
S 17 KR 1667/16

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Freistaat Bayern
Sozialgericht	Sozialgericht München
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	-
Kategorie	-
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 17 KR 1667/16
Datum	12.07.2018

2. Instanz

Aktenzeichen	-
Datum	-

3. Instanz

Datum	-
-------	---

I. Die Klage gegen den Bescheid vom 25.01.2016 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 15.09.2016 und gegen den Bescheid vom 21.06.2016 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 15.09.2016 wird abgewiesen.

II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Streitig sind die Beiträge des am 1943 geborenen Klägers zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung ab 01.01.2016 sowie die rückständigen Beiträge ab 01.05.2012.

Der Kläger ist gemäß [§ 5 Abs. 1 Nummer 13 SGB V](#) pflichtversichert (sogenannte Auffangversicherung). Die Versicherungspflicht wurde mit bestandskräftigen Bescheid vom 23.05.2007 bzw. Widerspruchsbescheid vom 13.02.2008 festgestellt.

Mit Bescheid vom 10.06.2008 stellte die Beklagte fest, dass der Kläger, der eine Rente der Deutschen Rentenversicherung Bayern Süd bezieht, nicht in der Krankenversicherung der Rentner versicherungspflichtig ist, da er die erforderlichen

Vorversicherungszeiten nicht erf¹/₄llt.

Streitgegenstand ist zum Einen der Bescheid vom 25.01.2016, mit dem die Beitr¹/₁ge zur Kranken und Pflegeversicherung ab 01.01.2016 auf insgesamt 154,76 $\hat{=}$ monatlich festgesetzt wurden.

Gegen diesen Bescheid hat der Kl¹/₁ger mit Schreiben vom 09.02.2016 Widerspruch erhoben und darauf hingewiesen, dass er nach [Â§ 5 Abs. 1 Nummer 11 SGB V](#) versichert sei. Er beziehe eine Rente und von dieser Rente w¹/₁rden Beitr¹/₁ge an die AOK abgef¹/₁hrt.

Mit Schreiben vom 06.06.2016 wies er darauf hin, dass sein Widerspruch vom 09.02.2016 nicht bearbeitet worden sei. Aufgrund dieses Widerspruchs seien von ihm ab April keine monatlichen Beitr¹/₁ge mehr ¹/₁berwiesen worden.

Mit Schreiben vom 15.06.2016 wies die Beklagte darauf hin, dass ein Widerspruch vom 09.02.2016 nicht vorliege und deshalb vom Kl¹/₁ger nachzuweisen sei, dass er den Widerspruch fristgerecht eingereicht habe. Im ¹/₁brigen wurde darauf hingewiesen, dass der Kl¹/₁ger pflichtversichertes Mitglied nach [Â§ 5 Abs. 1 Nummer 13 SGB V](#) sei.

Mit weiteren Bescheid vom 21.06.2016 wurden die seit 01.05.2012 r¹/₁ckst¹/₁ndigen Beitr¹/₁ge in H¹/₁he von insgesamt 5263,72 $\hat{=}$ inklusive S¹/₁umniszuschl¹/₁ge beim Kl¹/₁ger geltend gemacht. Es wurde eine Aufstellung der r¹/₁ckst¹/₁ndigen Beitr¹/₁ge und der bereits geleisteten Zahlungen beigef¹/₁gt. Auch gegen diesen Leistungsbescheid legte der Kl¹/₁ger Widerspruch ein und verwies im ¹/₁brigen auf das Faxprotokoll vom 09.02.2016.

Mit Schreiben vom 08.08.2016 legte er einem Bescheid der Deutschen Rentenversicherung Bayern S¹/₁d bei, aus dem sich ab 01.07.2016 ein Zahlbetrag der monatlichen Rente in H¹/₁he von 89,03 $\hat{=}$ (100,03 $\hat{=}$ abz¹/₁glich des Anteils zur Kranken und Pflegeversicherung) ergibt.

Mit Bescheid vom 11.08.2016 setzte die Beklagte die Beitr¹/₁ge zur Kranken- und Pflegeversicherung ab 01.07.2016 in H¹/₁he von 153,69 $\hat{=}$ monatlich fest.

Die Beklagte forderte mit einem weiteren Leistungsbescheid vom 22.08.2016 r¹/₁ckst¹/₁ndige Beitr¹/₁ge mit einem Gesamtbetrag von 6194,68 $\hat{=}$. Gegen diesen Bescheid erhob der Kl¹/₁ger erneut Widerspruch. Die Beklagte hob mit Bescheid vom 30.08.2016 diesen Bescheid vom 22.08.2016 wieder auf und verwies auf die berichtigte Summe, die dem beiliegenden Kontoauszug zu entnehmen sei (insgesamt 6487,48 $\hat{=}$). Der Kl¹/₁ger erhob wiederum Widerspruch, da insbesondere nicht nachvollziehbar sei, wie sich der Betrag in H¹/₁he von 6471,54 $\hat{=}$ zusammensetze.

Die Beklagte wies in Ihrem Schreiben vom 01.09.2016 darauf hin, dass die Beitr¹/₁ge aus der Rente einbehalten werden und direkt an die Krankenversicherung abgef¹/₁hrt werde. Aus der Differenz bis zur gesetzlich festgelegten Mindestbemessungsgrenze sei der Anteil zur Krankenversicherung von derzeit monatlich 153,69 $\hat{=}$ vom Kl¹/₁ger selbst zu begleichen.

Die Beklagte wies den Widerspruch des KlÄgers vom 09.02.2016 gegen den Bescheid vom 25.01.2016 mit Widerspruchsbescheid vom 15.09.2016 als unbegrÄ¼ndet zurÄ¼ck. Als BegrÄ¼ndung wurde angefÄ¼hrt, der KlÄger sei seit 01.04.2007 in der gesetzlichen Kranken- und sozialen Pflegeversicherung bei der Beklagten nach [Ä 5 Abs. 1 Nummer 13 SGB V](#) pflichtversichert. Dies sei mit bestandskrÄ¼ftigen Bescheid vom 23.05.2007 und Widerspruchsbescheid vom 13.02.2008 festgestellt worden. Der KlÄger erfÄ¼lle die Voraussetzungen der Krankenversicherung der Rentner nach [Ä 5 Abs. 1 Nummer 11 SGB V](#) mangels Vorversicherungszeit nicht. Versicherungspflichtige nach [Ä 5 Abs. 1 Nummer 13 SGB V](#), deren beitragspflichtige Einnahmen sich nach [Ä 227, 240 SGB V](#) richten, tragen ihre BeitrÄ¼ge gemÄ¼Ä [Ä 250 Abs. 3 SGB V](#) allein, mit Ausnahme der aus Renten der gesetzlichen Rentenversicherung zu tragenden BeitrÄ¼ge. Die BeitrÄ¼ge wÄ¼rden aus der Mindestbemessungsgrundlage abzÄ¼glich der gezahlten Rente berechnet.

Mit weiterem Widerspruchsbescheid vom 15.09.2016 wurde der Widerspruch vom 24.06.2016 gegen den Bescheid vom 21.06.2016 als unbegrÄ¼ndet zurÄ¼ckgewiesen. Die Beitragsforderung in HÄ¼he von 5863,16 Ä ergebe sich aus der beigefÄ¼gten Aufstellung.

Beide Widerspruchsbescheide wurden mit Postzustellungsurkunde am 22.09.2016 zugestellt.

Hiergegen richtet sich die Klage vom 18.10.2016.

Als BegrÄ¼ndung wurde vorgetragen, der KlÄger sei in der Krankenversicherung der Rentner gesetzlich versichert. Da er Ä¼ber die Rentenkasse pflichtversichert sei, bedÄ¼rfe es keiner weiteren freiwilligen Krankenversicherung. Er stellte einen Antrag auf Erlass der Beitragsschulden und SÄumniszuschlÄ¼ge wegen finanzieller Ä¼berforderung und wegen nicht zutreffender freiwilliger KrankenversicherungsbeitrÄ¼ge.

Der KlÄger beantragt zuletzt in der mÄ¼ndlichen Verhandlung vom 12.07.2018, den Bescheid der Beklagten vom 25.01.2016 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 15.09.2016 und den Bescheid der Beklagten vom 21.06.2016 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 15.09.2016 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, die BeitrÄ¼ge zur Kranken- und Pflegeversicherung nach einem Notfalltarif festzusetzen.

Die Beklagte beantragt (auch fÄ¼r die Beigeladene),
Ä Ä Ä Ä die Klage abzuweisen.

Sie verweist darauf, dass der KlÄger nicht freiwillig versichert, sondern pflichtversichert nach [Ä 5 Abs. 1 Nummer 13 SGB V](#) (Auffangpflichtversicherung) sei. Die Krankenversicherung der Rentner sei mit bestandskrÄ¼ftigem Bescheid vom 10.06.2008 abgelehnt worden. Die Beitragsfestsetzung sei korrekt erfolgt. Ein Erlass nach [Ä 256a SGB V](#) kÄ¼nne nicht erfolgen, da der entsprechende Antrag auf Pflichtversicherung erst am 23.04.2007 gestellt wurde. Auch Ä¼ber [Ä 76 SGB IV](#) sei kein Erlass mÄ¼glich. Bis zum 30.04.2012 erfolgte die monatliche Beitragszahlung durch die Landeshauptstadt M2-Stadt Ä Sozialreferat. Die

Leistungsgewährung wurde zum 30.04.2012 eingestellt. Weitere Einnahmen außer der Rente in Höhe von 100,03 € monatlich seien der Beklagten nicht bekannt.

Mit Schreiben vom 20.03.2018 teilte der Kläger mit, dass sich seine Klage gegen beide Widerspruchsbescheide richte und er seinen Lebensunterhalt von mildtätigen Gaben bestreite.

Zu Ergänzung des Sachverhalts wird auf die beigezogene Verwaltungsakte der Beklagten und den Inhalt der Gerichtsakte hingewiesen.

E n t s c h e i d u n g s g r ü n d e :

Die Klage gegen beide Widerspruchsbescheide vom 15.09.2016 ist im Sinne einer objektiven Klagehäufung zulässig.

Mehrere Klagebegehren können vom Kläger in einer Klage zusammengefasst werden, wenn sie sich gegen denselben Beklagten richten, im Zusammenhang stehen und dasselbe Gericht zuständig ist, [Â§ 56](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG). Diese Voraussetzungen liegen hier zweifellos vor.

Die Klage ist aber nicht begründet. Die Bescheide vom 25.01.2016 und vom 26.06.2016, jeweils in Gestalt der Widerspruchsbescheide vom 15.09.2016 sind rechtmäßig und verletzen den Kläger nicht in seinen Rechten.

Der Kläger ist seit 01.04.2007 pflichtversichertes Mitglied bei der Beklagten gemäß [Â§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#). Hierbei handelt es sich um eine vom Gesetzgeber mit Wirkung vom 01.04.2007 geschaffene Auffangpflichtversicherung für Personen, die andernfalls keinen Krankenversicherungsschutz hätten, also insbesondere nicht unter die Pflichtversicherten nach [Â§ 5 Abs. 1 Nr. 1](#) fallen.

Die Versicherungspflicht des Klägers nach [Â§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) ist aber nicht Streitgegenstand, sondern wurde bereits bestandskräftig mit Bescheid vom 23.05.2007 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 13.02.2008 festgestellt. Die Krankenversicherung der Rentner nach [Â§ 5 Abs. 1 Nr. 11 SGB V](#) wurde mit bestandskräftigem Bescheid vom 10.06.2008 abgelehnt.

Für die nach [Â§ 5 Abs. 1 Nummer 13 SGB V](#) Versicherungspflichtigen ist gemäß [Â§ 227 SGB V](#) die Regelung der Beitragsberechnung für freiwillige Versicherte des [Â§ 240](#) entsprechend anzuwenden.

Versicherungspflichtige nach [Â§ 5 Abs. 1 Nummer 13 SGB V](#), deren beitragspflichtige Einnahmen sich nach [Â§ 227, 240 SGB V](#) richten, tragen ihre Beiträge gemäß [Â§ 250 Abs. 3 SGB V](#) allein mit Ausnahme der aus Renten der gesetzlichen Rentenversicherung zu tragenden Beiträge. Die Beiträge zur Kranken und Pflegeversicherung aus der Rente werden vom Rentenversicherungsträger direkt vom Rentenbezug einbehalten und abgeführt. Daneben sind noch zusätzliche Beiträge zur Kranken und Pflegeversicherung vom Versicherten selbst an die Krankenkasse zu zahlen.

Gemäß [Â§ 227](#) richtet sich nach dem ausdrücklichen Wortlaut dieser Vorschrift

die Beitragshöhe dieser Versichertengruppe nach [Â§ 240 SGB V](#). Die auffangversicherungspflichtigen Personen werden somit beitragsrechtlich den freiwilligen Mitgliedern gleichgestellt. Aus dem Verweis auf Â§ 240 ergibt sich weiter, dass die Beitragshöhe unabhängig von den tatsächlichen Einnahmen nach Mindesteinnahmen zu bestimmen ist ([Â§ 240 Abs. 4 Satz 1 SGB V](#)). Diese gesetzlichen Mindesteinnahmen hat die Beklagte entsprechend den genannten Regelungen daher der Beitragsbemessung für die Beiträge des Klägers zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung zugrunde zu legen. Für die Beitragsberechnung gilt als beitragspflichtige Einnahmen den Kalendertag mindestens der 90. Teil der monatlichen Bezugsgröße, die sogenannte Mindestbemessungsgrundlage für das Jahr 2016 beträgt 968,33 €. Da der Rentenzahlbetrag diesen Grenzwert nicht überschreitet, sind aus der Differenz zwischen der Mindestbemessungsgrundlage und der Rentenzahlung die festgesetzten zusätzlichen Beiträge zur Kranken und Pflegeversicherung zu entrichten.

Diese Regelung ist nach [Â§ 57 Abs. 4 Satz 1 SGB XI](#) in der Pflegeversicherung entsprechend anzuwenden.

Der Kläger kann sich hinsichtlich der Beitragshöhe nicht auf die [Â§§ 237, 238 und 238a SGB V](#) berufen. Diese Vorschriften erfassen nur den Personenkreis der versicherungspflichtigen Rentner, deren Versicherungsverhältnis ausschließlich auf dem Rentenbezug beruht. Dies sind die nach [Â§ 5 Abs. 1 Nr. 11, 11a und 12 SGB V](#) versicherungspflichtige Rentenbezieher. Eine andere Auslegung lässt der eindeutige Wortlaut dieser Vorschrift nicht zu. Wie bereits oben ausgeführt, gehört der Kläger aber nicht zu dieser Versicherungsgruppe.

Nach Überzeugung der Kammer kann hierin auch kein Verstoß gegen [Art. 3 Abs. 1 GG](#) gesehen werden.

So unterscheidet sich die Klägerin nämlich in ihrem Mitgliedschaftsgrund in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung von denen, die nach [Â§ 5 Abs. 1 Nr. 11, 11a und 12 SGB V](#) pflichtversichert sind. Bei diesen beruht die Versicherungspflicht nämlich ausschließlich auf dem Bezug der Rente. Der Kläger ist jedoch nicht wegen des Bezugs seiner Rente Mitglied in die Pflichtgemeinschaft, sondern, weil er aufgrund des Auffangpflichtversicherungstatbestands des [Â§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) in die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung aufgenommen worden ist. Der Bezug seiner Rente dagegen bzw. seine Eigenschaft als Rentner begründen die Pflichtversicherung gerade nicht. Er gehört damit aber auch nicht zum eigentlichen Kreis der Gemeinschaft der Pflichtversicherten. Wegen dieser Unterscheidung ist es nach Ansicht des Gerichts gerechtfertigt, die nach [Â§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) Pflichtversicherten beitragsrechtlich den freiwillig Versicherten zuzuordnen.

Weder durch die Verdoppelung des Mindestbeitrags (gegenüber der bis 31.12.1988 geltenden Regelung) noch durch die unterschiedliche Behandlung freiwilliger Mitglieder und mancher Pflichtmitglieder bei der Beitragsbemessung werden Grundrechte verletzt (BSG vom 07.11.1991, [12 RK 37/90](#), BSG vom 10.03.1994, [12 RK 4/92](#) oder BSG vom 23.06.1994, [12 RK 82/92](#), Verfassungsbeschwerde gegen das BSG-Urteil vom 10.03.1994 nicht zur Entscheidung angenommen, BVerfG, Beschluss vom 17.12.1997, [1 BvR 989/94](#)). In

diesem Sinne hat das Bundessozialgericht unlängst (BSG vom 30.11.2016, [B 12 KR 6/15 R](#)) über die Verfassungsmäßigkeit des Mindestbeitrags entschieden. Die Beklagte hat in den angefochtenen Bescheiden die gesetzlichen Vorgaben zur Beitragsbemessung für den streitgegenständlichen Zeitraum zutreffend angewandt und die Beiträge ebenso korrekt ermittelt wie die Summenschläge und Mahngebühren. Wegen der Einzelheiten der Beitragsberechnungen folgt das Gericht der ausführlichen Begründung in den Widerspruchsbescheiden und sieht hier von einer weiteren Darstellung der Entscheidungsgründe ab, [Â§ 136 Abs. 3 SGG](#).

Entgegen der Rechtsauffassung des Klägers sind seine tatsächlichen Einkünfte für die Beitragsbemessung also nicht maßgeblich. Ein vom Kläger beantragter Notlagentarif ist im Gesetz nicht vorgesehen.

Es ist bereits höchststrichterlich entschieden, dass die Beitragsbemessung nach Mindesteinnahmen für freiwillige Mitglieder, die unterhalb dieser Grenze liegende oder überhaupt keine Einkünfte haben, verfassungsgemäß ist. Dies gilt auch für die Pflichtmitglieder nach [Â§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) (LSG Nordrhein-Westfalen vom 19.12.2016, [L 5 KR 290/16](#)).

Eine Ermäßigung oder ein Erlass nach [Â§ 256 a SGB V](#) kommt nur für den sogenannten Nacherhebungszeitraum in Betracht, das ist der Zeitraum vom Eintritt der gesetzlichen Versicherungspflicht bis zur Anzeige des Versicherten. Kommt der Versicherte nach seiner Anzeige mit Beiträgen in Verzug, ist die Regelung nicht anwendbar (Felix in Schlegel/Voelzke, Juris-Praxis-Kommentar-SGB V, 3. Auflage 2016, [Â§ 256 a Rn. 14](#)).

Im Übrigen wird ein Erlass nach [Â§ 76 SGB IV](#) nur bei Offenlegung der Vermögens- und Einkommensverhältnisse möglich sein.

Wovon der Kläger seinen Lebensunterhalt bestreitet und warum er keine ergänzenden Leistungen nach dem SGB XII mehr bezieht, ist dem Gericht auch nach der mündlichen Verhandlung vom 12.07.2018 nicht klar.

Die Klage war daher vollumfänglich abzuweisen.

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

Erstellt am: 11.03.2022

Zuletzt verändert am: 23.12.2024