



Bundessozialgericht



BUNDESSOZIALGERICHT - Press
 Graf-Bernadotte-Platz 5, 34119
 Tel. (0561) 3107-1, Durchwahl -460, I
 e-mail: pressestelle@bsg
 Internet: <http://www.bundessozialg>

Kassel, den 22. Dezember 2011

Terminbericht Nr. 67/11 (zur Terminvorschau Nr. 67/11)

Der 12. Senat des Bundessozialgerichts berichtet über seine Sitzung vom 21. Dezember 2011.

1) Die Beteiligten haben im Termin mitgeteilt, dass der Kläger im Dezember 2011 verstorben ist. Sie haben darüber hinaus den Rechtsstreit einvernehmlich auf die Beiträge zur Krankenversicherung beschränkt. - Die Revision der beklagten Krankenkasse führte zur Aufhebung des vorinstanzlichen Urteils und Zurückverweisung der Sache an das LSG. Zu entscheiden war im Revisionsverfahren nur über die Beitragsfestsetzung von 2005 bis zur mündlichen Verhandlung beim LSG im November 2008, soweit das SG nicht bereits für einzelne Zeiträume rechtskräftig entschieden hat. Es bestand dagegen kein Anlass, dabei auf die ab 1.1.2009 geltenden "Einheitlichen Grundsätze" des GKV-Spitzenverbands einzugehen (= Beitragsbemessung für in stationären Einrichtungen lebende Sozialhilfeempfänger nach dem 3,6-fachen Regelsatz für Haushaltsvorstände). - Die vorliegend streitige Beitragsbemessung der beklagten AOK für freiwillig versicherte Sozialhilfebezieher, die in stationären Pflegeeinrichtungen leben, ist rechtswidrig. Zwar dürfen solche Beiträge nach § 240 SGB V auf Sozialhilfeleistungen erhoben werden, die der Befriedigung des allgemeinen laufenden Lebensbedarfs dienen. Das sind - ähnlich wie nach der schon vorliegenden Rechtsprechung des Senats - die nach dem SGB XII maßgeblichen Regelsätze, Leistungen für Kosten der Unterkunft und Verpflegung, sozialhilferechtliche Mehrbedarfe, der Barbetrag ("Taschengeld") sowie vom Grundsicherungsträger übernommene (fiktive) Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung. Ausgeschlossen ist die Beitragserhebung dagegen auf Leistungen, die im Hinblick auf eine besondere Zweckbestimmung gewährt werden, zB für Hilfen in besonderen Lebenslagen iS des BSHG (so BSG SozR 3-2500 § 240 Nr 12). Auch unter Geltung des ab 1.1.2005 maßgeblichen SGB XII scheidet eine Heranziehung zu Beiträgen auf Sozialleistungen aus, die dem Versicherten mit Rücksicht auf seine Pflegebedürftigkeit zweckgebunden gewährt werden; dazu gehören die Kosten des der Pflegebedürftigkeit geschuldeten notwendigen Aufenthalts in einem Pflegeheim. Die Beklagte selbst beansprucht zB keine Beiträge auf die Leistungen der Pflegeversicherung, welche der Kläger wegen seiner Pflegestufe II nach dem SGB XI erhielt (vgl auch § 240 Abs 2 Satz 4 SGB V idF ab 1.1.2009). Da die soziale Pflegeversicherung Betroffene aber nur teilweise von pflegebedingten Aufwendungen entlastet, dürfen Beiträge zur freiwilligen Krankenversicherung auch nicht auf denjenigen Teil der Sozialleistungen erhoben werden, den der Grundsicherungsträger ergänzend zweckgebunden leistet, um eine vollständige bedarfsgerechte Versorgung bei einem stationären Pflegeheimaufenthalt zu gewährleisten. Bei Leistungen, die sowohl der "Befriedigung des allgemeinen Lebensbedarfs" dienen als auch eine "Zweckbindung" aufweisen, greift unter Geltung des SGB XII allerdings nicht mehr der vom LSG angeführte Gesichtspunkt, dass die Schwierigkeit der Berechnung eine spezielle Satzungsregelung der Krankenkasse über die Bemessung erfordere. Durch § 35 Abs 1 SGB XII sollte nämlich nach dem Willen des Gesetzgebers gerade "aus Gründen der Praktikabilität und der Verwaltungsvereinfachung ... der notwendige Lebensunterhalt in Einrichtungen entsprechend dem Umfang der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung definiert" werden (vgl BT-Drucks 15/3977 S 8). Diese in den Kontext des § 240 SGB V zu übertragende kostenmäßige Aufteilung schließt entgegen der Ansicht der Beklagten die Berücksichtigung von speziell im Rahmen von Pflegeheimaufenthalten anfallenden besonderen Berechnungsposten oder Investitionskostenteilen bei der Beitragsbemessung aus. Da sich das LSG - welches generell nur die Beitragsbemessung nach Mindestbeträgen für zulässig erachtet hat - von abweichenden rechtlichen Erwägungen hat leiten lassen und ausgehend von den aufgezeigten zutreffenden Grundsätzen möglicherweise zu anderen Berechnungen hätte gelangen können, die über die jeweilige Mindestbemessung hinausgehen, ist es im Revisionsverfahren unzulässig, abschließend über die Rechtmäßigkeit der angefochtenen Beitragsbescheide zu befinden. Das führt zur Zurückverweisung des Rechtsstreits an das Berufungsgericht zur erneuten Verhandlung und Entscheidung.

SG Berlin - S 36 KR 442/06 -
 LSG Berlin-Brandenburg - L 9 KR 69/08 -
 Bundessozialgericht - B 12 KR 22/09 R -

2) Der Senat hat auf die Revision der beigeladenen Barmer GEK die Entscheidungen der Vorinstanzen und die Bescheide der beklagten DAK aufgehoben. Zu Unrecht haben SG und LSG die Mitgliedschaft des Klägers bei der Beigeladenen zum 1.11.2006 angenommen; denn die Mitgliedschaft besteht bei der Beklagten. Im Revisionsverfahren war auch über die gegen die Beklagte erhobene Klage zu entscheiden, obwohl das SG diese Klage abgewiesen hat und nur auf den Hilfsantrag des Klägers die Beigeladene gemäß § 75 Abs 5 SGG verurteilt hat, ohne dass der Kläger selbst ein Rechtsmittel dagegen eingelegt hat. Denn auf das Rechtsmittel des nach § 75 Abs 5 SGG Verurteilten ist auch über den gegen den Beklagten geltend

gemachten Anspruch mit zu entscheiden (vgl BSG SozR 2200 § 1237a Nr 10). - In der Sache hat die Beigeladene Erfolg, weil es an einer Ausübung des Wahlrechts durch den Kläger mangelt und daher die Beklagte kraft Gesetzes zuständig ist. Der als Alg II-Bezieher versicherungspflichtige Kläger hatte das damit verbunden gewesene Krankenkassenwahlrecht des § 175 Abs 1 Satz 1 SGB V durch seine Angaben in seinem Alg II-Antrag nicht ausgeübt und daher nicht die Beigeladene zur für ihn zuständigen Krankenkasse bestimmt. Die Würdigung der Umstände - ausgehend von den nicht mit Revisionsrügen angegriffenen Feststellungen des LSG - ergibt, dass nur eine "Wissenserklärung" des Klägers darüber vorlag, zuletzt von der Beigeladenen Leistungen wegen Krankheit bezogen zu haben. Auch in der durch das Jobcenter vorgenommenen Anmeldung des Klägers bei der Beigeladenen lag keine wirksame Wahlerklärung. Ein Wahlrecht konnte der Kläger nach Verstreichen der hierfür geltenden Zwei-Wochen-Frist nicht mehr ausüben. Ihm ist insoweit weder Wiedereinsetzung in den vorherigen Stand zu gewähren noch ist er nach den Grundsätzen des sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs so zu stellen, als habe er sein Wahlrecht fristgemäß ausgeübt. Dass er bis Ende Oktober 2006 als Leistungsbezieher nach dem BSHG bzw dem SGB XII durch die Beigeladene Leistungen der GKV nach § 264 SGB V erhalten hatte, führt zu keinem anderen Ergebnis. Diese Regelung begründet kein Versicherungsverhältnis und keine Mitgliedschaft, vielmehr wurde die Beigeladene damit nur aufgrund eines gesetzlichen Auftrags iS von § 93 SGB X tätig (vgl zuletzt BSG, 1. Senat, SozR 4-2500 § 264 Nr 3). Ebenso ist unerheblich, dass die Mitgliedschaft des Klägers bei der Beklagten bereits vor längerer Zeit geendet hatte und dass er zwischenzeitlich ohne Versicherungsschutz bzw privat krankenversichert war; das Gesetz fordert keine Pflichtversicherung "unmittelbar" im zeitlichen Anschluss an die vorherige Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse (vgl BSG SozR 3-2500 § 173 Nr 3).

SG Hannover - S 44 KR 47/07 -
LSG Niedersachsen-Bremen - L 4 KR 358/07 -
Bundessozialgericht - B 12 KR 21/10 R -

Die Urteile, die ohne mündliche Verhandlung ergehen, werden nicht in der Sitzung verkündet. Sofern die Ergebnisse von allgemeinem Interesse sind, erscheint ein Nachtrag zum Terminbericht nach Zustellung der Urteile an die Beteiligten.