

**Liste Dokumente:**

- 16.05.2014 Urteil SG Detmold, S 24 KR 439/13 Seite 1 – 15
- 10.12.2015 Urteil LSG Essen, L 5 KR 406/14 Seite 1 – 9
- 10.12.2015 „Niederschrift“ der Verhandlung Seite 1 – 3
- 10.12.2014 Protokoll eines Zeugen Seite 1



## Sozialgericht Detmold

Az.: S 24 KR 439/13

Verkündet am 16.05.2014

Hake  
Regierungsbeschäftigte  
als Urkundsbeamtin  
der Geschäftsstelle



Im Namen des Volkes

### Urteil

In dem Rechtsstreit

████████████████████  
**Kläger**

gegen

Techniker Krankenkasse, vertreten durch den Vorstand, Bramfelder Straße 140,  
22305 Hamburg, Gz.: V211047 0984/WKB/E119

**Beklagte**

Techniker Krankenkasse, Pflegekasse, vertreten durch den Vorstand, Bramfelder  
Straße 140, 22305 Hamburg

**Beigeladene**

hat die 24. Kammer des Sozialgerichts Detmold auf die mündliche Verhandlung vom  
16.05.2014 durch den Vorsitzenden, den Richter Ortac sowie den ehrenamtlichen Richter  
Manegold und den ehrenamtlichen Richter Wilden für Recht erkannt:

**Die Klage wird abgewiesen.**

**Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.**

**Tatbestand:**

Die Beteiligten streiten darüber, ob der Kläger Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung und sozialen Pflegeversicherung auf eine Leistung aus einer Kapitallebensversicherung zu zahlen hat.

Der am 21.10.1947 geborene Kläger ist seit dem 01.06.2011 als Rentner bei der Beklagten gegen Krankheit versichert und bei der Beigeladenen pflegeversichert.

Der Kläger hatte mit seinem Arbeitgeber Leistungen der betrieblichen Altersversorgung vereinbart, die in Form einer Lebensversicherung zu Gunsten des Arbeitnehmers zwischen dem Arbeitgeber und dem Lebensversicherungsunternehmen, der Provinzial NordWest Lebensversicherung AG, abgeschlossen wurde. Versicherungsbeginn war der 01.01.1990; als Ablaufdatum war der 01.01.2013 festgelegt. Versicherungsnehmer war fast durchgehend der Arbeitgeber des Klägers. Für die Zeit vom 01.07.1991 bis 01.01.1992 rückte der Kläger jedoch in die Versicherungsnehmerstellung ein und zahlte in dieser Zeit auch entsprechende Prämien auf den Lebensversicherungsvertrag.

Am 01.01.2013 wurde dem Kläger von der Provinzial NordWest Lebensversicherung AG eine einmalige Kapitalleistung in Höhe von 59.254,00 EUR ausgezahlt.

Die Beklagte teilte dem Kläger – zugleich im Namen der bei ihr errichteten Beigeladenen – mit Bescheid vom 14.01.2013 mit, dass die Kapitalleistung der Beitragspflicht zur Kranken- und Pflegeversicherung unterliege. 1/120 des Gesamtbetrags werde für die Dauer von zehn Jahren als monatlicher Ausgangswert für die Beitragsberechnung zugrunde gelegt. Demnach habe er beginnend ab dem 01.02.2013 monatlich 87,08 EUR als Kranken- und 11,51 EUR als Pflegeversicherungsbeitrag zu zahlen.

Dagegen legte der Kläger mit Schreiben vom 04.02.2013 Widerspruch ein und führte zur Begründung aus, dass er noch vor Inkrafttreten des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG – vom 14.11.2003,

BGBl. I, S. 2190) zum 01.01.2004 kurzzeitig Versicherungsnehmer geworden und die Kapitalleistung infolgedessen beitragsfrei sei. Er berufe sich insofern auf die Prinzipien des Vertrauens- und Bestandsschutzes sowie den allgemeinen Gleichheitssatz, weil Privatversicherte von einer Verbeitragung verschont blieben. Die Verbeitragung sei auch deshalb unzulässig, weil er bereits als Arbeitnehmer Höchstbeiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung entrichtet habe. Die Verbeitragung bedeute auch eine enorme finanzielle Belastung für ihn und seine Familie. Dessen ungeachtet unterfalle jedenfalls der Teil der Kapitalleistung, den er als Versicherungsnehmer privat finanziert habe, nicht der Beitragspflicht.

In einem vom Kläger vorgelegten Schreiben vom 13.03.2013 teilte die Provinzial NordWest Lebensversicherung AG mit, dass 57.966,00 EUR des Auszahlungsbetrages auf Zeiträume entfielen, in denen der Arbeitgeber des Klägers Versicherungsnehmer gewesen sei, 1.288,00 EUR beruhten dagegen auf Zeiträume, in denen der Kläger Versicherungsnehmer gewesen sei.

In einem weiteren Schreiben vom 19.03.2013 bestätigte die Provinzial NordWest Lebensversicherung AG, dass der private Anteil an der ausgezahlten Kapitalleistung 1.288,00 EUR betrage. Die Berechnungsmethode beruhe auf dem Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) vom 30.03.2011 (Az.: B 12 KR 16/10 R). Der beitragspflichtige Teil einer Kapitalleistung sei danach in typisierender Weise prämiennatierlich zu errechnen, d.h. danach, in welchem Umfang während der Zeit der Versicherungsnehmereigenschaft des Arbeitgebers und der Zeit der Versicherungsnehmereigenschaft des Arbeitnehmers Prämien gezahlt worden seien.

Mit weiterem Bescheid vom 27.03.2013 teilte die Beklagte – wiederum auch im Namen der Beigeladenen – mit, dass die Kapitalzahlung der Provinzial NordWest Lebensversicherung AG nur in Höhe von 57.966,00 EUR der Beitragspflicht unterliege. Der ab dem 01.02.2013 zu zahlende monatliche Krankenversicherungsbeitrag betrage 85,41 EUR, der Pflegeversicherungsbeitrag 11,29 EUR.

Der Kläger erklärte mit Schreiben vom 23.04.2013, dass er auch gegen diesen Bescheid Widerspruch erhebe.

Die Beklagte wies die Widersprüche des Klägers mit Widerspruchsbescheid vom 25.07.2013 als unbegründet zurück. Die Kapitalleistung stelle in Höhe von 57.966,00 EUR eine einmalige Leistung der betrieblichen Altersversorgung im Sinne des § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5, Satz 3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) dar. Das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) habe entschieden, dass es gegen den allgemeinen Gleichheitssatz verstoße, soweit auch der Teil einer Kapitalleistung aus einer Direktversicherung als Versorgungsbezug zur Beitragspflicht herangezogen werde, der auf Beiträgen beruhe, die ein Arbeitnehmer nach Beendigung seiner Erwerbstätigkeit auf den Lebensversicherungsvertrag unter Einrücken in die Stellung des Versicherungsnehmers eingezahlt habe. Dagegen sei die Beitragspflicht von Leistungen aus einer vom Arbeitgeber zugunsten des Arbeitnehmers abgeschlossenen Direktversicherung – übereinstimmend mit der Rechtsprechung des BSG – als verfassungskonform bestätigt worden. Die Beitragspflicht bestehe unabhängig davon, wer die Beiträge dafür gezahlt habe, solange der Arbeitgeber die Direktversicherung durchgehend als Versicherungsnehmer geführt habe. Unter Zugrundelegung dieser Maßstäbe sei die Kapitalleistung in Höhe von 57.966,00 EUR der Beitragspflicht zur Kranken- und Pflegeversicherung zu unterwerfen. Der Umstand, dass der Versicherungsvertrag bereits vor dem Inkrafttreten des GKV-Modernisierungsgesetzes abgeschlossen worden sei, habe keine Auswirkungen auf die Beitragspflicht. Maßgeblich sei nämlich allein, dass der Versicherungsfall nach Inkrafttreten des Gesetzes (01.01.2004) eingetreten sei. Für die Beitragspflicht der Kapitalleistung sei es auch unerheblich, dass der Kläger auf die Einkünfte, aus denen er die Versicherungsprämien finanziert habe, während seines Erwerbslebens bereits Höchstbeiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung entrichtet habe.

Dagegen richtet sich die am 22.08.2013 erhobene Klage. Der Kläger wiederholt im Wesentlichen seinen Vortrag aus dem Widerspruchsverfahren. Er ist der Ansicht, dass § 229 Abs. 1 Satz 3 SGB V in der Fassung des GKV-Modernisierungsgesetzes auf von vornherein bei Vertragsabschluss rechtsverbindlich vereinbarte (einmalige) Kapitalzahlungen nicht anwendbar sei. Das BVerfG habe entschieden, dass Kapitalzahlungen aus betrieblichen Direktversicherungen den Versorgungsbezügen nach § 229 Abs. 1 SGB V gleichgestellt werden könnten, nicht müssten. Damit habe das BVerfG bestätigt, dass Kapitalzahlungen, die von vornherein bei Vertragsabschluss rechtsverbindlich vereinbart worden seien, keine Versorgungsbezüge darstellten. Ferner stelle der Wechsel in der Versicherungsnehmerstellung im Jahr 1991 eine Zäsur dar mit der Folge, dass die Kapitalleistung nicht mehr verbeitragt werden dürfe. Es liege auch eine Ungleichbehandlung darin, dass

derjenige, der sich entscheide, die Versicherung selbst zu übernehmen, besser gestellt werde als derjenige, dessen Arbeitgeber Versicherungsnehmer bleibe. Die Verbeitragung übersteige auch seine wirtschaftliche Leistungsfähigkeit.

**Der Kläger beantragt sinngemäß,**

**die Bescheide vom 14.01.2013 und 27.03.2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 25.07.2013 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, die bislang erhobenen Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung zurückzuerstatten.**

**Die Beklagte beantragt,**

**die Klage abzuweisen.**

Sie ist der Ansicht, dass die angefochtenen Bescheide der Sach- und Rechtslage entsprechen und daher nicht zu beanstanden seien. Sie verweist auf ihre Ausführungen im Widerspruchsbescheid vom 25.07.2013.

Mit Beschluss vom 21.02.2014 wurde die Pflegekasse der Techniker Krankenkasse zum Verfahren beigelegt.

**Die Beigeladene beantragt,**

**die Klage abzuweisen.**

Wegen der weiteren Einzelheiten im Sach- und Streitstand nimmt das Gericht Bezug auf die Gerichtsakten und den beigezogenen Verwaltungsvorgang der Beklagten. Der Inhalt dieser Akten war Gegenstand der mündlichen Verhandlung und Entscheidung.

**Entscheidungsgründe:**

**Die zulässige Klage** ist nicht begründet.

Die Bescheide der Beklagten vom 14.01.2013 und 27.03.2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 25.07.2013 sind rechtmäßig und verletzen den Kläger nicht in seinen Rechten im Sinne des § 54 Abs. 2 Satz 1 Sozialgerichtsgesetz (SGG). Die Kapitalleistung der Provinzial NordWest Lebensversicherung AG unterliegt in Höhe von 57.966,00 EUR der Beitragspflicht zur gesetzlichen Krankenversicherung und sozialen Pflegeversicherung. Der Kläger hat infolgedessen keinen Beitragsersatzanspruch.

Der Kläger ist seit dem 01.06.2011 als Rentner bei der Beklagten pflichtversichert. Nach § 237 Satz 1 Nr. 2 SGB V wird bei versicherungspflichtigen Rentnern der Beitragsbemessung der Zahlbetrag der der Rente vergleichbaren Einnahmen zugrundegelegt. § 226 Abs. 2 und die §§ 228, 229 und 231 SGB V gelten entsprechend (§ 237 Satz 2 SGB V). Gemäß § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V gelten als der Rente vergleichbare Einnahmen (Versorgungsbezüge), soweit sie wegen einer Einschränkung der Erwerbsfähigkeit oder zur Alters- oder Hinterbliebenenversorgung erzielt werden, auch Renten der betrieblichen Altersversorgung einschließlich der Zusatzversorgung im Öffentlichen Dienst und der hüttenknappschaftlichen Zusatzversorgung. Tritt an die Stelle der Versorgungsbezüge eine nicht regelmäßig wiederkehrende Leistung oder ist eine solche Leistung vor Eintritt des Versicherungsfalls vereinbart oder zugesagt worden, gilt nach § 229 Abs. 1 Satz 3 SGB V ein Hundertzwanzigstel der Leistung als monatlicher Zahlbetrag der Versorgungsbezüge, längstens jedoch für einhundertzwanzig Monate. Für die Beitragsbemessung in der sozialen Pflegeversicherung gelten diese Vorschriften gemäß § 57 Abs. 1 Satz 1 Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) entsprechend.

Zu den Renten der betrieblichen Altersversorgung im Sinne von § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V gehören auch Renten, die aus einer vom Arbeitgeber für den Arbeitnehmer abgeschlossenen Direktversicherung im Sinne des § 1 Abs. 2 des Gesetzes zur Verbesserung der betrieblichen Altersversorgung (BetrAVG) gezahlt werden (BSG Urteil vom 30.03.2011 – B 12 KR 16/10 R –, juris Rn. 17; BSG Urteil vom 12.11.2008 – B 12 KR 6/08 R –, juris Rn. 14, jeweils m.w.N.). Um eine solche Direktversicherung handelt es sich, wenn für die betriebliche Altersversorgung eine Lebensversicherung auf das Leben des Arbeitnehmers durch den Arbeitgeber abgeschlossen wird und der Arbeitnehmer oder seine Hinterbliebenen hinsichtlich der Leistung des Versicherers ganz oder teilweise leistungsberechtigt sind. Die Leistung ist dann der betrieblichen Altersversorgung zuzurechnen, wenn sie die Versorgung des Arbeitnehmers oder seiner Hinterbliebenen im Alter, bei Invalidität oder Tod bezweckt, also der Sicherung des Lebensstandards nach dem Ausscheiden des Ar-

beitnehmers aus dem Erwerbsleben dienen soll. Unerheblich ist, ob der Abschluss nach Auffassung der Beteiligten allein zur Ausnutzung der steuerrechtlich anerkannten und begünstigten Gestaltungsmöglichkeiten der betrieblichen Altersversorgung erfolgt. Der hinreichende Zusammenhang zwischen dem Erwerb der Leistungen aus der Lebensversicherung und der Berufstätigkeit des Arbeitnehmers für die Qualifizierung als beitragspflichtige Einnahme der betrieblichen Altersversorgung ist bei einer solchen für die betriebliche Altersversorgung typischen Versicherungsart der Direktversicherung gegeben (BSG Urteil vom 30.03.2011 – B 12 KR 16/10 R –, juris Rn. 17; BSG Urteil vom 12.11.2008 – B 12 KR 6/08 R –, juris Rn. 14).

Das ist hier der Fall. Bei dem hier streitigen Lebensversicherungsvertrag handelt es sich ausweislich des Versicherungsscheines der Provinzial NordWest Lebensversicherung AG um eine Direktversicherung, die von dem ehemaligen Arbeitgeber des Klägers abgeschlossen wurde. Zugesagt war von Anfang an keine regelmäßig wiederkehrende Leistung, sondern eine Einmalzahlung. Diese diente im Hinblick auf den Zeitpunkt der Auszahlung in dem Jahr, in dem der Kläger das 65. Lebensjahr vollendete, seiner Altersversorgung.

Dem Kläger kann nicht darin gefolgt werden, dass § 229 Abs. 1 Satz 3 SGB V Versicherungsverträge, die vor dem 01.01.2004 abgeschlossen wurden, nicht erfasse. Dem steht bereits der klare Gesetzeswortlaut entgegen, der es ausreichen lässt, dass die Leistung vor Eintritt des Versicherungsfalls entweder vereinbart oder zugesagt worden ist. Auch die Gesetzeshistorie spricht für diese Auslegung. In der ab 01.01.1989 geltenden ursprünglichen Fassung des § 229 Abs. 1 Satz 3 SGB V fehlte zunächst noch der Satzteil „oder ... zugesagt worden“. Nach der alten Fassung galt die Vorschrift also nur, wenn an die Stelle der laufenden Versorgungsbezüge eine nicht regelmäßig wiederkehrende Leistung trat. Die ursprüngliche Regelung galt demnach nicht, wenn von vornherein eine nicht wiederkehrende Leistung (Kapitalzahlung) vereinbart war. Durch das GKV-Modernisierungsgesetz wurde mit Wirkung zum 01.01.2004 der Satzteil „oder ... zugesagt worden“ eingefügt. Damit werden nun auch alle Versorgungsbezüge zur Beitragsbemessung herangezogen, die von vornherein oder jedenfalls vor dem Versicherungsfall als nicht wiederkehrende Leistung (Kapitalleistung) vereinbart worden sind (vgl. BSG Urteil vom 13.09.2006 – B 12 KR 5/06 R –, juris Rn. 14). Das wird auch durch die Gesetzesbegründung bestätigt: Im Gesetzesentwurf vom 08.09.2003 wird ausgeführt, dass die Regelung Umgehungsmöglichkeiten bei der Beitragspflicht für Versorgungsbezüge beseitige.

Nach bisherigem Recht gelte für eine nicht regelmäßig wiederkehrende Leistung (Kapitalabfindung), die an die Stelle eines Versorgungsbezugs trete, als monatliche beitragspflichtige Einnahme 1/120 der Leistung für längstens zehn Jahre. Die Spitzenverbände der Kranken- und Rentenversicherungsträger hätten im Gemeinsamen Rundschreiben vom 21.03.2002 hierzu ausgeführt, dass Beiträge aus einer Kapitalabfindung nur dann berechnet werden könnten, wenn dadurch ein bereits geschuldeter Versorgungsbezug ersetzt werde. Geschuldet werde der Versorgungsbezug, wenn der Versicherungsfall bereits eingetreten sei. Im Umkehrschluss seien keine Beiträge zu berechnen, wenn der Anspruch auf die Kapitalleistung vor Eintritt des Versicherungsfalles zugesichert werde bzw. die einmalige Leistung von vornherein als solche zugesagt worden sei (originäre Kapitalleistung). Die Beitragspflicht werde also durch entsprechende Vereinbarungen umgangen. Aus Gründen der gleichmäßigen Behandlung aller Betroffenen solle diese Lücke geschlossen werden (BT-Drucks. 15/1525, S. 139).

Entgegen der Ansicht des Klägers liegt darin auch kein Fall einer unzulässigen Rückwirkung. Zwar wurde der Direktversicherungsvertrag bereits zum 01.01.1990 und damit vor dem 01.01.2004 abgeschlossen. Das BSG hat jedoch bereits entschieden, dass es verfassungsrechtlich jedenfalls nicht zu beanstanden ist, wenn der Gesetzgeber zum 01.01.2004 nach einer über 20-jährigen Beobachtungsphase in Wahrnehmung seines Spielraums auch im Hinblick auf Umgehungsmöglichkeiten Versorgungsbezüge in Form einmaliger Kapitalzahlungen mit regelmäßig wiederkehrend bezahlten Versorgungsbezügen gleichstellt und damit bei gleichartiger Verwurzelung in der früheren Erwerbstätigkeit eine Gleichbehandlung ohne Berücksichtigung der Zahlungsmodalitäten schafft (BSG Urteil vom 12.11.2008 – B 12 KR 10/08 R –, juris Rn 18). Dem schließt sich die Kammer nach eigener Prüfung an. Das BVerfG hat zudem darauf hingewiesen, dass die Versicherten, nachdem der Gesetzgeber bereits mit dem Rentenanpassungsgesetz (RAG) 1982 vom 01.12.1981 (BGBl. I, S. 1205) laufende Versorgungsbezüge in die Beitragspflicht einbezogen hatte, in den Fortbestand der Rechtslage, welche die nicht wiederkehrenden Leistungen gegenüber anderen Versorgungsbezügen privilegierte, nicht uneingeschränkt vertrauen konnten (BVerfG Beschluss vom 07.04.2008 – 1 BvR 1924/07 –, juris Rn. 36).

Auch ist die Leistung der Provinzial NordWest Lebensversicherung AG in Höhe von 57.966,00 EUR der betrieblichen Altersversorgung zuzurechnen. Für die Abgrenzung der beitragspflichtigen Leistungen der betrieblichen Altersversorgung im Sinne des § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V gegenüber den beitragsfreien sonstigen Leistungen aus privaten

Lebensversicherungen ist nach der Rechtsprechung des BSG nicht auf den im Einzelfall jeweils nachweisbaren Zusammenhang mit dem früheren Erwerbsleben abzustellen. Es ist vielmehr typisierend von einem solchen Zusammenhang auszugehen. Die gesetzliche Regelung unterwirft mit den Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und den Versorgungsbezügen im Sinne von § 229 Abs. 1 Satz 1 SGB V grundsätzlich Bezüge bestimmter Institutionen (z.B. Pensionskasse, § 1b Abs. 3 BetrAVG) und aus vergleichbaren Sicherungssystemen (z.B. Direktversicherung, § 1b Abs. 2 BetrAVG) der Beitragspflicht, bei denen in der Regel ein Zusammenhang zwischen der Zugehörigkeit zu diesem System und einer Erwerbstätigkeit besteht. Diese sog. institutionelle Abgrenzung orientiert sich allein daran, ob die Rente bzw. die einmalige Kapitalleistung von einer Einrichtung der betrieblichen Altersversorgung gezahlt wird und lässt Modalitäten des individuellen Rechtserwerbs unberücksichtigt (BSG Urteil vom 30.03.2011 – B 12 KR 16/10 R –, juris Rn. 19 m.w.N.). So hat das BSG zur typisierenden Anknüpfung sowohl im Hinblick auf die Leistung von Pensionskassen als auch hinsichtlich einer Direktversicherung ausgeführt, dass nur derjenige, der aufgrund einer bestimmten früheren Berufstätigkeit Mitglied einer entsprechenden Einrichtung werden kann und dieses Recht ausübt, sich für seine zusätzliche Sicherung nicht irgendeiner Form der privaten Vorsorge bediene, sondern sich der betrieblichen Altersversorgung anschließe und sich damit im gewissen Umfang deren Vorteile nutzbar mache. Diese aber setze zwingend das Vorliegen eines Arbeitsverhältnisses zwischen dem Versicherungsnehmer (Arbeitgeber) und dem Versicherten (Arbeitnehmer) voraus. Wer sich zur Alters- und Hinterbliebenenversorgung der Institutionen der betrieblichen Altersversorgung und der hiermit verbundenen Vorteile bediene, müsse sich dann aber in der Konsequenz auch bezüglich der an diesen institutionellen Rahmen geknüpften beitragsrechtlichen Folgen hieran festhalten lassen, ohne dass es dem Krankenversicherungsträger zugemutet werden könnte, noch nach Jahren und Jahrzehnten das Vorliegen der für diese Versorgungsform im Einzelnen vorgesehenen Voraussetzungen in jedem Einzelfall vollständig zu überprüfen (BSG Urteil vom 30.03.2011 – B 12 KR 16/10 R –, juris Rn. 19). In diesem Sinne bediente sich vorliegend auch der Kläger nicht irgendeiner beliebigen Form der privaten Vorsorge – beispielsweise einer privaten Kapitallebensversicherung –, sondern der nach § 1 BetrAVG i.V.m. § 1b Abs. 2 BetrAVG ausschließlich als Durchführungsweg der betrieblichen Altersversorgung definierten Direktversicherung. Er muss infolgedessen auch die daraus erwachsenden beitragsrechtlichen Folgen tragen.

Diese institutionelle Abgrenzung ist verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden. Sie führt nach der Rechtsprechung des BSG noch am ehesten zu Ergebnissen, die mit dem allgemeinen Gleichheitssatz des Art. 3 Abs. 1 Grundgesetz (GG) zu vereinbaren sind (vgl. BSG Urteil vom 30.03.2011 – B 12 KR 24/09 R –, juris Rn. 22). Sie stellt aus verfassungsrechtlicher Sicht grundsätzlich ein geeignetes Kriterium dar, um beitragspflichtige Versorgungsbezüge und beitragsfreie private Lebensversicherungen voneinander abzugrenzen (vgl. BVerfG Beschluss vom 06.09.2010 – 1 BvR 739/08 –, juris Rn. 12 ff.; BVerfG Beschluss vom 28.09.2010 – 1 BvR 1660/08 –, juris Rn. 12). Es ist auch unschädlich, wenn die Leistungen aus einer Direktversicherung ganz oder zum Teil auf Leistungen des Arbeitnehmers bzw. des Bezugsberechtigten beruhen (BSG Urteil vom 12.11.2008 – B 12 KR 6/08 R –, juris Rn. 18). Sogar bei Prämien, die ein Arbeitnehmer nach dem Ausscheiden aus dem Arbeitsverhältnis auf eine Direktversicherung einzahlt, bestehen gegen eine Beitragspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung keine verfassungsrechtlichen Bedenken, solange der Arbeitgeber die Direktversicherung als Versicherungsnehmer fortführt (BVerfG Beschluss vom 06.09.2010 – 1 BvR 739/08 –, juris Rn. 15 f.; BVerfG Beschluss vom 28.09.2010 – 1 BvR 1660/08 –, juris Rn. 12). Eine hierin liegende Ungleichbehandlung gegenüber Pflichtversicherten, die Erträge aus privaten Lebensversicherungen oder anderen privaten Anlageformen erzielen, ist mit Art. 3 Abs. 1 GG vereinbar, weil das Betriebsrentenrecht auch die ausschließlich arbeitnehmerfinanzierte Direktversicherung als betriebliche Altersversorgung qualifiziert und bei einem vom Arbeitgeber abgeschlossenen und als Versicherungsnehmer weitergeführten Versicherungsvertrag der institutionelle Rahmen des Betriebsrentenrechts erhalten bleibt (BVerfG Beschluss vom 06.09.2010 – 1 BvR 739/08 –, juris Rn. 15; BSG Urteil vom 30.03.2011 – B 12 KR 16/10 R –, juris Rn. 27).

Der institutionelle Rahmen des Betriebsrentenrechts wird auch nicht dadurch verlassen, dass der Versorgungsbezug aus bereits zu Sozialversicherungsbeiträgen herangezogenem Arbeitsentgelt finanziert worden ist. Auch wenn für das Steuerrecht der Grundsatz gilt, dass steuerbares Einkommen nur beim erstmaligen Zufluss bzw. bei der erstmaligen Realisierung zu versteuern sei, gelten nämlich für die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung andere Grundsätze, wenn man bedenkt, dass dieser Versicherungsschutz nicht nur während des Erwerbslebens, sondern auch nach dem Eintritt in den Ruhestand zur Verfügung gestellt wird. Das BVerfG hat in Konsequenz dessen einen Verstoß gegen die Eigentumsgarantie aus Art. 14 Abs. 1 GG und die wirtschaftliche Handlungsfreiheit der betroffenen Versicherten aus Art. 2 Abs. 1 GG verneint. Die Äquivalenz

von Beitrag und Risikoabsicherung sei durch einen Beitrag auf berufsbezogene Versorgungsbezüge des Rentners nicht gestört (BVerfG Beschluss vom 06.09.2010 – 1 BvR 739/08 –, juris Rn. 10 f.).

Der institutionelle Rahmen wird jedoch für den Fall verlassen, dass Kapitalleistungen auf Prämien beruhen, die ein Arbeitnehmer nach dem Ende seines Arbeitsverhältnisses auf einen Kapitallebensversicherungsvertrag unter Einrücken in die Stellung des Versicherungsnehmers eingezahlt hat. Solche Kapitalleistungen unterliegen nicht der Beitragspflicht in der Kranken- und Pflegeversicherung. Würden auch Auszahlungen aus solchen Versicherungsverträgen der Beitragspflicht unterworfen, läge darin eine gleichheitswidrige Benachteiligung der hierdurch Begünstigten gegenüber solchen Pflichtversicherten, die beitragsfreie Leistungen aus privaten Lebensversicherungsverträgen oder anderen privaten Anlageformen erhalten. Denn eine Ungleichbehandlung, die hinsichtlich der Beitragspflicht allein daran anknüpft, dass die Lebensversicherungsverträge ursprünglich vom früheren Arbeitgeber abgeschlossen wurden und damit (nur) seinerzeit dem Regelwerk des Betriebsrentenrechts unterlagen, überschreitet die Grenzen zulässiger Typisierung. Wenn ein solcher Lebensversicherungsvertrag vollständig aus dem betrieblichen bzw. beruflichen Bezug gelöst worden ist, unterscheidet er sich dann nicht mehr von einem privaten Kapitallebensversicherungsvertrag (BVerfG Beschluss vom 28.09.2010 – 1 BvR 1660/08 –, juris Rn. 13 ff.; BSG Urteil vom 30.03.2011 – B 12 KR 16/10 R –, juris Rn. 29).

Diese Voraussetzungen liegen hier zum Teil vor. Der Kläger rückte zwischen dem 01.07.1991 und 01.01.1992 in die Stellung des Versicherungsnehmers ein und zahlte in diesem Zeitraum auch Prämien privat weiter. Der vom Kläger finanzierte Anteil an der Gesamtzahlung beträgt ausweislich der Schreiben der Provinzial NordWest Lebensversicherung AG vom 13.03.2013 und 19.03.2013 1.288,00 EUR. Nur in dieser Höhe unterliegt die Kapitalleistung nicht der Beitragspflicht zur Kranken- und Pflegeversicherung. Dem entsprechend hat die Beklagte im Bescheid vom 27.03.2013 Beiträge lediglich auf Grundlage einer Kapitalleistung von 57.966,00 EUR berechnet.

Entgegen der Ansicht des Klägers unterliegt auch der Teil des Auszahlungsbetrags, der auf betrieblicher Altersversorgung mit dem Arbeitgeber als Versicherungsnehmer beruht, der Beitragspflicht in der Kranken- und Pflegeversicherung, wenn – wie hier – vor dem 01.01.2004 ein kurzzeitiger Versicherungsnehmerwechsel stattgefunden hat. Denn die aus verfassungsrechtlichen Gründen vorgenommene rechtliche Unterscheidung von be-

trieblicher und privater Altersversorgung anhand des Kriteriums der Versicherungsnehmereigenschaft führt nicht (auch) versicherungsvertragsrechtlich dazu, dass in den Beziehungen zum Versicherungsunternehmen „Altverträge“ von „Neuverträgen“ zu unterscheiden wären und daher für den auf dem „Altvertrag“ beruhenden Auszahlungsteilbetrag nach dem bis zum 31.12.2003 geltenden Recht endgültig Beitragsfreiheit bestünde. Wenn es – wie hier – bei dem ursprünglich vereinbarten Auszahlungszeitpunkt zu einem Datum nach dem 01.01.2004 verbleibt, so wird die ursprüngliche Direktversicherung auch nicht mit dem Versicherungsnehmerwechsel vor dem 01.01.2004 aus dem betrieblichen Bezug gelöst oder der auf ihr beruhende Auszahlungsteilbetrag wird nicht etwa nach altem Recht beitragsfrei (vgl. BSG Urteil vom 30.03.2011 – B 12 KR 16/10 R –, juris Rn. 24).

Es liegt auch kein Verstoß gegen den allgemeinen Gleichheitssatz des Art. 3 Abs. 1 GG darin, dass die Versicherten, die Direktversicherungen als Versicherungsnehmer privat weiter finanziert haben, beitragsrechtlich besser gestellt sind als der Kläger. Denn insofern ist die Versicherungsnehmerstellung ein sachlich ausreichend differenzierendes Kriterium.

Soweit der Kläger meint, dass das BVerfG nur entschieden habe, dass die Auszahlung einer Direktversicherung verbeitragt werden könnte, nicht aber verbeitragt werden müsste, entspricht dies der Aufgabe des BVerfG. Denn das BVerfG ist keine „Superrevisionsinstanz“. Die Auslegung des einfachen Rechts obliegt in erster Linie den Fachgerichten (vgl. BVerfG Beschluss vom 06.11.1975 – 1 BvR 358/75 –, juris Rn. 5). Nach der ständigen Rechtsprechung des BSG unterliegen Auszahlungen aus Direktversicherungen grundsätzlich der Beitragspflicht, und dies ist nach der Auslegung des BVerfG verfassungsrechtlich grundsätzlich nicht zu beanstanden (vgl. BVerfG Beschluss vom 28.09.2010 – 1 BvR 1660/08 –, juris Rn. 12).

Auch der Einwand des Klägers, dass die Verbeitragung seine wirtschaftliche Leistungsfähigkeit übersteige, vermag nicht zu überzeugen. Das BVerfG hat bereits entschieden, dass die Einbeziehung der nicht wiederkehrenden Versorgungsleistungen in die Beitragspflicht mit dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit vereinbar ist (vgl. dazu und im Folgenden BVerfG Beschluss vom 07.04.2008 – 1 BvR 1924/07 –, juris Rn. 34 f.). Sie bildet ein geeignetes und erforderliches Mittel zur Stärkung der Finanzgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung. Der Gesetzgeber ist von Verfassungs wegen berechtigt, jüngere Krankenversicherte von der Finanzierung des höheren Aufwands für die Rentner zu entlasten und die Rentner entsprechend ihrem Einkommen verstärkt zur Finanzierung heran-

zuziehen. Die Höhe der dadurch hervorgerufenen Beitragsbelastung bewirkt keinen unzumutbaren Eingriff in die Vermögensverhältnisse der Betroffenen. Die monatliche Beitragspflicht aus der erfolgten Zahlung der Direktversicherung beträgt im Fall des Klägers monatlich 96,70 EUR, wobei dieser Betrag nach § 229 Abs. 1 Satz 3 SGB V längstens für 10 Jahre zu leisten ist. Das ist zwar nicht unerheblich, aber angesichts der Höhe der zugeflossenen Versicherungsleistungen nicht mit einer grundlegenden Beeinträchtigung der Vermögensverhältnisse im Sinne einer erdrosselnden Wirkung verbunden (vgl. BVerfG Beschluss vom 07.04.2008 – 1 BvR 1924/07 –, juris Rn. 35).

Auch die Höhe und die Art und Weise der Berechnung der Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung ist nicht zu beanstanden. Die Provinzial NordWest Lebensversicherung AG hat den beitragspflichtigen Teil der Kapitaleistung prämieneratierlich nach den Vorgaben des BSG (vgl. Urteil vom 30.03.2011 – B 12 KR 16/10 R –, juris Rn. 38 ff.) berechnet. Der Kläger ist dieser Berechnungsmethode im Klageverfahren auch nicht mehr entgegen getreten.

Da die Beitragserhebung seit dem 01.02.2013 nicht zu Unrecht erfolgt, kommt eine Beitragsrückerstattung gemäß § 26 Abs. 2 Viertes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IV) nicht in Betracht.

Die Kostenentscheidung folgt aus § 193 SGG.

**Rechtsmittelbelehrung:**

**Dieses Urteil kann mit der Berufung angefochten werden.**

Die Berufung ist innerhalb eines Monats nach Zustellung des Urteils beim

Landessozialgericht  
Nordrhein-Westfalen,  
Zweigertstraße 54,  
45130 Essen,

schriftlich oder mündlich zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle einzu-  
legen.

Die Berufungsfrist ist auch gewahrt, wenn die Berufung innerhalb der Frist bei dem

Sozialgericht Detmold,  
Richthofenstraße 3,  
32756 Detmold,

schriftlich oder mündlich zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle einge-  
legt wird.

Die Berufungsschrift muss bis zum Ablauf der Frist bei einem der vorgenannten Gerichte  
eingegangen sein. Sie soll das angefochtene Urteil bezeichnen, einen bestimmten Antrag  
enthalten und die zur Begründung dienenden Tatsachen und Beweismittel angeben.

Die Einreichung in elektronischer Form erfolgt durch die Übertragung des elektronischen  
Dokuments in die elektronische Poststelle. Diese ist über die Internetseite [www.sg-  
detmold.nrw.de](http://www.sg-detmold.nrw.de) erreichbar. Die elektronische Form wird nur gewahrt durch eine qualifiziert  
signierte Datei, die den Maßgaben der Verordnung über den elektronischen Rechtsver-  
kehr bei den Sozialgerichten im Lande Nordrhein-Westfalen (ERVVO SG) vom  
07.11.2012 (GV.NRW, 551) entspricht. Hierzu sind die elektronischen Dokumente mit ei-  
ner qualifizierten Signatur nach § 2 Nummer 3 des Signaturgesetzes vom 16.05.2001  
(BGBl. I, 876) in der jeweils geltenden Fassung zu versehen. Die qualifizierte elektroni-

sche Signatur und das ihr zugrunde liegende Zertifikat müssen durch das Gericht überprüfbar sein. Auf der Internetseite [www.justiz.nrw.de](http://www.justiz.nrw.de) sind die Bearbeitungsvoraussetzungen bekanntgegeben.

Zusätzlich wird darauf hingewiesen, dass einem Beteiligten auf seinen Antrag für das Verfahren vor dem Landessozialgericht unter bestimmten Voraussetzungen Prozesskostenhilfe bewilligt werden kann.

Gegen das Urteil steht den Beteiligten die Revision zum Bundessozialgericht unter Übergehung der Berufungsinstanz zu, wenn der Gegner schriftlich zustimmt und wenn sie von dem Sozialgericht auf Antrag durch Beschluss zugelassen wird. Der Antrag auf Zulassung der Revision ist innerhalb eines Monats nach Zustellung des Urteils bei dem Sozialgericht Detmold schriftlich zu stellen. Die Zustimmung des Gegners ist dem Antrag beizufügen.

Lehnt das Sozialgericht den Antrag auf Zulassung der Revision durch Beschluss ab, so beginnt mit der Zustellung dieser Entscheidung der Lauf der Berufungsfrist von neuem, sofern der Antrag auf Zulassung der Revision in der gesetzlichen Form und Frist gestellt und die Zustimmungserklärung des Gegners beigefügt war.

Die Einlegung der Revision und die Zustimmung des Gegners gelten als Verzicht auf die Berufung, wenn das Sozialgericht die Revision zugelassen hat.

Ortac

Ausgefertigt



Hake

Regierungsbeschäftigte  
als Urkundsbeamtin der Geschäftsstelle





**Beglaubigte Abschrift**

## **Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen**

Verkündet am 10.12.2015

**Az.: L 5 KR 406/14**

Az.: S 24 KR 439/13 SG Detmold

Megger  
Regierungsbeschäftigte  
als Urkundsbeamtin  
der Geschäftsstelle

**Im Namen des Volkes**

### **Urteil**

In dem Rechtsstreit

**Kläger und Berufungskläger**

gegen

Techniker Krankenkasse, vertreten durch den Vorstand, Bramfelder Straße 140,  
22305 Hamburg, Gz.: U014490425/WKB/Ba

**Beklagte und Berufungsbeklagte**

Techniker Krankenkasse - Pflegekasse -, vertreten durch den Vorstand, Bramfelder  
Straße 140, 22305 Hamburg, Gz.: U014490425/WKB/Ba

**Beigeladene**

hat der 5. Senat des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen in Essen auf die mündliche Verhandlung vom 10.12.2015 durch den Vorsitzenden Richter am Landessozialgericht Dr. Jansen, den Richter am Landessozialgericht Pierscianek und die Richterin am Landessozialgericht Altenweger sowie die ehrenamtliche Richterin Poëll und den ehrenamtlichen Richter Fries für Recht erkannt:

**Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts  
Detmold vom 16.05.2014 wird zurückgewiesen.**

**Dem Kläger werden Verschuldungskosten in Höhe von  
1.000,-- Euro auferlegt. Im Übrigen sind Kosten nicht zu erstatten.**

**Die Revision wird nicht zugelassen.**

**Tatbestand:**

Der Kläger wendet sich gegen die Beitragspflicht einer Kapitalzahlung aus einer Direktversicherung.

Der am 21.10.1947 geborene Kläger, der bei der Beklagten kranken- und bei der Beigeladenen pflegeversichert ist, erhielt am 01.01.2013 aus einer bei der Westfälischen Provinzial Lebensversicherungsanstalt abgeschlossenen Lebensversicherung, bei der die früheren Arbeitgeberinnen des Klägers Versicherungsnehmerinnen und der Kläger versicherte Person war, eine einmalige Kapitalleistung in Höhe von 59.254,-- Euro. Durch Bescheid vom 14.01.2013 stellte die Beklagte – zugleich im Namen der Beigeladenen – fest, dass die Kapitalleistung der Beitragspflicht in der Kranken- und Pflegeversicherung unterliege: 1/120 des Gesamtbetrags werde für die Dauer von 10 Jahren als monatlicher Ausgangswert der Beitragsberechnung in der Kranken- und Pflegeversicherung zugrundegelegt. Es ergebe sich ein monatlicher Beitrag ab 01.02.2013 in Höhe von 87,08 Euro zur Krankenversicherung und in Höhe von 11,51 Euro zur Pflegeversicherung.

Dagegen legte der Kläger am 04.02.2013 Widerspruch ein, mit dem er vorbrachte, dass die Verbeitragung der Kapitalleistung insgesamt von ihm für rechtswidrig gehalten werde; jedenfalls aber sei der Anteil der Kapitalleistung, der auf Zeiträumen beruhe, in denen er selbst Versicherungsnehmer gewesen sei, nicht der Beitragsbemessung zu unterwerfen. Die Provinzial Nord-West LebensversicherungsAG teilte unter dem 19.03.2013 mit, dass der private Anteil der ausgezahlten Kapitalleistung 1.288,-- Euro betrage. Mit weiterem Bescheid vom 27.03.2013 stellte die Beklagte nunmehr fest, dass die Kapitalzahlung in Höhe von nur noch 57.966,-- Euro der Beitragspflicht in der Kranken- und Pflegeversiche-

runge unterliege. Der ab 01.02.2013 zu zahlende monatliche Krankenversicherungsbeitrag betrage 85,41 Euro, der Pflegeversicherungsbeitrag 11,29 Euro. Auch dieser Bescheid erging im Namen der Pflegekasse.

Den dagegen am 23.04.2013 erneut eingelegten Widerspruch wies die Beklagte durch den Widerspruchsbescheid vom 25.07.2013 zurück.

Dagegen hat der Kläger am 22.08.2013 Klage vor dem Sozialgericht Detmold erhoben.

Er hat die Auffassung vertreten, dass § 229 Abs. 1 Satz 3 SGB V auf vor Inkrafttreten dieser Vorschrift rechtsverbindlich vereinbarte einmalige Kapitalzahlungen aus Direktversicherungen nicht anwendbar sei.

Der Kläger hat beantragt,

die Bescheide vom 14.01.2013 und 27.03.2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 25.07.2013 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, die bislang erhobenen Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung zurückzuerstatten.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie hat an der in den angefochtenen Bescheiden geäußerten Rechtsauffassung festgehalten.

Das Sozialgericht hat die Klage durch Urteil vom 16.05.2014 abgewiesen. Wegen der Einzelheiten der Begründung wird auf die Entscheidungsgründe Bezug genommen.

Gegen das ihm am 06.06.2014 zugestellte Urteil hat der Kläger am 03.07.2014 Berufung eingelegt.

Die Beklagte hat die Bescheide vom 14.01.2013 und die Folgebescheide hinsichtlich der Pflegeversicherungspflicht und -beiträge im Termin zur mündlichen Verhandlung am

10.12.2015 aufgehoben.

Zur Begründung der Berufung wiederholt der Kläger sein erstinstanzliches Vorbringen.

Der Kläger stellt die Anträge aus dem Schriftsatz vom 04.12.2015, Buchstabe F Nrn. 1-5.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Die Beigeladene stellt keinen Antrag.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstands wird verwiesen auf den übrigen Inhalt der Streitakten sowie der Verwaltungsakten der Beklagten, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist.

#### **Entscheidungsgründe:**

Nachdem die Beklagte im Termin zur mündlichen Verhandlung den Bescheid vom 14.01.2013 sowie die Folgebescheide vom 27.03.2013, 13.08.2014, 10.09.2014 und 16.04.2015 hinsichtlich der Pflegeversicherungspflicht und der Beiträge zur Pflegeversicherung aufgehoben hat, betrifft der Rechtsstreit nur noch die Frage, ob die Kapitalzahlung aus der Direktversicherung bei der Provinzial Nord-West LebensversicherungsAG in Höhe von 57.966 Euro der Beitragspflicht in der Krankenversicherung unterliegt und ob der Kläger deshalb die in den o.g. Bescheiden festgesetzten Beiträge zu entrichten hat.

Die Anträge, die der Kläger in dem Schriftsatz vom 04.12.2015 zu F. Nrn. 1-5 formuliert hat, sind dahin auszulegen, dass der Kläger die Aufhebung der Bescheide vom 14.01.2013 und 27.03.2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 25.07.2013 sowie der weiteren Bescheide vom 13.08.2014, 10.09.2014 und 16.04.2015 begehrt.

Die zulässige Berufung des Klägers ist nicht begründet. Das Sozialgericht hat die Klage zu Recht abgewiesen, denn die Beklagte hat durch den Bescheid vom 27.03.2013 in der

Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 25.07.2013 zutreffend entschieden, dass die Einmalzahlung aus der Direktversicherung in Höhe von 57.966 Euro der Beitragspflicht in der Krankenversicherung unterliegt. Außerdem hat sie die Höhe der vom Kläger zu zahlenden Beiträge zutreffend festgesetzt. Das gilt auch für die Folgebescheide vom 13.08.2014, 10.09.2014 und 16.04.2015. Gegen die Höhe der zu zahlenden Beiträge, d.h. deren richtige Berechnung, hat der Kläger keine Einwendungen erhoben.

Wegen der Begründung nimmt der Senat Bezug auf die zutreffenden Entscheidungsgründe des angefochtenen Urteils, denen er sich nach eigener Prüfung in vollem Umfang anschließt (§ 153 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz [SGG]).

Die Auferlegung von Verschuldungskosten in Höhe von 1.000,-- Euro beruht auf § 192 SGG. Gemäß § 192 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGG kann das Gericht einem Beteiligten ganz oder teilweise die Kosten auferlegen, die dadurch verursacht werden, dass der Beteiligte den Rechtsstreit fortführt, obwohl ihm vom Vorsitzenden die Missbräuchlichkeit der Rechtsverfolgung oder -verteidigung dargelegt und er auf die Möglichkeit der Kostenauflegung bei Fortführung des Rechtsstreits hingewiesen worden ist. Eine Rechtsverfolgung ist missbräuchlich, wenn sie offensichtlich unzulässig oder unbegründet ist und von jedem Einsichtigen als völlig aussichtslos angesehen werden muss. Diese Auslegung entspricht der ständigen Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts zur Missbrauchgebühr in § 34 Abs. 2 Bundesverfassungsgerichtsgesetz – BVerfGG - (vgl. Bundesverfassungsgericht <BVerfG> vom 06.11.1995 – 2 BvR 1806/95 – NJW 1996, 1273 – 1274). Die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts kann auch zur Auslegung des § 192 SGG herangezogen werden, denn Wortlaut und Zweck beider Vorschriften stimmen überein. Der Senat hält die Fortführung des Rechtsstreits durch den Kläger, dem der erforderliche Hinweis ausweislich der Sitzungsniederschrift erteilt worden ist, nach diesen Maßstäben angesichts der eindeutigen Rechtslage, die sich selbst juristisch nicht gebildeten Personen ohne Weiteres erschließt, für rechtsmissbräuchlich. Hinsichtlich der Höhe hält der Senat im Hinblick auf die zu schätzenden Kosten für die Vorbereitung, den Erlass, die Absetzung und Zustellung des Urteils einen Betrag in Höhe von 1.000,-- Euro für angemessen.

Die Kostenentscheidung im Übrigen beruht auf § 193 SGG. Der Senat hat es dabei für angemessen gehalten, der Beklagten bzw. der Beigeladenen Kosten trotz des Erfolgs der Berufung hinsichtlich der Beitragspflicht der Kapitalzahlung in der Pflegeversicherung

nicht aufzuerlegen. Dieser – geringfügige – Erfolg hindert die Beigeladene nämlich nicht daran, die Beitragspflicht – auch rückwirkend – festzustellen und den Kläger zur Beitragszahlung – auch rückwirkend – heranzuziehen.

Anlass, die Revision zuzulassen, hat nicht bestanden, weil die Voraussetzungen des § 160 Absatz 2 SGG nicht vorliegen.

### **Rechtsmittelbelehrung:**

Dieses Urteil kann nur dann mit der Revision angefochten werden, wenn sie nachträglich vom Bundessozialgericht zugelassen wird. Zu diesem Zweck kann die Nichtzulassung der Revision durch das Landessozialgericht mit der Beschwerde angefochten werden.

Die Beschwerde ist von einem bei dem Bundessozialgericht zugelassenen Prozessbevollmächtigten innerhalb eines Monats nach Zustellung des Urteils schriftlich oder in elektronischer Form beim

Bundessozialgericht, Postfach 41 02 20, 34114 Kassel,  
oder  
Bundessozialgericht, Graf-Bernadotte-Platz 5, 34119 Kassel,

einzulegen.

Die Beschwerdeschrift muss bis zum Ablauf der Monatsfrist bei dem Bundessozialgericht eingegangen sein.

Die elektronische Form wird nur durch eine qualifiziert signierte Datei gewahrt, die den Maßgaben der Verordnung über den elektronischen Rechtsverkehr beim Bundessozialgericht vom 18.12.2006 (BGBl. I S. 3219 ff., [www.egvp.de](http://www.egvp.de)) entspricht und als Anhang einer elektronischen Nachricht zu übermitteln ist. Die qualifizierte elektronische Signatur erfordert eine Signaturkarte und ein Kartenlesegerät (zu den weiteren technischen Voraussetzungen und den zulässigen Dateiformaten: [www.egvp.de](http://www.egvp.de)). Zur Entgegennahme elektronischer Dokumente ist ausschließlich der elektronische Gerichtsbriefkasten des Bundessozialgerichts bestimmt, der über die vom Bundessozialgericht zur Verfügung gestellte Zugangs- und Übertragungssoftware erreichbar ist. Die Software kann über das Internetportal des Bundessozialgerichts ([www.bundessozialgericht.de](http://www.bundessozialgericht.de)) lizenzfrei heruntergeladen werden.

Als Prozessbevollmächtigte sind nur zugelassen

- jeder Rechtsanwalt,
- Rechtslehrer an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule eines Mitgliedsstaates der Europäischen Union, eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz, die die Befähigung zum Richteramt besitzen,
- selbständige Vereinigungen von Arbeitnehmern mit sozial- oder berufspolitischer Zwecksetzung für ihre Mitglieder,
- berufsständische Vereinigungen der Landwirtschaft für ihre Mitglieder,

- Gewerkschaften und Vereinigungen von Arbeitgebern sowie Zusammenschlüsse solcher Verbände für ihre Mitglieder oder für andere Verbände oder Zusammenschlüsse mit vergleichbarer Ausrichtung und deren Mitglieder,

- Vereinigungen, deren satzungsgemäße Aufgaben die gemeinschaftliche Interessenvertretung, die Beratung und Vertretung der Leistungsempfänger nach dem sozialen Entschädigungsrecht oder der behinderten Menschen wesentlich umfassen und die unter Berücksichtigung von Art und Umfang ihrer Tätigkeit sowie ihres Mitgliederkreises die Gewähr für eine sachkundige Prozessvertretung bieten, für ihre Mitglieder,

- juristische Personen, deren Anteile sämtlich im wirtschaftlichen Eigentum einer der vorgenannten Organisationen stehen, wenn die juristische Person ausschließlich die Rechtsberatung und Prozessvertretung dieser Organisation und ihrer Mitglieder oder anderer Verbände oder Zusammenschlüsse mit vergleichbarer Ausrichtung und deren Mitglieder entsprechend deren Satzung durchführt, und wenn die Organisation für die Tätigkeit der Bevollmächtigten haftet.

Die vorgenannten Vereinigungen, Gewerkschaften und juristischen Personen müssen durch Personen mit Befähigung zum Richteramt handeln. Behörden und juristische Personen des öffentlichen Rechts einschließlich der von ihnen zur Erfüllung ihrer öffentlichen Aufgaben gebildeten Zusammenschlüsse sowie private Pflegeversicherungsunternehmen können sich durch eigene Beschäftigte mit Befähigung zum Richteramt oder durch Beschäftigte mit Befähigung zum Richteramt anderer Behörden oder juristischer Personen des öffentlichen Rechts einschließlich der von ihnen zur Erfüllung ihrer öffentlichen Aufgaben gebildeten Zusammenschlüsse vertreten lassen.

Ein Beteiligter, der zur Vertretung berechtigt ist, kann sich selbst vertreten. Handelt es sich dabei um eine der vorgenannten Vereinigungen, Gewerkschaften oder juristischen Personen, muss diese durch Personen mit Befähigung zum Richteramt handeln.

Die Beschwerde ist innerhalb von zwei Monaten nach Zustellung des Urteils von einem zugelassenen Bevollmächtigten schriftlich oder in elektronischer Form zu begründen.

In der Begründung muss die grundsätzliche Bedeutung der Rechtssache dargelegt oder die Entscheidung des Bundessozialgerichts, des Gemeinsamen Senats der obersten Gerichtshöfe des Bundes oder des Bundesverfassungsgerichts, von der das Urteil abweicht, oder ein Verfahrensmangel, auf dem die angefochtene Entscheidung beruhen kann, bezeichnet werden. Als Verfahrensmangel kann eine Verletzung der §§ 109 und 128 Abs. 1 Satz 1 Sozialgerichtsgesetz nicht und eine Verletzung des § 103 Sozialgerichtsgesetz nur gerügt werden, soweit das Landessozialgericht einem Beweisantrag ohne hinreichende Begründung nicht gefolgt ist.

Für die Beschwerde gegen die Nichtzulassung der Revision kann ein Beteiligter, der nicht schon durch die oben genannten Vereinigungen, Gewerkschaften oder juristischen Personen vertreten ist, Prozesskostenhilfe zum Zwecke der Beiordnung eines Rechtsanwalts

beantragen.

Der Beteiligte kann die Prozesskostenhilfe selbst beantragen. Der Antrag ist beim Bundessozialgericht entweder schriftlich oder in elektronischer Form einzureichen oder mündlich vor dessen Geschäftsstelle zu Protokoll zu erklären.

Dem Antrag sind eine Erklärung des Beteiligten über seine persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse (Familienverhältnisse, Beruf, Vermögen, Einkommen und Lasten) sowie entsprechende Belege beizufügen. Hierzu ist der für die Abgabe der Erklärung vorgeschriebene Vordruck zu benutzen. Der Vordruck kann von allen Gerichten oder durch den Schreibwarenhandel bezogen werden.

Wird Prozesskostenhilfe bereits für die Einlegung der Beschwerde begehrt, so müssen der Antrag und die Erklärung über die persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse - gegebenenfalls nebst entsprechenden Belegen - bis zum Ablauf der Frist für die Einlegung der Beschwerde (ein Monat nach Zustellung des Urteils) beim Bundessozialgericht eingegangen sein.

Mit dem Antrag auf Prozesskostenhilfe kann ein zur Vertretung bereiter Rechtsanwalt benannt werden.

Ist dem Beteiligten Prozesskostenhilfe bewilligt worden und macht er von seinem Recht, einen Anwalt zu wählen, keinen Gebrauch, wird auf seinen Antrag der beizuordnende Rechtsanwalt vom Bundessozialgericht ausgewählt.

Der Beschwerdeschrift und allen folgenden Schriftsätzen sollen Abschriften für die übrigen Beteiligten beigelegt werden.

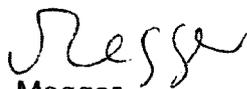
Das Bundessozialgericht bittet darüber hinaus um je zwei weitere Abschriften.

Dr. Jansen

Altenweger

Pierscianek

Beglaubigt



Megger

Regierungsbeschäftigte



**Öffentliche Sitzung des 5. Senats  
des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen  
45130 Essen, Zweigertstraße 54, 1. Etage, Saal 1117  
Donnerstag 10.12.2015**

Vorsitzender: Vorsitzender Richter am Landessozialgericht **Dr. Jansen**  
Richter am Landessozialgericht **Pierscianek**  
Richterin am Landessozialgericht **Altenweger**  
Ehrenamtliche Richterin **Poëll**  
Ehrenamtlicher Richter **Fries**  
Ohne Hinzuziehung eines Protokollführers gemäß § 122 SGG, § 159 Abs. 1 ZPO

**Az.: L 5 KR 406/14**  
Az.: S 24 KR 439/13 SG Detmold

**Niederschrift  
in dem Rechtsstreit**



**Kläger und Berufungskläger**

gegen

Techniker Krankenkasse, vertreten durch den Vorstand, Bramfelder Straße 140,  
22305 Hamburg, Gz.: U014490425/WKB/Ba

**Beklagte und Berufungsbeklagte**

Techniker Krankenkasse - Pflegekasse -, vertreten durch den Vorstand, Bramfel-  
der Straße 140, 22305 Hamburg, Gz.: U014490425/WKB/Ba

**Beigeladene**

Nach Aufruf der Sache erscheinen:

der Kläger und Berufungskläger;

für die Beklagte und Berufungsbeklagte Frau Gottschalk mit Vollmacht;

für die Beigeladene ebenfalls Frau Gottschalk mit Terminsvollmacht.

Der Vorsitzende eröffnet die mündliche Verhandlung. Der Sachverhalt wird vorgetragen. Sodann erhalten die Beteiligten das Wort. Das Sach- und Streitverhältnis wird mit ihnen erörtert.

Der Kläger erhält Durchschrift der Beklagten-Schriftsätze vom 01.12.2015 und 07.12.2015.

Die Vertreterin der Beklagten erhält Durchschrift des klägerischen Schriftsatzes vom 04.12.2015.

Die Vertreterin der Beklagten erklärt:

„Die Beklagte hebt den Bescheid vom 14.01.2013 und die Folgebescheide hinsichtlich der Pflegeversicherungspflicht und –beiträge auf.“

- Laut diktiert, vorgespielt und genehmigt -

Der Vorsitzende weist den Kläger darauf hin, dass für den Fall, dass der Rechtsstreit fortgeführt wird, er mit der Auferlegung von sogenannten Verschuldungskosten gemäß § 192 Abs. 1 Nr. 2 SGG zu rechnen hat, da er trotz des Hinweises des Vorsitzenden missbräuchlich die Rechtsverfolgung weiter durchführt.

Der Kläger stellt die Anträge aus dem Schriftsatz vom 04.12.2015 Buchstabe F1-5.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Die Beigeladene stellt keinen Antrag.

- Laut diktiert, vorgespielt und genehmigt -

Der Vorsitzende erklärt die mündliche Verhandlung für geschlossen.

Nach geheimer Beratung verkündet der Vorsitzende im Namen des Volkes das Urteil durch Verlesen der folgenden Urteilsformel.

**Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Detmold vom 16.05.2014 wird zurückgewiesen.**

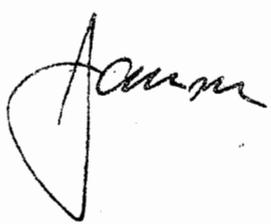
**Dem Kläger werden Verschuldungskosten in Höhe von 1.000,- Euro auferlegt.**

**Im Übrigen sind Kosten nicht zu erstatten.**

**Die Revision wird nicht zugelassen.**

Anschließend wird der wesentliche Inhalt der Gründe mitgeteilt.

Für die Richtigkeit der Übertragung vom Tonträger



*Megger*  
Megger  
Regierungsbeschäftigte  
als Urkundsbeamtin  
der Geschäftsstelle

**Protokoll  
der Gerichtsverhandlung am 10.12.2015 vor dem LSG Essen  
von einem Zeugen**

Revision beim LSG NRW Essen  
L 5 KR 406/14  
Revision eingereicht 01.07.2014  
Kläger: [REDACTED]  
Protokollant: ein Zeuge

Der Termin war auf Donnerstag, den 10.12.2015 um 11:45 Uhr festgesetzt.

Der Einlass in den Verhandlungssaal war um ca. 12:00 Uhr.

Anwesenheit des Richterremiums: Der Spruchkörper (Senat) des LSG war mit dem Vorsitzenden Richter, zwei weiteren Berufsrichtern und zwei ehrenamtlichen Richtern besetzt

Anwesenheit des Klägers: Kläger, Ehefrau, 4 Zeugen

Anwesenheit der Beklagten: Eine Vertreterin der Krankenkasse (Techniker Krankenkasse)

Die Aufnahme des Tatbestands dauerte ca. 20 Minuten. Vom Senat hatten nur der Vorsitzende Richter und der rechts von ihm sitzende Richter das Wort ergriffen. Zur Sprache kam nur die Auslegung der Neufassung des § 229, SGB V mit Wirkung zum 01.01.2004 und einige Phrasen und sonst nichts.

Der Kläger hatte noch viele andere Argumente, die er vortragen wollte, die sich aber der Senat gar nicht erst anhören wollte.

Dann wurde der Kläger vom Vorsitzenden Richter belehrt. Da gemäß höchstrichterlicher Rechtsprechung alles entschieden sei, gibt es für den Kläger nur noch 2 Möglichkeiten und dem Kläger wurde „die Pistole auf die Brust gesetzt“.

1. Sie nehmen die Klage zurück und alles ist gut.
2. Sie bestehen auf Ihre Klage und wir belegen Sie mit 1000 Euro Verschuldungskosten gemäß § 192 SGG

Der Kläger bekam ca. 5 Minuten Bedenkzeit.

Der Kläger hatte sich dazu entschlossen, seine Klage aufrecht zu erhalten und hat dieses dem Richter verkündet.

Daraufhin hat sich der Senat zwecks Beratung in das hintere Zimmer zurückgezogen, kam aber nach sage und schreibe **10 Sekunden** aus dem Beratungszimmer zurück, um das Urteil zu verkünden.

**Es ist alles höchstrichterlich entschieden. Die Klage wird abgewiesen, der Kläger hat 1000 Euro Verschuldungskosten zu leisten !**

Gegen das Urteil des Landessozialgerichts wurde die Revision nicht zugelassen, es ist nur noch die Nichtzulassungsbeschwerde zum Bundessozialgericht (Kassel) möglich. Aber sie wird ohne Aussicht auf einen Erfolg sein.