlaut ("Ebenfalls nicht zu berücksichtigen ist das an eine Pflegeperson weitergereichte Pflegegeld bis zur Höhe des Pflegegeldes nach § 37 Abs. 1 des Elften Buches.") nicht erkennen lässt, ob das Pflegegeld bei einem freiwillig Versicherten Empfänger von Pflegegeld außer Acht zu lassen ist oder (auch) bei der Person, an die das Pflegegeld weitergereicht wird, geht aus der Gesetzesbegründung eindeutig hervor, dass Letzteres der Fall ist. Mit der Gewährung von Pflegegeld wollte der Gesetzgeber vor allem den Pflegebedürftigen ermöglichen, Familienangehörigen, Freunden oder Bekannten, die ihre häusliche Pflege sicherstellten, eine finanzielle Anerkennung zukommen zu lassen. Es stelle kein Entgelt für die von Angehörigen erbrachte Pflege dar. Wer zur familiären und ehrenamtlichen Pflege bereit sei, verdiene Anerkennung, die nicht durch eine Beitragspflicht zur gesetzlichen Kranken – und sozialen Pflegeversicherung geschmälert werden solle (BT-Drs. 16/13428, S. 93 f.) (vgl. Kern, Tonscheidt in: Handbuch Betrieb und Personal, 239. Lfg. 2020, III. Kapitel, Sozialrecht und Sozialversicherung, Rn. 161).

Ungeachtet der Frage des Umfanges der Beitragspflichtigkeit, übersteigen die übrigen Einnahmen des Klägers (Rentenleistungen und Leistungen nach dem SGB XII) den Mindestbetrag nicht. Der Kläger bezog bis einschließlich Juni 2020 Rentenleistungen (einschließlich eines Zuschusses zur freiwilligen Krankenversicherung, hierzu: Gerlach in: Hauck/Noftz, SGB, 04/18, § 240 SGB V, Rn. 67, 89 m.w.N.) i.H.v. 542,67 EUR und ab Juli 2020 i.H.v. 561,40 EUR. Grundsicherungsleistungen hat er in wechselnder Höhe monatlich zwischen 43,40 EUR und 202,85 EUR erhalten (zur Berechnung: Gerlach in: Hauck/Noftz, SGB V, 04/18, § 240 SGB V, Rn. 88 f.).

Die daraus folgende Beitragsberechnung haben die Beklagten mit Schriftsatz vom 04.12.2020 dargestellt. Auch hieraus wird ersichtlich, dass keine praktischen Schwierigkeiten in der Umsetzung entstehen.

Wird neben den Leistungen nach dem SGB XII eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung bezogen, ist der Beitrag nach dem allgemeinen Beitragssatz (§§ 240 Abs. 2 S. 5, 247, 241 SGB V) zu erheben (Gerlach in: Hauck/Noftz, SGB, 04/18, § 240 SGB V, Rn. 89; Steege in: Hauck/Noftz, SGB V, 09/19, § 247 SGB V, Rn. 1).

Der Zuschuss des Rentenversicherungsträgers zur Krankenversicherung für die in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht versicherungspflichtigen Rentner (§ 106 SGB V, vormals § 1304e Abs. 1 Reichsversicherungsordnung [RVO] bzw. § 83e Abs. 1 Angestelltenversicherungsgesetz [AVG]) wurde unter dem bis zur Einführung des SGB V geltenden Recht der RVO den beitragspflichtigen Einnahmen zugeordnet (BSG, Urteil vom 09. Dezember 1981 – 12 RK 29/79 –, SozR 2200 § 180 Nr 8). Diese zusätzlich zur Rente gezahlte Sozialleistung solle dem freiwillig oder privat krankenversicherten Rentner die Aufbringung der Kosten für die Krankenversicherung ganz oder teilweise abnehmen. Damit sei der Beitragszuschuss eine zweckbestimmte Leistung zur Deckung des Beitrages zur Krankenversicherung und allein schon wegen dieser besonderen Zielsetzung als Teil des Grundlohnes im Sinne des § 180 Abs. 4 Satz 1 RVO zu berücksichtigen. Unter Berücksichtigung der unverändert gleich gebliebenen Zweckbestimmung des Beitragszuschusses ist diese Sozialleistung auch nach aktueller Rechtslage des § 240 Abs. 1 Satz 2 den Einnahmen zuzurechnen, die die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des Mitglieds bestimmen. Zwar wird im Zusammenhang mit der Rangfolge der Einnahmearten in § 238a SGB V allein auf den Zahlbetrag der Rente abgestellt, die Nichtberücksichtigung des Beitragszuschusses als beitragspflichtige sonstige Einnahme kann

daraus jedoch nicht abgeleitet werden. Anderer Auffassung sind die Spitzenverbände der Krankenkassen, nach deren neuerer Bewertung der Zuschuss nach § 106 SGB VI nicht mehr als beitragspflichtige Einnahme zu berücksichtigen ist (siehe Niederschrift über die Besprechung des Arbeitskreises Versicherung und Beiträge der Spitzenverbände der Krankenkassen am 24. Oktober 2008, TOP 6, S. 5, abrufbar bei beck-online und https://www.aok.de/fk/fileadmin/user upload/sv/besprechungsergebnisse/2008/2008-10-24-besprechung-arbeitskreis-versicherung-und-beitraege.pdf, zuletzt aufgerufen am 11.12.2020) (Gerlach in: Hauck/Noftz, SGB V, 04/18, § 240 SGB V, Rn. 67). Hieraus resultieren die Unterschiede in den beiden Berechnungen der Beklagten im Schriftsatz vom 04.12.2020, in denen einmal die durch die Kammer zugrunde gelegten Renteneinnahmen, das andere Mal die durch die Rentenversicherung mitgeteilten Renteneinnahmen (ohne den Zuschuss nach § 106 SGB VI) zugrunde gelegt worden sind. Der allgemeine Beitragssatz zur GKV beträgt 14,6 Prozent (§ 241 SGB V). Der kassenindividuelle Zusatzbeitrag der Beklagten zu 1) (§ 242 SGB V) beträgt 1,5 Prozent. Der ermäßigte Beitrag zur GKV (243 SGB V), der in Bezug auf die SGB XII-Leistungen und den Auffüllbetrag bis zur Mindestbemessungsgrenze zur Anwendung zu bringen ist, beträgt 14 Prozent zzgl. des kassenindividuellen Zusatzbeitrages. Der Beitragssatz zur Pflegeversicherung beträgt 3,05 Prozent (§ 55 Abs. 1 S. 1 SGB XI).

E. Die Kostenentscheidung beruht auf §§ 183, 193 SGG.

F. Die Berufung ist gem. § 143 SGG zulässig. Sie bedarf gem. § 144 Abs. 1 S. 2 SGG nicht der Zulassung. Hiernach gilt § 144 Abs. 1. S. 1 Nr. 1 SGG nicht, der die Berufung bei einer Klage, die eine Geld –, Dienst – oder Sachleistung oder einen hierauf gerichteten Verwaltungsakt betrifft, bei der der Wert des Beschwerdegegenstandes 750 EUR nicht übersteigt, von deren Zulassung (vergleiche § 144 Abs. 2 SGG) abhängig macht. Denn die Vorschrift des § 144 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 SGG - und spiegelbildlich des § 144 Abs. 1. S. 2 SGG - erfasst auch Leistungen des Bürgers an den Staat - wie vorliegend Beitragsforderungen ("Geldleistungen") (Wehrhahn in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGG, 1. Aufl., § 144 SGG (Stand: 28.08.2020), Rn. 13f. m.w.N.). Auch wenn die Beklagte vom März 2020 bis zur gerichtlichen Entscheidung (15.12.2020) nicht über 750 EUR hinaus beschwert ist, ist die Berufungsfähigkeit insofern gegeben, weil die Beitragsfestsetzung zukunftsoffen erfolgt ist (vgl. BSG, Urteil vom 08. Februar 2007 – B 9b AY 1/06 R –, BSGE 98, 116-121, SozR 4-3520 § 2 Nr 1, Rn. 10; Wehrhahn in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGG, 1. Aufl., § 144 SGG (Stand: 28.08.2020), Rn. 28; Schreiber in: Fichte/Jüttner, SGG, 3. Aufl. 2020, § 144 SGG, Rn. 14, 16).
Rechtskraft
Aus
Login
NRW
Saved
2020-12-17