

L 5 KR 3118/08

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
5
1. Instanz
SG Mannheim (BWB)
Aktenzeichen
S 5 KR 3899/07
Datum
10.06.2008
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 5 KR 3118/08
Datum
04.02.2009
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-

Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Mannheim vom 10. Juni 2008 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten steht im Streit, ob der Kläger bei der Beklagten mit Anspruch auf Krankengeld versichert ist.

Der 1955 geborene Kläger ist seit Oktober 1997 hauptberuflich selbstständig erwerbstätig und bei der Beklagten freiwillig gesetzlich krankenversichert. Der Kläger ist schwer behindert (GdB 80). Auf Grund einer (bis dahin bestehenden) Versicherung mit Anspruch auf Krankengeld bezog er letztmals vom 1. August 2003 bis 21. Januar 2005 Krankengeld.

Mit Schreiben vom 23. Februar 2007 (Bl. 20 Senatsakte) teilte die Beklagte dem Kläger mit, auf Grund der Änderung der Satzung der Beklagten zum 1. Januar 2005 sei die Versicherung für hauptberuflich selbstständige Tätige nur noch ohne Anspruch auf Krankengeld möglich. Die Fortführung der Versicherung im Rahmen eines Bestandsschutzes mit Anspruch auf Krankengeldzahlung sei bislang eine streitige Rechtsfrage gewesen. Bis zur Klärung des Rechtsstreites habe die Beklagte die bestehenden Versicherungen in diesem Umfange weitergeführt. Die streitige Rechtsfrage sei nunmehr vom BSG entschieden worden. Ab 1. Mai 2007 werde die bisherige Versicherung ohne Anspruch auf Krankengeld fortgeführt, weil für freiwillige Mitglieder, die selbstständig tätig seien, der Anspruch auf Krankengeld durch die Satzung der Beklagten ausgeschlossen sei und das Bundessozialgericht (BSG) nunmehr dahingehend entschieden habe, dass ein Bestandsschutz im Rahmen der Mitgliedschaft nicht bestehe und die Versicherung demnach zukünftig ab 1. Mai 2007 auf eine Versicherung ohne Krankengeldanspruch umzustellen sei (mit Hinweis auf BSG - [B 1 KR 15/05 R](#) -). Damit verbunden sei die zukünftige Reduzierung der Beitragsschuld auf den ermäßigten Beitragssatz.

Weiter enthält das Schreiben noch im letzten Absatz folgende Ausführungen:

"Trotz der aktuellen Gesetzeslage sind wir bestrebt, in ihrem Interesse einen Ausgleich zu schaffen. Deshalb führen wir derzeit Gespräche mit unserem Kooperationspartner der R+V Versicherung, um für Sie als Taunusversicherten zusätzliche Tarife zu vereinbaren. Sobald es hierzu Neuigkeiten gibt, werden wir sie informieren."

Mit Bescheid vom 13. April 2007 (Bl. 6 SG-Akte) setzte die Beklagte sodann den Beitrag ab Mai 2007 für den Kläger auf den ermäßigten Satz für Versicherte ohne Anspruch auf Krankengeld fest.

Hiergegen erhob der Kläger Widerspruch und trug zur Begründung vor, er wolle weiterhin mit Anspruch auf Krankengeld versichert bleiben. Mit Widerspruchsbescheid vom 26. Oktober 2007 wies die Beklagte den Widerspruch zurück (Bl. 7 SG-Akte). Sie bezog sich hierbei nochmals auf das Urteil des BSG vom 30. Mai 2006 ([B 1 KR 15/05 R](#)), wonach ab dem Zeitpunkt des Wegfalls des Krankengeldanspruches kein Bestandsschutz für die Zukunft auf vorherige Satzungsregelungen gegeben sei und dies auch gelte, wenn die Mitgliedschaft bereits vor in Kraft treten der neuen Satzung bestanden habe und der Krankengeldanspruch gemäß alter Satzung gewählt worden sei.

Hiergegen hat der Kläger am 20. November 2007 Klage vor dem Sozialgericht Mannheim (SG) erhoben. Zur Begründung hat er geltend gemacht, eine gesetzliche Krankenversicherung könne einen Versicherungsschutz mit Anspruch auf Krankengeld nur ausschließen, sofern der Versicherungsfall noch nicht eingetreten sei. Vorliegend sei die Lage jedoch anders, er habe in der Vergangenheit bereits mehrfach

Krankengeld von der Beklagten bezogen, sodass der Versicherungsfall eingetreten sei. Insofern sei er schutzbedürftig. Er könne gerade nicht in eine andere Versicherung wechseln, da ihm dies die Vorerkrankungen faktisch unmöglich machten. [§ 44 Abs. 2 Sozialgesetzbuch V Buch - Gesetzliche Krankenversicherung - \(SGB V\)](#) mögen solange keine verfassungsrechtlichen Bedenken wegen Unverhältnismäßigkeit entgegen stehen, als es dem Versicherten tatsächlich möglich sei, zu einem anderen Krankenversicherer zu wechseln. Sei dieser Wechsel jedoch aus tatsächlichen Gründen - wie vorliegend - nicht mehr möglich, sei zur Wahrung der Verhältnismäßigkeit für "Bestandskunden" eine Regelung erforderlich, die Bestandsschutz gewähre.

Das SG hat mit Gerichtsbescheid vom 10. Juni 2008 die Klage abgewiesen. Es hat hierbei die Auffassung vertreten, [§ 44 Abs. 2 SGB V](#) habe die Beklagte ermächtigt, für freiwillig Versicherte den Anspruch auf Krankengeld auszuschließen oder zu einem späteren Zeitpunkt entstehen zu lassen. Auf dieser Grundlage habe die Beklagte in § 14 g der ab 1. Januar 2007 geltenden Fassung ihrer Satzung geregelt, dass für freiwillige Mitglieder, die selbstständig tätig oder nicht oder nur geringfügig gegen Arbeitsentgelt beschäftigt seien, der Anspruch auf Krankengeld ausgeschlossen sei. Mit seinem Ausschluss aus dem Versicherungsschutz auf Krankengeld werde der Kläger auch nicht in verfassungswidriger Weise in seinen Grundrechten aus [Art. 14 Grundgesetz \(GG\)](#) bzw. Gewährleistung des Rechtsstaatsprinzips nach [Art. 20 Abs. 1 GG](#) verletzt. Unter Bezugnahme auf die Entscheidung des BSG vom 30. Mai 2006 hat das SG hier die Auffassung vertreten, dass jedenfalls nicht in verfassungswidriger Weise in eine entsprechende mögliche Rechtsposition des Klägers eingegriffen worden sei, vielmehr ein schützenswertes Vertrauen in die dauerhafte Aufrechterhaltung einer durch Satzung geregelten Versicherung auf Krankengeld für freiwillig krankenversicherte Selbstständige nicht bestehe. Auch der Einwand des Klägers, ihm sei in verfassungswidriger Weise nach Eintritt des Versicherungsfalles die Absicherung der Arbeitsunfähigkeit mit einem Anspruch auf Krankengeld entzogen worden, treffe nicht zu. Der Versicherungsfall des Krankengeldes trete ein, wenn die Krankheit den Versicherten arbeitsunfähig mache oder er auf Kosten der Krankenkasse stationär behandelt werden müsse ([§ 44 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#)). Dieser Versicherungsfall habe beim Kläger im Zeitpunkt der Beendigung seines Versicherungsschutzes auf Krankengeld im Mai 2007 nicht vorgelegen, denn er sei nach seinen Angaben erst am 29. Oktober 2007 arbeitsunfähig geworden. Im Gegensatz zur Auffassung des Klägers würden bestehende Erkrankungen noch nicht den Versicherungsfall eines Anspruches auf Krankengeld auslösen, denn gem. [§ 44 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) löse nicht allein schon eine Krankheit den Anspruch auf Krankengeld aus sondern hinzutreten müsse entweder die Arbeitsunfähigkeit oder die stationäre Behandlung in einem Krankenhaus.

Der Kläger hat gegen dem seinem Bevollmächtigten mit Empfangsbekanntnis am 13. Juni 2008 zugestellten Gerichtsbescheid am 1. Juli 2008 Berufung eingelegt. Zur Begründung macht der Klägerbevollmächtigte geltend, anders als in der vom SG Mannheim zitierten Entscheidung des BSG gehe es vorliegend nicht um die Frage, ob Vertrauensschutz hinsichtlich der Unveränderlichkeit der Satzung bestehen könne. Hiervon gehe auch der Kläger für Neukunden nicht aus. Es gehe vielmehr um die Frage, ob Krankengeld für freiwillig Versicherte vollständig und ohne Angabe von Gründen des öffentlichen Interesses abgeschafft werden könne oder ob es aus Vertrauensschutzgesichtspunkten zumindest zu Gunsten der Bestandskunden einen Anspruch auf Krankengeld, wenn auch nicht ab dem ersten Tag, geben müsse. Insofern sei darauf hingewiesen, dass das BSG in dieser Sache über eine Fallgestaltung entschieden habe, in der durch die Satzung ein Krankengeldanspruch wahlweise ab der dritten oder der siebten Woche gewährt worden sei, nicht hingegen über einen Fall, in dem der Anspruch auf Krankengeld auch für Bestandskunden vollständig ausgeschlossen worden sei.

Dem Kläger stehe auch ein Anwartschaftsrecht im Sinne einer schutzwürdigen Eigentumsposition im Sinne von [Art. 14 GG](#) zu, selbst wenn dies das SGB V in § 44 nicht verbrieft. Denn nachdem der Kläger in der Vergangenheit schwer erkrankt sei stehe ihm der Wechsel in eine private Krankenversicherung gerade nicht mehr offen. Erkenne man ein Anwartschaftsrecht nicht an, behandle man faktisch gleichwertige Sachverhalte entgegen [Art. 3 GG](#) verschieden. Denn sowohl der gesetzlich Versicherte als auch der Selbstständige, freiwillig Versicherte, könnten - wenn der Selbstständige schwer erkrankt sei - sich nicht privat versichern. Warum ein freiwillig Versicherter weniger schutzbedürftig sein sollte als ein Pflichtversicherter, könne zumindest ab dem Zeitpunkt, ab dem ihm aus tatsächlichen Gründen (hier einer erheblichen Vorerkrankung) ein Wechsel in eine private Versicherung nicht mehr möglich sei, nicht nachvollzogen werden. In einem solchen Fall sei eine Überbrückung des Verdienstaufalles durch privat finanzierte Absicherung - also eine private Versicherung - gerade nicht möglich.

Der Eingriff in die durch [Art. 14 GG](#) geschützte Grundrechtsposition des Klägers setze legitimierende Gründe voraus. Anders als im Falle des BSG gehe es vorliegend nicht um die Aufhebung einer verfassungswidrigen Satzung. Die Satzung sei vorliegend ohne weiteres rechtmäßig gewesen. Im Übrigen werde der Anspruch auf Krankengeld inhaltlich nicht vom ersten Tag der Erkrankung an auf die dritte Woche der Erkrankung verschoben, sondern vollständig ausgeschlossen. Legitimierende Gründe seien weder ersichtlich noch von der Gegenseite vorgetragen. Auf der anderen Seite liege für den Kläger eine Unzumutbarkeit im Sinne einer übermäßigen Belastung vor, da er faktisch keine Möglichkeit habe, sich anderweitig abzusichern.

Aus [Art. 20 GG](#) lasse sich im Übrigen herleiten, dass der Kläger Vertrauensschutz genieße. Er sei seit dem Jahre 1992 bei der Beklagten versichert, bis 1997 pflichtversichert und danach freiwillig. Er benötige - nicht zwingend ab dem ersten Tag einer Erkrankung - aber jedenfalls zu einem späteren Zeitpunkt eine Absicherung. Diese werde ihm durch das Vorgehen der Beklagten versagt. Die bestehende Absicherung des Klägers werde durch die Satzungsänderungen vollständig entwertet. Vertrauensschutz bestünde daher für den Kläger nur dann nicht, wenn er von der Beklagten bei Abschluss der freiwilligen Versicherung umfänglich aufgeklärt worden wäre. Im Übrigen hätte er bei der Wahl der freiwilligen Versicherung auch nicht wissen müssen, dass er eine unsichere Rechtsposition im Hinblick auf das Krankengeld erwerbe, da er sich die freiwillige Versicherung nicht aus freien Stücken ausgesucht habe. Nachdem er in seinen Beruf zum selbständigen Handelsvertreter wechselte, sei er - was zwingend gewesen sei - aus der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschieden. Er habe sich nur deswegen freiwillig bei derselben Versicherung, der er vorher angehört hatte, versichert, weil ihm diese versicherte, dass bei der freiwilligen Versicherung alles beim alten bliebe und er bei der Umstellung von gesetzlicher auf freiwillige Versicherung hinsichtlich seines Versicherungsumfanges keine Nachteile erleide. Im Übrigen gehe offenbar die Beklagte selbst davon aus, dass der Kläger Vertrauensschutz hinsichtlich der Existenz eines Krankengeldanspruches genieße, andernfalls hätte sie nicht in ihrem Schreiben vom 23. Februar 2007 darauf hingewiesen, dass sie bestrebt sei, im Interesse des Klägers einen Ausgleich zu schaffen.

Der Kläger beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Mannheim vom 10. Juni 2008 sowie den Bescheid der Beklagten vom 13. April 2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 26. Oktober 2007 aufzuheben und festzustellen, dass er bei der Beklagten weiterhin mit einem Anspruch

auf Krankengeld freiwillig gesetzlich versichert sei.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die Entscheidung des SG für zutreffend. Ergänzend führt sie noch aus, im Schreiben vom 23. Februar 2007 sei keineswegs von der Beklagten ausgedrückt worden, dass ein Vertrauensschutz bezüglich des Krankengeldanspruches existiere, es sei lediglich darauf hingewiesen worden, dass unter Umständen die Möglichkeit bestehe, im Rahmen einer privaten Versicherung, das bedeute durch die Vereinbarung zusätzlicher Tarife bei der R+V Versicherung als Kooperationspartner der Beklagten, eine private Absicherung mit Krankengeldanspruch zu erlangen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts wird auf die Verwaltungsakte der Beklagten sowie die Akten des SG S 5 KR 3899/07 und die Senatsakten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

I.

Die Berufung des Klägers ist zulässig. Sie ist insbesondere statthaft. Ein Berufungsausschlussgrund nach [§ 144 Abs. 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) in der seit 1. April 2008 geltenden Fassung liegt nicht vor. Denn es handelt es sich hier nicht um eine auf eine Geld-, Dienst- oder Sachleistung oder einen hierauf gerichteten Verwaltungsakt gerichtete Klage.

II.

Das Begehren des Klägers ist nicht nur im Wege der Anfechtungsklage gemäß [§ 54 Abs. 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) auf die Aufhebung des Verwaltungsaktes vom 30. April 2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 20. Oktober 2007 gerichtet. Denn mit der Aufhebung des Bescheides vom 13. April 2007, mit dem die Beklagte ab Mai 2007 beim Kläger den ermäßigten Satz für Versicherte ohne Krankengeldanspruch festgesetzt hat, ist im Hinblick auf die entgegen stehende Regelung in der Satzung der Beklagten noch nicht wieder das vom Kläger begehrte Versicherungsverhältnis mit Krankengeldanspruch begründet bzw. dessen Fortbestand bestätigt. Insoweit bedarf es daher der weitergehenden Feststellung, dass mit der Beklagten nach wie vor ein Versicherungsverhältnis mit Krankengeldanspruch besteht ([§ 55 Abs. 1 Nr. 1 SGG](#)). Der Kläger hat hieran auch ein berechtigtes Feststellungsinteresse.

Der erste Senat des BSG hat zwar noch in seinem Urteil vom 28. September 1993 ([1 RK 34/92](#) in [SozR 3-2500 § 44 Nr. 4](#)) ausgeführt, dass feststellende Verwaltungsakte mit der Anfechtungsklage angefochten werden können, ohne dass es eines weiteren Klageantrags bedürfe. Durch die beabsichtigte Verschlechterung seines Krankenversicherungsschutzes sei der betroffene Kläger auch beschwert (Rdnr. 15 im Jurisabdruck). Im Übrigen werde hier die Satzung im Wege der Inzidenter-Kontrolle im Rahmen der Anfechtungsklage auf ihre Rechtmäßigkeit geprüft. In seinem Urteil vom 30. Mai 2006 ([B 1 KR 15/05 R](#)) hat der 1. Senat des BSG hinsichtlich der dort erhobenen kombinierten Anfechtungs- und Feststellungsklage jedoch keine weiteren Ausführungen hinsichtlich irgendwelcher Zweifel an der Zulässigkeit dieser Klageart geäußert.

III.

Die Berufung des Klägers ist jedoch unbegründet. Das SG hat zu Recht die Klage abgewiesen, denn ein Anspruch des Klägers gegen die Beklagte, auch weiterhin mit Anspruch auf Krankengeld freiwillig versichert zu sein, besteht nicht.

Versicherte haben gemäß [§ 44 Abs. 1 Satz 1](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch - Gesetzliche Krankenversicherung - (SGB V) Anspruch auf Krankengeld, wenn die Krankheit sie arbeitsunfähig macht oder sie auf Kosten der Krankenkasse stationär in einem Krankenhaus, einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung behandelt werden. Gem. [§ 44 Abs. 2 SGB V](#) (in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden und hier noch anzuwendenden Fassung - alte Fassung (a.F.)) kann die Satzung für freiwillig Versicherte den Anspruch auf Krankengeld ausschließen oder zu einem späteren Zeitpunkt entstehen lassen.

Das BSG hat in seinem Urteil vom 30. Mai 2006 ([B 1 KR 15/05 R](#)) zu dieser Vorschrift ausgeführt:

Diese Bestimmung, von deren Verfassungsmäßigkeit der Senat in ständiger Rechtsprechung ausgeht (vgl BSG [SozR 3-2500 § 44 Nr 4 S 7](#); [BSGE 76, 1, 4 = SozR 3-2500 § 45 Nr 1 S 4](#); im Ergebnis ebenso BSG [SozR 4-2500 § 44 Nr 2 RdNr 9](#)), lässt satzungsgesetzlich wegen der geringeren Schutzbedürftigkeit freiwillig Versicherter (vgl [BSGE 70, 13, 18 = SozR 3-2500 § 240 Nr 6](#)), die typischerweise bei Eintritt einer Arbeitsverhinderung den Wegfall des Arbeitseinkommens aus eigenen Mitteln jedenfalls für einen bestimmten Zeitraum überbrücken können (vgl dazu BSG [SozR 3-2500 § 44 Nr 4](#); [BSGE 76, 1, 5 = SozR 3-2500 § 45 Nr 1 S 6](#)), sogar den völligen Ausschluss des Krg-Anspruchs zu. Erst recht ermächtigt sie den Krankenversicherungsträger dazu, Satzungsregelungen, die nicht mit höherrangigem Recht in Einklang stehen, mit Wirkung für die Zukunft zu beseitigen.

Auf der Grundlage von [§ 44 Abs. 2 a.F.](#) hat die Beklagte folgende Satzungsregelungen getroffen:

[§ 14](#) in der bis 31.12.2004 gültigen Fassung: Für freiwillig versicherte selbständig Tätige, die wegen Arbeitsunfähigkeit ihrer Tätigkeit nicht nachgehen können und dadurch ihr Einkommen verlieren, entsteht der Anspruch auf Krankengeld ab der 7. Woche der Arbeitsunfähigkeit.

[§ 15](#) in der ab 1.1.2005 gültigen Fassung ([§ 14g](#) in der ab 1.1.2007 maßgebenden Fassung): Für freiwillige Mitglieder, die selbstständig tätig sind oder nicht nur geringfügig gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind, ist der Anspruch auf Krankengeld ausgeschlossen.

Die hier nun maßgebliche Satzungsregelung der Beklagten in [§ 14 g](#) ihrer Satzung ist nach Auffassung des Senates unter Berücksichtigung

dieser Entscheidung des BSG vom 30. Mai 2006 ebenfalls nicht zu beanstanden.

Anders als in dem vom BSG entschiedenen Fall sind hier zwar nicht insoweit gleichheitswidrige Regelungen zum Zeitpunkt des Beginnes der Krankengeldzahlung bei gleichem Beitragsatz aufgehoben worden. Vielmehr hat hier die Beklagte generell für freiwillig Versicherte, die selbständig tätig sind, einen Anspruch auf Krankengeld ausgeschlossen. Sie hat gleichzeitig den Beitragsatz entsprechend angepasst und ermäßigt.

1. Eine grundgesetzwidrige Ungleichbehandlung gemäß [Art. 3 Abs. 1 GG](#) liegt nicht vor. In dem Zusammenhang hat das BSG bereits in seinem Urteil vom 28. September 1993 ([1 RK 34/92](#) in [SozR 3-2500 § 44 Nr. 4](#)) die folgende Auffassung vertreten:

Entgegen der Auffassung des Klägers steht auch weder die streitige Satzungsbestimmung noch die ihr zugrundeliegende Ermächtigungsnorm des [§ 44 Abs 2 SGB V](#) in Widerspruch zu höherrangigem Recht. Insbesondere verletzen die Regelungen nicht den Gleichheitssatz des [Art 3 Abs 1 GG](#). Diese Verfassungsnorm verbietet, wesentlich Gleiches ohne zureichende sachliche Gründe ungleich und wesentlich Ungleiches ohne solche Gründe gleichzubehandeln. Damit enthält [Art 3 Abs 1 GG](#) über das Willkürverbot hinaus die an Gesetzgebung und Rechtsprechung gerichtete Verpflichtung, eine Gruppe von Normadressaten im Vergleich zu anderen Normadressaten nicht anders ("ungleich") zu behandeln, falls zwischen beiden Gruppen keine Unterschiede von solcher Art und solchem Gewicht bestehen, daß sie die Ungleichbehandlung rechtfertigen ([BVerfGE 55, 72](#), 88 f). Welche Elemente des zu regelnden Sachverhalts dabei so bedeutsam sind, daß ihrer Gleichheit oder Verschiedenheit bei der Ausgestaltung der Regelung Rechnung getragen werden muß, hat grundsätzlich der Gesetzgeber zu entscheiden, sofern nicht schon die Verfassung selbst Wertungen enthält, die den Gesetzgeber binden. Im übrigen kann nur die Einhaltung bestimmter äußerster Grenzen überprüft und ihre Überschreitung beanstandet werden. Der Gesetzgeber hat demnach weitestgehende Gestaltungsfreiheit ([BVerfGE 49, 260](#), 271; [61, 138](#), 147).

Das Gesetz läßt in [§ 44 Abs. 2 SGB V](#) a.F. ausdrücklich eine unterschiedliche Behandlung gesetzlich Versicherter und freiwillig Versicherter bei den gesetzlichen Krankenkassen im Hinblick auf die unterschiedliche Schutzwürdigkeit zu, was insoweit von der Rechtsprechung auch nicht beanstandet wird. Dabei werden die Auswirkungen einer unterschiedlichen Behandlung dadurch weiter gemindert, dass der Kläger als freiwillig versichertes Mitglied wie jeder andere Versicherungsberechtigte ([§ 9 SGB V](#)) gemäß [§ 173 Abs. 2 SGB V SGB V](#) sich eine andere Krankenkasse wählen kann, konkret er unter den Bedingungen des [§ 175 Abs 1 SGB V](#) einer Krankenkasse beitreten kann, die für freiwillig versicherte Mitglieder die Möglichkeit des Krankengeldbezugs vorsieht. Da die neue Krankenkasse gem. [§ 175 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) die Mitgliedschaft nicht ablehnen darf, kann der Wechsel ohne gesundheitliche Risikoprüfung erfolgen. Die Problematik eines Wechsels zu einem Unternehmen der privaten Krankenversicherung stellt sich also erst in zweiter Linie.

Eine verfassungswidrige Ungleichbehandlung läge aber auch dann nicht vor, wenn der Kläger konkret möglicherweise aufgrund seiner Vorerkrankungen Schwierigkeiten hat, sich privat mit einem Anspruch auf Krankengeld versichern zu können. Wie bereits oben angesprochen hat der Gesetzgeber die abhängig Beschäftigten als besonders schutzwürdig angesehen und deshalb in die Pflichtversicherung zur Krankenversicherung samt Krankengeldanspruch genommen. Dahingegen wird die Gruppe der selbständig Tätigen grundsätzlich nicht als so schutzwürdig angesehen (mit einigen Ausnahmen), da hier davon ausgegangen wird, dass diese auch in der Lage sind, sich grundsätzlich anderweitig, sei es durch die Bildung von Rücklagen oder die Absicherung bei privaten Krankenversicherungen, gegen das Risiko Krankheit zu versichern. Die Beklagte hat konkret in ihrer Satzung im Übrigen innerhalb der Gruppe der freiwillig Versicherten nochmals in zutreffender Weise differenziert. Die freiwillig Versicherten und nicht nur geringfügig beschäftigten Arbeitnehmer haben nach wie vor Anspruch auf Krankengeld (vgl. [§ 14 g Abs. 1](#) der Satzung der Beklagten). Dahingegen erhalten die nicht oder nur geringfügig Beschäftigten sowie die selbständig Tätigen kein Krankengeld mehr. Diese Differenzierung ergibt sich daraus, dass bei nicht geringfügig Beschäftigten das Arbeitseinkommen, auch wenn sie freiwillig versichert sind, üblicherweise die Existenzgrundlage darstellt, während dies bei denen, die gar nicht oder nur geringfügig beschäftigt sind, nicht der Fall ist (siehe Entwurf zum Gesundheits-Reformgesetz - GRG - [BT-Drs. 11/2237 S. 180](#) zu [§ 43 Absatz 2](#)). Diese Gruppe ist nicht zur Existenzsicherung auf ein Arbeitseinkommen angewiesen. Die Gruppe der selbständig Tätigen ist zwar in der Regel im Gegensatz dazu auch auf ihr Einkommen aus der selbständigen Tätigkeit zur Sicherung des Lebensunterhaltes angewiesen. Andererseits stellt aber auch gerade der Ausfall von Einnahmen aus selbständiger Tätigkeit das typische Unternehmerrisiko dar. Denn hierfür kann zwar eine Krankheit besonders bei einem Ein-Mann-Betrieb die Ursache sein, genauso aber kann dies seine Ursachen in der wirtschaftlichen Situation haben (siehe etwa aktuell Finanz- und Wirtschaftskrise 2008/2009). Damit aber ist es ohnehin ureigenste Sache eines selbständig Tätigen sich gegen Einnahmeausfälle abzusichern (sei es durch Rücklagen oder auch private Versicherungen) und steht es andererseits in seiner freien Disposition wie er sich im Einzelnen absichert. Genau vor diesem Hintergrund ist die Möglichkeit in [§ 44 Abs. 2 SGB V](#) geschaffen worden, bei freiwillig Versicherten einen Anspruch auf Krankengeld durch die Satzung in zulässiger Weise auszuschließen, weil eben gerade bei dieser Gruppe davon ausgegangen werden kann, dass sie sich anderweitig absichern kann. Im Übrigen bestätigen auch die Regelungen nach dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz vom 26. März 2007 ([BGBl I S. 378](#)) diese unterschiedliche Beurteilung der verschiedenen Gruppen durch den Gesetzgeber. Zwar wurde nunmehr zum 1. April 2007 eine Regelung in [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) geschaffen, die es unter anderem auch selbstständig Tätigen, die früher z. B. freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren und bei denen z. B. auf Grund Beitragsäumnis das Versicherungsverhältnis beendet worden war, nunmehr ermöglicht, wieder in ihre frühere (letzte) Krankenkasse zurückzukehren. Aber im Zusammenhang damit wurde [§ 44 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) (in der seit 1. April 2007 geltenden Fassung) unter anderem dahingehend neugefasst, dass die nach [§ 5 Abs. 1 Nrn. 13](#) ... Versicherten keinen Anspruch auf Krankengeld haben; dies gilt nicht ... für Versicherte nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13](#), soweit sie abhängig und nicht nach den [§§ 8 und 8a](#) Vierten Buches geringfügig beschäftigt sind. [§ 44 Abs. 2 SGB V](#) blieb im übrigen bis zum 31. Dezember 2008 unverändert. Zwar wollte also der Gesetzgeber wie auch der Gesetzesbegründung zu [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) (Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz) [BT-Drs. 16/3100 S.94](#), zu Nr. 2 ([§ 5](#)) zu den Doppelbuchstaben bb und cc) zu entnehmen ist, sicherstellen, dass niemand ohne Schutz im Krankheitsfall sein sollte. Allerdings bezog sich dies auf die Kosten der Krankenbehandlung nicht aber auch in dieser Form auf die Absicherung durch Krankengeld, andernfalls hätte [§ 44 Abs. 2 SGB V](#) auch entsprechend abgeändert werden müssen. Zum 1. Januar 2009 ist im Übrigen [§ 44 Abs. 2 SGB V](#) nunmehr wie folgt neu gefasst: "(2) Keinen Anspruch auf Krankengeld haben 1. die nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 2a, 5, 6, 9, 10 oder 13](#) sowie die nach [§ 10](#) Versicherten; dies gilt nicht für die nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 6](#) Versicherten, wenn sie Anspruch auf Übergangsgeld haben und für Versicherte nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13](#), soweit sie abhängig und nicht nach den [§§ 8 und 8a](#) des Vierten Buches geringfügig beschäftigt sind, 2. hauptberuflich selbständig Erwerbstätige, 3. Versicherte nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 1](#), die bei Arbeitsunfähigkeit nicht für mindestens sechs Wochen Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts oder auf Zahlung einer die Versicherungspflicht begründenden Sozialleistung haben; dies gilt nicht für Versicherte, die nach [§ 10](#) Entgeltfortzahlungsgesetz Anspruch auf Zahlung eines Zuschlags zum Arbeitsentgelt haben, 4. Versicherte, die

eine Rente aus einer öffentlich-rechtlichen Versicherungseinrichtung oder Versorgungseinrichtung ihrer Berufsgruppe oder von anderen vergleichbaren Stellen beziehen, die ihrer Art nach den in § 50 Abs. 1 genannten Leistungen entspricht. Für Versicherte nach Satz 1 Nr. 4 gilt § 50 Abs. 2 entsprechend, soweit sie eine Leistung beziehen, die ihrer Art nach den in dieser Vorschrift aufgeführten Leistungen entspricht.

Für die nach Nummer 2 und 3 aufgeführten Versicherten bleibt § 53 Abs. 6 unberührt." [§ 53 Abs. 6 SGB V](#) in der seit 1. Januar 2009 geltenden Fassung verpflichtet im Übrigen die Krankenkassen für die in § 44 Abs. 2 Nr. 2 genannten Mitglieder Tarife anzubieten, die einen Anspruch auf Krankengeld entsprechend § 46 Satz 1 oder zu einem späteren Zeitpunkt entstehen lassen.

Zur Begründung für diese Regelungen in [§ 44 Abs. 2](#) und [§ 53 Abs. 6 SGB V](#) wird in der Gesetzesbegründung ([BT-Drs. 16/3100](#) S.107 zu Nr. 30 (§ 44) und S. 109 zu Nr. 33 (§ 53) zu Abs. 5) ausgeführt: Zu Nummer 30 (§ 44) Zu Buchstabe a Bisher waren im Absatz 1 sowohl die grundsätzlichen Voraussetzungen für den Anspruch auf Krankengeld geregelt als auch diejenigen Versicherten aufgeführt, die generell keinen Anspruch auf Krankengeld haben. Durch die Ausweitung der Versicherungspflicht auf bestimmte Personen, die bislang ohne Absicherung im Krankheitsfall waren (vgl. § 5 Abs. 1 Nr. 13), und insbesondere durch die neu geschaffene Möglichkeit für hauptberuflich Selbständige, über Wahltarife einen Krankengeldanspruch zu erlangen, ist der Personenkreis, welcher grundsätzlich ohne Anspruch auf Krankengeld versichert ist, näher zu konkretisieren. Dies wird durch den neu gefassten Absatz 2 nachvollzogen. Die Regelungen zur Dauer des Krankengeldes nach § 48 bleiben davon unberührt. Zu Buchstabe b Die in Nummer 1 aufgeführten Versicherten sind zum großen Teil schon bisher vom Anspruch auf Krankengeld ausgeschlossen. Neu hinzugekommen sind die nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 versicherungspflichtigen Personen, die bisher ohne Anspruch auf anderweitige Absicherung im Krankheitsfall waren. Ein Krankengeldanspruch ist für diese Versicherten nicht erforderlich, da es sich überwiegend um Personen handelt, denen bei Arbeitsunfähigkeit kein Arbeitsentgelt entgeht. Ausgenommen davon sind hauptberuflich Selbständige. Nach bisherigem Recht konnte die Krankenkasse in ihrer Satzung den Anspruch auf Krankengeld für freiwillig Versicherte ausschließen oder zu einem späteren Zeitpunkt entstehen lassen. Das Krankengeld stellte für diesen Personenkreis somit keine Pflichtleistung der GKV dar. Es stand vielmehr im Ermessen der jeweiligen Krankenkasse, ob bzw. ab welchem Zeitpunkt diesen Versicherten ein Krankengeldanspruch zugestanden wird. In erster Linie betraf dies freiwillig versicherte hauptberuflich Selbständige, die – soweit die Satzung einen Krankengeldanspruch zuließ – nach einem entsprechenden Antragsverfahren einen Anspruch auf Krankengeld im Falle der Arbeitsunfähigkeit erlangen konnten. Dieses Verfahren wird durch die Neuregelungen in § 53 Abs. 5 nachvollzogen, indem ein Wahltarif für Krankengeld eingeführt wird ...

Zu Nummer 33 (§ 53) Die Wahlfreiheit für Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung soll erhöht werden. Sie ist Voraussetzung für mehr Transparenz und Wettbewerb zwischen den Krankenkassen.

Zu Absatz 5 Mitglieder, die keinen Anspruch auf Krankengeld (vgl. § 44 Abs. 2) oder bei Arbeitsunfähigkeit nicht für mindestens 6 Wochen Anspruch auf Fortzahlung ihres Arbeitsentgelts oder auf Zahlung einer die Versicherungspflicht begründenden Sozialleistung haben (z. B. unständig Beschäftigte), zahlen Beiträge nach dem ermäßigten Beitragssatz (vgl. § 243). Die Krankenkassen haben ihren Mitgliedern, denen bei Arbeitsunfähigkeit Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen entgeht (vgl. § 44 Abs. 2 Nr. 2 und 3), Tarife anzubieten, die die Ansprüche auf Krankengeld beinhalten, insbesondere im Hinblick auf den Beginn dieser Leistung. Diese Mitglieder entscheiden somit eigenständig über ihre finanzielle Absicherung im Krankheitsfall. Von dieser Regelung profitieren beispielsweise freiwillig versicherte Selbständige. Viele Selbständige haben kein Interesse an der Leistung Krankengeld, da z. B. ein Betrieb auch bei Arbeitsunfähigkeit des selbständigen Unternehmers als Existenzgrundlage weiter geführt werden kann. Dementsprechend sah das bisherige Recht Krankengeld nicht als Pflichtleistung der Krankenkasse vor. Die Krankenkasse konnte Selbständigen zu ermäßigten oder erhöhten Beitragssätzen entsprechende Angebote machen, verbunden mit Veränderungen der Beitragshöhe. Durch den Wegfall der Satzungsregelungen in § 44 Abs. 2 wird mit der neu geschaffenen Möglichkeit, über besondere Wahltarife einen individuellen Krankengeldanspruch zu erlangen, den Interessen der Selbständigen Rechnung getragen. Auch andere Personengruppen, wie zum Beispiel kurzzeitig Beschäftigte ohne Anspruch auf Entgeltfortzahlung, können entsprechende Tarife abschließen. Da viele dieser Beschäftigungen kurzfristig angenommen werden, haben die Krankenkassen umfassende Aufklärungsarbeit zu den Zusatztarifen zu leisten. Positiver Nebeneffekt ist der Ausschluss eines Missbrauchspotenzials. Bislang hatte der betroffene Personenkreis einen sofortigen Anspruch auf Krankengeld bei Zahlung des erhöhten Beitragssatzes nach § 242 (alt). Letzterer ist durch die Neuregelung des § 53 entbehrlich.

Hier bestätigt sich nochmals, dass der Gesetzgeber bei selbständig Erwerbstätigen davon ausging und -geht, dass diese in der Regel schon kein Interesse an einem Krankengeldanspruch haben, weshalb in der Vergangenheit ein Anspruch auf Krankengeld bei freiwillig Versicherten als Pflichtleistung nach [§ 44 Abs. 2 SGB V](#) ausgeschlossen war und nunmehr stattdessen die Möglichkeit für freiwillig Versicherte geschaffen wird, über besondere Wahltarife einen individuellen Krankengeldanspruch zu erlangen.

Es bestehen also zwei ganz unterschiedliche Gruppen von Versicherten mit unterschiedlicher Schutzwürdigkeit und Interessenlage. Die Gruppe der freiwillig Versicherten, insbesondere der selbständig Erwerbstätigen wird damit auch aus berechtigten Gründen anders behandelt als die Gruppe der Pflichtversicherten. Insbesondere kann der Kläger auch nicht der Gruppe der Pflichtversicherten, die sich auf Grund der gesetzlichen Regelung zwingend nicht privat versichern können, zugeordnet werden, weil er tatsächlich keine private (Zusatz-)Versicherung für sich (mehr) findet. Dies ändert nämlich nichts daran, dass der Kläger anders als der gesetzlich Versicherte nach wie vor als freiwillig Versicherter das Recht hat, sich auch alternativ ganz oder teilweise privat zu versichern. Eine Regelung - hier die unterschiedliche Behandlung von freiwillig Versicherten und Pflichtversicherten - ist nicht deshalb verfassungswidrig, weil es im Einzelfall zu gewissen Härten kommen kann.

2. Es liegt auch kein Verstoß gegen [Art. 14 GG](#) vor.

Das BSG hat hierzu im Urteil vom 30. Mai 2006 ausgeführt:

Entgegen der Auffassung der Revision widerspricht die Aufhebung des § 14 Abs 3 Satzung aF mit Wirkung vom 1. Januar 2004 nicht dem Verfassungsrecht, insbesondere verstößt die Neuregelung weder gegen den Schutz des Eigentums noch gegen das Rechtsstaatsprinzip.

a) Die Satzungsänderung zum 1. Januar 2004 hat die Eigentumsrechte des Klägers ([Art 14 Abs 1 GG](#)) nicht verletzt. Es bedarf keiner Vertiefung, inwieweit freiwillig versicherte Kassenmitglieder auf Grund der gesetzlichen und satzungsrechtlichen Regelungen einer Anwartschaft auf Krg überhaupt eine durch die Eigentumsgarantie des [Art 14 Abs 1 GG](#) geschützte sozialversicherungsrechtliche Position

erwerben (vgl grundsätzlich bejahend Senat [SozR 3-2500 § 44 Nr 4](#) S 9 unter Hinweis auf Senat, Vorlagebeschluss vom 10. Dezember 1991 - [1/3 RK 9/90](#) - [SGB 1992, 508](#), betreffend das Wiederaufleben des Krg-Anspruchs eines Pflichtversicherten; offen gelassen von BVerfG [SozR 3-2500 § 47 Nr 8](#) und [BVerfGE 97, 378](#) = [SozR 3-2500 § 48 Nr 7](#); vgl allgemein zur Erfassung sozialversicherungsrechtlicher Positionen durch die Eigentumsgarantie zuletzt Senat, Urteil vom 13. Dezember 2005 - [B 1 KR 4/05 R](#) - RdNr 13 mwN - zur Veröffentlichung vorgesehen). Zweifel an der Eigentumsqualität einer Anwartschaft freiwillig Versicherter auf Krg könnten daraus erwachsen, dass der Gesetzgeber - wie dargelegt - diese Anwartschaft mit Blick auf die geringere Schutzbedürftigkeit Selbstständiger verfassungskonform zur Disposition des Satzungsgebers gestellt hat. Er kann sie - auch im Wege der Satzungsänderung - mit Wirkung für die Zukunft gesetzeskonform (vgl oben) vollständig beseitigen. Es könnte mithin fraglich erscheinen, ob der Gesetzgeber dieser Anwartschaft auf Krg überhaupt eine existenzsichernde Funktion unter Berücksichtigung der typischerweise anderweitig vorhandenen Vorsorgemöglichkeiten freiwillig Versicherter beimisst.

Geht man trotz dieser Bedenken vom Schutz der Anwartschaft freiwillig Versicherter auf Krg durch die Eigentumsgarantie des [Art 14 Abs 1 GG](#) aus, hat die Beklagte indes mit ihrer Satzungsregelung für die freiwilligen Mitglieder nicht in verfassungswidriger Weise in die Rechtsposition des Klägers eingegriffen.

Nach der Rechtsprechung des Senats ergibt sich in Anknüpfung an die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) die konkrete Reichweite der Bestandsgarantie des Eigentums aus der Bestimmung von dessen Inhalt und Schranken ([BVerfGE 53, 257](#), 292 = [SozR 7610 § 1587 Nr 1](#); [BVerfGE 58, 81](#), 109 = [SozR 2200 § 1255a Nr 7](#); [BVerfGE 74, 203](#), 214 = [SozR 4100 § 120 Nr 2](#); [75, 78](#), 97 = [SozR 2200 § 1246 Nr 142](#); BSG [SozR 3-2500 § 44 Nr 4](#) S 9 mwN). Die Inhalts- und Schrankenbestimmung ist nach [Art 14 Abs 1 Satz 2 GG](#) Sache des Gesetzgebers. Er kann grundsätzlich auch sozialversicherungsrechtliche Ansprüche beschränken und umgestalten ([BVerfGE 74, 203](#), 214 = [SozR 4100 § 120 Nr 2](#); BVerfG [SozR 3-2500 § 47 Nr 8](#) S 19; [BVerfGE 97, 378](#), 385 ff = [SozR 3-2500 § 48 Nr 7](#) S 31 ff; vgl auch Senat, Urteil vom 13. Dezember 2005 - [B 1 KR 4/05 R](#), RdNr 18 mwN zur grundsätzlichen Veränderbarkeit sozial-versicherungsrechtlicher Positionen), wobei ihm eine beträchtliche Gestaltungsfreiheit zusteht. Denn in sozialversicherungsrechtlichen Positionen ist von vornherein in gewissen Grenzen die Möglichkeit von Änderungen angelegt. So hat die Rechtsprechung des BVerfG herausgestellt, dass selbst derjenige, welcher als Pflichtversicherter der GKV beitrifft, von Beginn an nicht erwarten darf, die gesetzlichen Vorschriften über die Leistung beständen auf Dauer unverändert fort und er werde bei notwendigen Änderungen besser gestellt sein als andere Pflichtversicherte. Die gesetzlichen Sozialversicherungen sind Solidargemeinschaften auf Dauer, die sich im Laufe der Zeit vielfachen Veränderungen anpassen müssen. Wer Mitglied einer so geprägten Gemeinschaft ist, erwirbt nämlich nicht nur die damit verbundenen Chancen, sondern trägt mit den anderen Versicherten auch ihre Risiken ([BVerfGE 69, 272](#), 314 = [SozR 2200 § 165 Nr 81 S 135](#)). Erst recht gilt dies für sozialversicherungsrechtliche Positionen, die der Gesetzgeber - wie hier - von Anfang an zur Disposition des Satzungsgebers gestellt hat.

Aber selbst wenn man es als erforderlich ansähe, dass auch bei einschränkenden Änderungen satzungsrechtlicher Positionen legitimierende Gründe gegeben sind (vgl zur Reform eines gesetzlich ausgestalteten Rechtsgebiets [BVerfGE 31, 275](#), 290; BSG [SozR 3-2500 § 47 Nr 3](#) und BSG, Urteil vom 4. November 1992 - [1 RK 12/92](#) -), genügt die Satzungsänderung - Aufhebung des § 14 Abs 3 Satzung aF - den verfassungsrechtlichen Anforderungen. Gesetzliche Regelungen iS des [Art 14 Abs 1 Satz 2 GG](#), die zu solchen Eingriffen führen, sind nur zulässig, wenn sie durch Gründe des öffentlichen Interesses unter Berücksichtigung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit gerechtfertigt sind (vgl [BVerfGE 31, 275](#), 290; [36, 281](#), 293; [58, 81](#), 121 f = [SozR 2200 § 1255a Nr 7 S 18](#)). Solche liegen hier vor.

Ergänzend ist noch auf Folgendes hinzuweisen: Anders als bei der gesetzlichen Rentenversicherung, bei der sich der einzelne Versicherte durch seine Beitragszahlungen und Beitragszeiten bzw. die daraus resultierenden Entgeltpunkte, die das Verhältnis seines beitragspflichtigen Einkommens zum jeweiligen Jahresdurchschnittseinkommen eines jeweiligen versicherten Arbeitnehmers ausdrücken, für seine Altersrente einen entsprechenden Anteil am dann fälligen Beitragsaufkommen erwirbt, handelt es sich bei der Krankenversicherung einschließlich des Anspruches auf Krankengeld um eine reine Risikoversicherung. Unabhängig davon, für wie lange und in welchem Umfang in der Vergangenheit Leistungen wegen Krankenbehandlung oder auch Krankengeld in Anspruch genommen worden sind, bleibt auch für die Zukunft ein solcher genereller Anspruch bei Eintritt der entsprechenden Risiken bestehen. Umgekehrt erfolgt jedoch grundsätzlich (abgesehen von bestimmten zwischenzeitlich möglichen Beitragsmodellen) keine Rückzahlung der in der Vergangenheit geleisteten Beiträge, sofern keinerlei Leistungen in Anspruch genommen werden. Insofern bestehen schon erhebliche Zweifel, ob hier überhaupt hinsichtlich eines Anspruches auf Krankengeld ein Eigentumsschutz nach [Art. 14 GG](#) in Betracht kommt.

Hinzu kommt: Besondere Schwerpunkte der Reform, nämlich des Gesundheitsreformgesetzes (GRG), mit dem die hier maßgebliche Regelung in [§ 44 Abs. 2 SGB V](#) geschaffen wurde, waren die Bekämpfung der Kostenexplosionen im Gesundheitswesen (was nach wie vor gilt), insbesondere auch durch eine Neubestimmung und Stärkung der Grundsätze der Solidarität (der Pflichtversicherten), der Subsidiarität und der Eigenverantwortung (BR-Drs. 200/88 Entwurf der Bundesregierung zum Gesundheits-Reformgesetz (GRG) Begründung Seite 146, 148). Eine Begrenzung der Ausgaben war dabei auch durch eine Verschiebung von Risiken in den Bereich der zumutbaren Eigenvorsorge beabsichtigt. Die Stärkung des Subsidiaritätsgrundsatzes führte vor allem zu einer veränderten Beurteilung der Schutzbedürftigkeit von selbständig Erwerbstätigen. In diesem Zusammenhang sind zum einen der Ausschluss der hauptberuflich Selbständigen aus der Krankenversicherungspflicht ([§ 5 Abs. 5 SGB V](#)) und zum anderen eine Verschärfung der Zugangsvoraussetzungen für freiwillig Versicherte zu beachten. Die Möglichkeit der freiwilligen Krankenversicherung von selbständig Erwerbstätigen war - im Vergleich zum Recht der Reichsversicherungsordnung (RVO) - auch mit einer Erhöhung der Mindestbemessungsgrundlage ([§ 240 SGB V](#)) verbunden. Diese Regelungen sind verfassungsgemäß (siehe BSGE 20, 13, 16 - vgl. nunmehr die noch ungünstigere Regelung des [§ 240 Abs. 4 SGB V](#) in der Fassung des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) -). Und wie das BSG bereits in seinem Urteil vom 28. September 1993 ([1 RK 34/92](#) in [SozR 3-2500 § 44 Nr. 4](#)) ausgeführt hat, ist auch der spätere Beginn des Krankengeldes bei freiwillig Versicherten geeignet, die Grundsätze der Solidarität und der Subsidiarität in systemgerechter Weise zu stärken und gleichzeitig Einsparungen zu ermöglichen. Denn die Krankenversicherung der freiwillig Versicherten soll von den Pflichtversicherten möglichst nicht mitfinanziert werden ([BSGE 70, 13](#), 19). Wenn aber der Gesetzgeber, wie die gesetzliche Regelung in [§ 44 Abs. 2 SGB V](#) zeigt, schon zum einen eine, wenn überhaupt nur sehr schwach ausgeprägte Position für freiwillig Versicherte hinsichtlich eines Anspruches auf Krankengeld (und damit gerade keine eigentumsrechtlich besonders geschützte Position) schaffen wollte, so ist es dann vor dem Hintergrund des nach wie vor bestehenden erheblichen Kostendrucks im Gesundheitswesen zum anderen nicht zu beanstanden, wenn eine Krankenkasse von dem ihr in [§ 44 Abs. 2 SGB V](#) a.F. eingeräumten Recht auch Gebrauch macht und in ihrer Satzung den Anspruch auf Krankengeld für freiwillig Versicherte ausschließt. Bei Abwägung mit den gesetzgeberischen Zielen ist der Eingriff auch verhältnismäßig. Den freiwillig Krankenversicherten bleibt grundsätzlich zu einen die Möglichkeit, sich eine andere gesetzliche Krankenkasse mit Anspruch auf Krankengeld für freiwillig Versicherte

Selbständige zu suchen, zum anderen sich anderweitig privat abzusichern, z. B. mit Anspruch auf Krankengeld (Zusatz) zu versichern. Da beim Kläger der Versicherungsfall der Arbeitsunfähigkeit im Übrigen zum Zeitpunkt der hier von der Beklagten vollzogenen Änderungen nicht eingetreten war, hatte und hat er die Möglichkeit, sich auf die neue Rechtslage umzustellen und gegebenenfalls durch Wahl einer anderen gesetzlichen Krankenkasse, durch den Abschluss einer privaten Zusatzversicherung oder Bildung einer Rücklage die entstandene Sicherungslücke zu schließen.

3. Die Satzungsänderung verstößt entgegen der Ansicht des Klägers auch nicht gegen das Rechtsstaatsprinzip ([Art. 20 Abs. 1 GG](#)). Hierzu hat das BSG in seinem Urteil vom 30. Mai 2006 bereits ausgeführt:

Die Satzungsänderung verstößt entgegen der Ansicht des Klägers auch nicht gegen das Rechtsstaatsprinzip ([Art 20 Abs 1 GG](#)). Die Satzungsänderung wirkte allein für die Zukunft, sodass die Prüfmaßstäbe anzulegen sind, die für die sog unechte Rückwirkung oder tatbestandliche Rückanknüpfung gelten. Ein solcher Fall liegt vor, wenn - wie hier - eine Norm auf gegenwärtige, noch nicht abgeschlossene Sachverhalte und Rechtsbeziehungen für die Zukunft einwirkt und damit zugleich die betroffenen Rechtspositionen nachträglich entwertet ([BVerfGE 101, 239](#), 263; [BVerfGE 69, 272](#), 309 f = SozR 2200 § 165 Nr 81, S 132; [BVerfGE 51, 356](#), 362 = SozR 2200 § 1233 Nr 12 mwN) oder wenn eine Norm künftige Rechtsfolgen von Gegebenheiten aus der Zeit vor ihrer Verkündung abhängig macht ([BVerfGE 79, 29](#), 45 f; [BVerfGE 72, 141](#), 154 = SozR 2200 § 1265 Nr 78).

Die von der Verfassung für eine solche rechtliche Ausgestaltung gezogene Grenze wurde beim Wegfall der Bestandsschutzregelung des § 14 Abs 3 Satzung aF nicht überschritten. Das durch den Grundsatz des Vertrauensschutzes gesicherte Vertrauen wird bei der unechten Rückwirkung nämlich nur enttäuscht, wenn das Gesetz einen entwertenden Eingriff vornimmt, mit dem der Berechtigte nicht zu rechnen brauchte, den er also bei seinen Dispositionen nicht berücksichtigen konnte ([BVerfGE 69, 272](#), 309 = SozR aaO mwN; [BSGE 69, 76](#), 79 f = [SozR 3-2500 § 59 Nr 1](#) S 4 mwN; Senat, Urteil vom 13. September 2005 - [B 1 KR 4/05 R](#) - RdNr 21 mwN). Ein schützenswertes Vertrauen in die dauerhafte Aufrechterhaltung der verfassungswidrigen Satzungsregelung konnte beim Kläger aber - wie ausgeführt - nicht entstehen.

Diese Regelung in [§ 44 Abs. 2 SGB V](#) a.F. mit dem Recht der gesetzlichen Krankenkassen, bei freiwillig Versicherten den Anspruch auf Krankengeld durch ihre Satzung auch vollständig auszuschließen, besteht bereits seit dem 1. Januar 1989. D. h. jeder freiwillig Versicherte musste grundsätzlich seit diesem Zeitpunkt immer damit rechnen, dass eine Krankenkasse von dieser Möglichkeit Gebrauch macht und (jedenfalls) mit Wirkung für die Zukunft der Anspruch auf Krankengeld bei freiwillig Versicherten entzogen werden kann. Die Beklagte hat letztlich nur einen Eingriff vorgenommen, mit dem jeder freiwillige Versicherte - also auch der Kläger - generell rechnen musste und gegebenenfalls in seine Dispositionen auch hätte mit einplanen müssen. Ein schützenswertes Vertrauen des Klägers in die Unabänderlichkeit einer bei der Beklagten bestehenden freiwilligen Krankenversicherung mit Anspruch auf Krankengeld bestand damit nicht.

Soweit der Kläger in dem Zusammenhang einwendet, die Beklagte hätte ihm 1997 bei seinem Wechsel von der Pflichtversicherung in die freiwillige Versicherung (aufgrund seiner aufgenommenen selbständigen Tätigkeit) voll umfänglich darüber aufklären müssen, dass hier auch die Möglichkeit besteht, den Anspruch auf Krankengeld gänzlich aufzuheben, und da dies nicht geschehen sei, genieße er Vertrauensschutz, greift dies nicht durch.

Denn zum einen bestand die schon zitierte gesetzliche Regelung und Ermächtigungsgrundlage zugunsten der Krankenkassen hinsichtlich des kompletten Ausschlusses des Anspruches auf Krankengeld in [§ 44 Abs. 2 SGB V](#) a.F. bereits seit 1. Januar 1989 und gilt bezüglich gesetzlicher Regelungen der Grundsatz der formellen Publizität, das bedeutet, jeder Bürger muss die gesetzlichen Regelungen für und gegen sich voll umfänglich gelten lassen, unabhängig davon, ob er tatsächlich positive Kenntnis vom Inhalt hat.

Sofern zum anderen der Klägerbevollmächtigte damit letztlich auf den sozialrechtlichen Herstellungsanspruch abstellen wollte, greift dies ebenso wenig durch. Der Herstellungsanspruch hat zur Voraussetzung, dass der Sozialleistungsträger eine ihm auf Grund Gesetzes oder eines Sozialrechtsverhältnisses obliegende Pflicht (a), insbesondere zur Auskunft und Beratung ([§§ 15, 14](#) Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I)), verletzt hat (b); ferner muss zwischen der Pflichtverletzung des Sozialleistungsträgers und dem Nachteil des Betroffenen ein ursächlicher Zusammenhang (c) bestehen. Schließlich muss der durch das pflichtwidrige Verwaltungshandeln eingetretene Nachteil durch eine zulässige Amtshandlung beseitigt werden können (d); die Korrektur muss mit dem jeweiligen Gesetzeszweck in Einklang (e) stehen (vgl BSG Urteil vom 1. April 2004 - [B 7 AL 36/03 R](#)- und - [B 7 AL 52/03 R](#)- in [SozR 4-4300 § 137 Nr.1](#) mit Hinweis auf Urteil vom 25. Januar 1994, BSG [SozR 3-4100 § 249e Nr.4](#) S 37 mit umfassenden Nachweisen).

Hier ist schon fraglich, ob überhaupt eine Pflicht der Beklagten bestand, auf die grundsätzlich bestehende gesetzliche Möglichkeit in [§ 44 Abs. 2 SGB V](#) a.F. hinzuweisen, obgleich die Beklagte zum damaligen Zeitpunkt in ihrer Satzung keinen entsprechenden Wegfall des Anspruches auf Krankengeld für freiwillig Versicherte geregelt hatte, dies vielmehr erst tatsächlich im Jahre 2005 erfolgte. Weiter wäre u. a. Voraussetzung, dass der Kläger dartut, was er denn dann alternativ getan hätte. Die Alternative für den Kläger wäre nämlich allenfalls dann eine private Krankenversicherung mit Anspruch auf Krankengeld gewesen. Dort aber besteht genau dasselbe Risiko, dass nämlich diese Versicherung gegebenenfalls den Krankengeldanspruch für bestimmte versicherte Gruppen oder bestimmte Risiken ausschließt bzw. bei bestehenden Kunden die vertraglichen Bedingungen entsprechend abändert und den Krankengeldanspruch ausschließt oder nur noch gegen einen deutlich höheren Beitrag gegebenenfalls weiter anbietet.

Aus all diesen Gründen ist daher die Berufung des Klägers zurückzuweisen.

IV.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 193 SGG](#).

Gründe für die Zulassung der Revision bestehen nicht
Rechtskraft

Aus
Login

BWB
Saved
2009-02-19