

L 4 KR 5324/15

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
4
1. Instanz
SG Ulm (BWB)
Aktenzeichen
S 8 KR 3442/13
Datum
26.08.2015
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 4 KR 5324/15
Datum
21.07.2017
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum
-

Kategorie
Urteil
Leitsätze

Die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung sind bei einem freiwilligen versicherten Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung, das zugleich als Beamter Anspruch auf Beihilfe hat, nicht entsprechend dem Anspruch auf Beihilfe zu reduzieren.

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Ulm vom 26. August 2015 wird zurückgewiesen. Die Klage wegen der Bescheide der Beklagten vom 25. Januar 2016, 11. April 2016 und 12. Januar 2017 wird abgewiesen.

Außergerichtliche Kosten auch des Berufungsverfahrens sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt die Halbierung ihres monatlichen Beitrags zur Krankenversicherung seit 1. Januar 2013.

Die 1977 geborene Klägerin ist Beamtin mit Anspruch auf Beihilfe und freiwilliges Mitglied der Beklagten. Bei der Klägerin ist ein Grad der Behinderung von 100 festgestellt. Im Jahr 2012 erzielte sie ein Bruttoarbeitsentgelt in Höhe von EUR 40.531,30 (1/12 entspricht EUR 3.377,61).

Die Beklagte setzte nach einer Einkommensabfrage mit Bescheid vom 12. Dezember 2012 die monatlichen Beiträge der Klägerin ab 1. Januar 2013 zur gesetzlichen Krankenversicherung auf EUR 503,26 und zur sozialen Pflegeversicherung auf EUR 43,06 fest. Der Bemessung des Beitrags zur Krankenversicherung lagen monatliche Einkünfte in Höhe von EUR 3.377,61 und der ermäßigte Beitragssatz zur gesetzlichen Krankenversicherung von 14,9 % sowie ein Beitragssatz zur sozialen Pflegeversicherung von 1,275 % (halber Beitragssatz von 2,05 % + Beitragszuschlag für Kinderlose von 0,25 %) zugrunde.

Die Klägerin erhob am 4. Januar 2013 Widerspruch. Die Festsetzung des Krankenversicherungsbeitrags zu 100 % führe zu einer nicht gerechtfertigten Ungleichbehandlung. Als Beamtin sei sie beihilfeberechtigt, so dass sie nur noch 50 % im Rahmen einer ergänzenden Krankenversicherung abzudecken habe. Bei Beamten bestehe generell die Möglichkeit, den nicht beihilfefähigen Anteil an den Krankheitskosten bei einer privaten Krankenversicherung zu einem Teilkostentarif zu versichern, welcher sich wesentlich kostengünstiger darstelle als der freiwillige Krankenversicherungsbeitrag. Der Abschluss eines Teilkostentarifs bei einer privaten Krankenversicherung sei ihr jedoch wegen der Höhe des Zuschlags, den ein privates Versicherungsunternehmen aufgrund ihrer Schwerbehinderung erhebe, verschlossen. Dies verstoße gegen [Art. 3 Abs. 3 Satz 2](#) Grundgesetz (GG), wonach niemand wegen seiner Behinderung benachteiligt werden dürfe. Dabei sei den besonderen Belangen behinderter Menschen Rechnung zu tragen ([§ 2a](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch [SGB V]). Im Bereich der Pflegeversicherung habe der Gesetzgeber dies erkannt und nur einen hälftigen Beitrag gemäß "[§ 23 Abs. 3](#)" (richtig: [§ 55 Abs. 1 Satz 2](#)) Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) vorgesehen. Für die Krankenversicherung müsse diese Vorschrift analog gelten. Alternativ sei dem im Rahmen der Satzungsbefugnis mittels eines Wahltarifes ([§ 53 SGB V](#)) Rechnung zu tragen. Es sei auch [§ 14 SGB V](#) anwendbar.

Mit Widerspruchsbescheid vom 25. September 2013 wies der bei der Beklagten gebildete Widerspruchsausschuss den Widerspruch der Klägerin mit der Begründung zurück, die Beitragserhebung für freiwillige Mitglieder sei auf der Grundlage der [§§ 240, 243 SGB V](#) und des [§ 7 Abs. 2 Satz 1](#) Einheitliche Grundsätze zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und weiterer Mitgliedergruppen sowie zur Zahlung und Fälligkeit der von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge (BeitrVerfGrds SelbstZ) erfolgt. Es sei der ermäßigte Beitragssatz herangezogen worden, da die Klägerin keinen Anspruch auf Krankengeld habe. In der gesetzlichen Pflegeversicherung sei [§ 55 Abs. 1 Satz 2 SGB XI](#) angewandt worden. [§ 14 SGB V](#) finde keine Anwendung.

Die Klägerin erhob am 25. Oktober 2013 Klage beim Sozialgericht Ulm (SG). Unter Wiederholung und Vertiefung ihres Vortrags im Widerspruchsverfahren macht sie geltend, Hintergrund der Beihilferegelung sei der zu den Grundprinzipien des Beihilferechts gehörende, im Sozialstaatsprinzip verankerte Grundsatz der paritätischen Finanzierung von Sozialversicherungsbeiträgen. Dieser laufe bei ihr als Beamtin mit Schwerbehinderung ins Leere, da sie die Beitragslast von 100 % selbst zu tragen habe. Außerdem sei sie im Bereich der privaten Kranken- und Pflegeversicherung jederzeit dem Risiko einer einseitigen Kündigung ausgesetzt und sei dann aus der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen und könne wohl auch auf dem privaten Krankenversicherungsmarkt keine Absicherung mehr finden. Das Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) ermögliche ihr lediglich den Zugang zur privaten Krankenversicherung im Basistarif, welcher einen Vollkostentarif darstelle und ebenfalls von ihr in vollem Umfang zu tragen wäre. Der Beitrag hierfür würde sich nach einer eingeholten Auskunft auf EUR 627,75 belaufen. Die fehlende Möglichkeit eines Teilkostentarifs greife zudem in nicht gerechtfertigter Weise in die Vorsorgefreiheit der Beamten ein. Ihr Nettoentgelt habe im Dezember 2014 EUR 2.358,82 betragen.

Die Beklagte trat der Klage unter Verweis auf den Widerspruchsbescheid entgegen. Ein Teilkostentarif in der gesetzlichen Krankenversicherung sei wegen des geltenden Sachleistungsprinzips, welches mit dem der Kostenerstattung in der privaten Krankenversicherung schlecht zu vereinbaren sei, nicht umsetzbar.

Mit Urteil vom 26. August 2015 wies das SG die Klage ab. Die isolierte Teilanfechtungsklage sei zulässig, aber unbegründet. Die angefochtenen Bescheide seien rechtmäßig. Rechtsgrundlage für die erhobenen Beiträge seien [§§ 250 Abs. 2, 240, 243 Satz 1](#) und 3 SGB V i.V.m. den BeitrVerfGrds SelbstZ. Der ermäßigte Beitragssatz betrage 14,9 % der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder. Die Beklagte habe auf der Grundlage dieser Vorschriften die Beiträge der als Beamtin tätigen Klägerin zur freiwilligen Krankenversicherung ordnungsgemäß berechnet. Berechnungsfehler würden von der Klägerin auch nicht gerügt. Die Klägerin wende sich vielmehr gegen die Vereinbarkeit der vorgenannten Regelungen mit höherrangigem Gesetzes- und Verfassungsrecht. Ein Verstoß gegen [§ 14 SGB V](#) liege nicht vor. Danach könne eine Satzung für Angestellte der Krankenkassen und ihrer Verbände, für die eine Dienstordnung nach [§ 351 Reichsversicherungsordnung \(RVO\)](#) gelte, und für Beamte, die in einer Betriebskrankenkasse oder in der knappschaftlichen Krankenversicherung tätig seien, bestimmen, dass an die Stelle der nach diesem Buch vorgesehenen Leistungen ein Anspruch auf Teilkostenerstattung trete. Die Vorschrift sei nicht erweiterungsfähig auf sämtliche freiwillig versicherten Beamten. Die Begünstigung dieses Personenkreises und dessen Exklusivität seien verfassungsgemäß. Sie verstieße insbesondere nicht gegen das allgemeine Gleichheitsgebot des [Art. 3 Abs. 1 GG](#). Der durch den engen persönlichen Anwendungsbereich begrenzten Norm lägen sachlich einleuchtende Gesichtspunkte zugrunde, wie die Identifikation/Loyalität der Versicherten mit "ihrer" Kasse. Die Klägerin sei Beamtin bei einer Stadt und somit nicht bei einer Betriebskrankenkasse oder einer knappschaftlichen Krankenversicherung tätig, so dass die Voraussetzungen der Norm nicht vorlägen. Einen Wahltarif i.S.d. [§ 53 SGB V](#) sehe die Satzung der Beklagten nicht vor. Im Übrigen entspreche der von der Klägerin begehrte Tarif, der bei einem Beitragssatz von 50 % einen die Beihilfe ergänzenden 50 %igen Krankenversicherungsschutz gewähre, nicht den Rahmenvorgaben des [§ 53 SGB V](#). [§ 53 Abs. 1 SGB V](#) sehe die Möglichkeit eines Selbstbehalts verbunden mit einer Prämienzahlung vor, nicht aber die Absenkung des Beitragssatzes auf 50 %. Die übrigen Varianten in [§ 53 SGB V](#) seien mit dem klägerseitigen Begehren ebenfalls nicht in Einklang zu bringen. Auch sei ein von der Klägerin begehrter Tarif nicht mit dem in [§ 2 SGB V](#) verankerten Sachleistungsprinzip vereinbar, da ein solcher bei einer 50%igen Leistungspflicht nicht umsetzbar wäre. Ausnahmen vom Sachleistungsprinzip seien nach [§ 2 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) nur möglich, wenn dies gesetzlich vorgesehen sei (wie z. B. in [§ 14 SGB V](#)). Eine solche gesetzliche Vorschrift, die auf die Klägerin anwendbar wäre, liege nicht vor. [§ 2a SGB V](#) stütze das Begehren der Klägerin ebenfalls nicht. Nach [§ 2a SGB V](#) sei den besonderen Belangen behinderter und chronisch kranker Menschen Rechnung zu tragen und betreffe Leistungen an behinderte und chronisch kranke Menschen. Vorliegend begehre die schwerbehinderte Klägerin aber keine Leistung an sich, sondern eine Reduzierung der von ihr zu leistenden Krankenkassenbeiträge. Somit liege kein Anwendungsfall der Norm vor. Im Übrigen enthalte die Norm inhaltlich keine konkreten Regelungen, sondern stelle vielmehr einen Programmsatz dar. [§ 23 Abs. 3 SGB XI](#) sei auf die Beitragspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht analog anzuwenden. Anwendbar sei [§ 23 SGB XI](#), wie sich aus dessen Absatz 1 ergebe, ausschließlich auf Versicherte privater Krankenversicherungsunternehmen. Auf die Klägerin finde die Vorschrift keine Anwendung. Da die Klägerin freiwilliges Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung sei, gelte für sie gerade der ausdrücklich durch den Verweis auf [§ 20 Abs. 3 SGB XI](#) normierte Anwendungsausschluss. Eine planwidrige Regelungslücke für eine Analogie sei damit nicht gegeben. Auch [§ 55 Abs. 1 SGB XI](#) i.V.m. [§ 28 Abs. 2 SGB XI](#) sei nicht analog auf die Beitragspflicht der Klägerin in der gesetzlichen Krankenversicherung anzuwenden, da es an einer planwidrigen Regelungslücke für die Annahme einer Analogie der genannten Vorschriften aus dem SGB XI fehle. [§ 250 Abs. 2 SGB V](#) regele ausdrücklich, dass freiwillige Mitglieder die Beiträge alleine zu tragen hätten. Der Gesetzgeber habe bezüglich der Tragung der Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung mit den [§§ 249 bis 251 SGB V](#) ein ausdifferenziertes System geschaffen und für die vorliegende Konstellation von einer vom Grundsatz der alleinigen Tragung der Beiträge bei freiwilligen Mitgliedern in der gesetzlichen Krankenversicherung nach [§ 250 Abs. 2 SGB V](#) abweichenden Regelung keinen Gebrauch gemacht. Dass dem Gesetzgeber die Problematik bekannt sei, zeige sich in der Sonderregelung des [§ 55 Abs. 1 SGB XI](#) i.V.m. [§ 28 Abs. 2 SGB XI](#). Der Gesetzgeber habe die Problematik auch im Bereich des SGB V gesehen, hier aber nur für eine kleine Gruppe von Beamten mit [§ 14 SGB V](#) eine Sonderregelung geschaffen. [§ 14 SGB V](#) sei nicht erweiterungsfähig auf sämtliche freiwillig versicherten Beamten. [§ 250 Abs. 2 SGB V](#) sei verfassungsgemäß und verstoße nicht gegen [Art. 3 Abs. 3 Satz 2 GG](#), da [§ 250 Abs. 2 SGB V](#) weder unmittelbar noch mittelbar an das Vorliegen einer Behinderung anknüpfe. Das alleinige Tragen der Mitgliedsbeiträge werde ausschließlich durch das Vorliegen einer freiwilligen Mitgliedschaft ausgelöst. Ob eine Behinderung vorliege, sei hierfür unerheblich. Es liege auch kein Verstoß gegen [Art. 3 Abs. 1 GG](#) vor, da eine Ungleichbehandlung der Klägerin gegenüber anderen Beamten durch [§ 250 Abs. 2 SGB V](#) bzw. dessen Umsetzung durch die Beklagte nicht erfolge. In der nicht paritätischen Finanzierung der Beiträge liege ebenfalls kein Verstoß gegen das Sozialstaatsprinzip ([Art. 20 Abs. 1 GG](#)) oder gegen [Art. 3 Abs. 1 GG](#). Gegen die unterschiedliche Beitragslast könne nicht mit Erfolg eingewandt werden, dies verletze [Art. 3 Abs. 1 GG](#) schon deshalb, weil es einen allgemeinen Grundsatz gebe, dass Versicherungspflichtige die Beiträge aus ihren beitragspflichtigen Einkünften im Ergebnis stets nur zur Hälfte tragen müssten, also die Beitragslast der Versicherungspflichtigen nicht höher sein dürfe als der sich nach dem halben Beitragssatz ergebende Betrag. Einen solchen Grundsatz gebe es nicht. [§ 250 Abs. 2 SGB V](#) verstoße auch nicht gegen [Art. 33 Abs. 5 GG](#). Für den Bereich des Beamten- und Beamtenbesoldungsrechts stelle die Garantie der hergebrachten Grundsätze des Berufsbeamtentums eine spezielle Konkretisierung der Sozialstaatsklausel dar. [Art. 33 Abs. 5 GG](#) verpflichte letztlich den Dienstherrn dazu, die Dienstbezüge so auszugestalten, dass seine Beamten deren Bedürfnisse, die der arbeitende Mensch befriedigen können soll, befriedigen können. Hierzu gehöre auch, dass Beamte die Beiträge einer Krankenversicherung tragen könnten. Eine solche Verpflichtung aus [Art. 33 Abs. 5 GG](#) obliege aber nicht der Beklagten, da diese nicht Dienstherrin der Klägerin sei. Auch der Grundsatz der Vorsorgefreiheit werde nicht verletzt. Der beamtenrechtliche Grundsatz der Vorsorgefreiheit besage, dass der Beamte in der Wahl seiner Krankenvorsorge frei sei, also in eigener Verantwortung darüber entscheide, in welchem Umfang, bei welchem Versicherungsunternehmen, zu welchen Versicherungsbedingungen und mit welcher eigenen Beitragsverpflichtung er Vorsorge treffe oder ob er anstelle einer Versicherung

Rücklagen für den Krankheitsfall bilden wolle. Der Klägerin stehe es jedoch weiterhin frei, sich in der privaten oder gesetzlichen Krankenversicherung zu versichern. Ein Angebot zur Höhe der Beiträge für einen Teilkostentarif einer privaten Krankenversicherung habe sie nicht vorgelegt. Selbst wenn dies wirtschaftlich nicht besonders lukrativ sein sollte, sei eine Versicherung zum Vollkostentarif entsprechend dem mitgeteilten Angebot unter Berücksichtigung des Nettoentgelts für Dezember 2014 in Höhe von EUR 2.358,82 tragbar. Insoweit bestehe eine Pflicht der Versicherer gemäß [§ 12 Abs. 1b Satz 1 Nr. 1b und Nr. 3, Abs. 1c VAG](#) (in der bis 31. Dezember 2015 geltenden Fassung) den Basistarif zu gewähren. Die genannte Regelung enthalte auch eine Begrenzung der Beiträge nach oben. Die Klägerin habe zu keinem Zeitpunkt mitgeteilt, dass es ihr unmöglich sei, einen Teilkostentarif bei einer privaten Krankenversicherung zu erhalten. Im Übrigen sei die Beklagte hinsichtlich des Vorwurfes des Verstoßes gegen die Vorsorgefreiheit der falsche Adressat. Die Klägerin sei bei der Beklagten krankenversichert und begründe ihr Begehren insbesondere damit, dass ihr der Zugang zu einem Teilkostentarif bei einer privaten Krankenversicherung verwehrt sei. Adressat dieses Vorwurfes könnten somit nur der Dienstherr oder etwaige private Krankenversicherungsunternehmen sein.

Gegen das ihr am 30. November 2015 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 28. Dezember 2015 Berufung beim Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg eingelegt. Unter Wiederholung ihres bisherigen Vortrags führt sie aus, die Auffassung des SG nicht zu teilen. Insbesondere verstoße die Privilegierung des in [§ 14 SGB V](#) genannten Personenkreises gegen das Gleichheitsgebot aus [Art. 3 Abs. 1 GG](#). Das in [§ 2 SGB V](#) verankerten Sachleistungsprinzip habe Durchbrechungen erfahren, z.B. die eingeführten Zuzahlungsregelungen oder die Praxisgebühr. [§ 55 Abs. 1](#) i.V.m. [§ 28 Abs. 2 SGB XI](#) sei analog auf Krankenversicherungsbeiträge anzuwenden; andernfalls liege eine planwidrige Regelungslücke vor. Letztlich verstoße [§ 250 Abs. 2 SGB V](#) gegen höherrangiges Recht, denn durch die alleinige Beitragstragung laufe die beihilferechtliche Fürsorge ins Leere.

Die Klägerin beantragt (sachgerecht gefasst),

das Urteil des Sozialgerichts Ulm vom 26. August 2015 aufzuheben und den Bescheid der Beklagten vom 12. Dezember 2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 25. September 2013 sowie die Bescheide der Beklagten vom 21. Januar 2014, 16. Januar 2015, 11. März 2015, 25. Januar 2016, 11. April 2016 und 12. Januar 2017 insoweit aufzuheben, als die Beklagte monatliche Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung ab 1. Januar 2013 von mehr als EUR 251,63, ab 1. Januar 2014 von mehr als EUR 268,72, ab 1. März 2015 von mehr als EUR 276,11, ab 1. Januar 2016 von mehr als EUR 279,82, ab 1. März 2016 von mehr als EUR 291,98, ab 1. April 2016 von mehr als EUR 318,03 sowie ab 1. Januar 2017 von mehr als EUR 324,67 festgesetzt hat.

Die Beklagte beantragt (sachgerecht gefasst),

die Berufung zurückzuweisen und die Klage wegen der Bescheide vom 25. Januar 2016, 11. April 2016 und 12. Januar 2017 abzuweisen.

Sie verweist auf ihren Widerspruchsbescheid sowie die aus ihrer Sicht zutreffende Begründung des SG.

Die Beklagte hat nach Erlass des Widerspruchsbescheids jeweils mit weiteren Bescheiden die monatlichen Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung wie folgt festgesetzt:

Bescheid vom 21. Januar 2014 ab 1. Januar 2014 14,9% aus EUR 3.606,92 EUR 537,43

Bescheid vom 16. Januar 2015 ab 1. Januar 2015 14,9 % aus EUR 3.606,92 EUR 537,43

Bescheid vom 11. März 2015 ab 1. März 2015 14,9 % aus EUR 3.706,11 EUR 552,21

Bescheid vom 25. Januar 2016 ab 1. Januar 2016 15,1 % aus EUR 3.706,11 EUR 559,63

Bescheid vom 11. April 2016 ab 1. März 2016 15,1 % aus EUR 3.867,31 EUR 583,96 ab 1. April 2016 15,1 % aus EUR 4.212,31 EUR 636,06

Bescheid vom 12. Januar 2017 ab 1. Januar 2017 15,1 % aus EUR 4.300,25 EUR 649,34

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung des Senats ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

Wegen weiterer Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Senatsakte, die Akte des SG sowie die von der Beklagten vorgelegte Verwaltungsakte Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

1. Die Berufung der Klägerin, über die der Senat im Einverständnis der Beteiligten nach [§§ 153 Abs. 1, 124 Abs. 2](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) durch Urteil ohne mündliche Verhandlung entschieden hat, ist zulässig. Die Klägerin hat die Berufung form- und fristgerecht eingelegt. Die Berufung bedurfte nicht der Zulassung nach [§ 144 SGG](#). Denn die Klägerin wendet sich gegen die Erhebung von Beiträgen für einen Zeitraum von mehr als einem Jahr ([§ 144 Abs. 1 Satz 2 SGG](#)).

2. Gegenstand des Rechtsstreits ist der Bescheid der Beklagten vom 12. Dezember 2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 25. September 2013, soweit die Beklagte es ablehnte, die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung nur mit dem halben Beitragsatz (wie in der sozialen Pflegeversicherung) zu berechnen.

Gegenstand des Rechtsstreits sind auch die nach dem Widerspruchsbescheid vom 25. September 2013 ergangenen Bescheide vom 21. Januar 2014, 16. Januar 2015, 11. März 2015, 25. Januar 2016, 11. April 2016 und 12. Januar 2017 geworden. Die Bescheide der Beklagten vom 21. Januar 2014, 16. Januar 2015 und 11. März 2015 sind nach [§ 96 Abs. 1 SGG](#) kraft Gesetzes Gegenstand des Klageverfahrens geworden. Da das SG über diese Bescheide versehentlich nicht entschieden hat, weil die Beteiligten entgegen der ihnen nach [§ 96 Abs. 2 SGG](#) obliegenden Verpflichtung diese Bescheide nicht vorlegten, holt das Berufungsgericht die Entscheidung über diese Bescheide nach

(Bundessozialgericht [BSG], Urteil vom 20. Dezember 2012 - [B 10 EG 19/11 R](#) - juris, Rn. 17, Leitherer, in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer/Schmidt, SGG, 12. Aufl. 2017, § 96 Rn. 12a). Die Bescheide vom 25. Januar 2016, 11. April 2016 und 12. Januar 2017 sind nach [§§ 153 Abs. 1, 96 Abs. 1 SGG](#) Gegenstand des Berufungsverfahrens geworden. Über diese Bescheide entscheidet der Senat auf Klage.

Da die Beteiligten dem Senat weitere Bescheide nicht übermittelten, geht der Senat davon aus, dass weitere Bescheide nicht ergangen sind.

Nicht Gegenstand des Rechtsstreites ist der von der Klägerin mit ihrem Widerspruch gegen den Bescheid vom 12. Dezember 2012 gestellte Antrag auf Überprüfung der zuvor ergangenen Beitragsbescheide. Eine Entscheidung über diesen Antrag traf die Beklagte bislang nicht. Die Klägerin wandte sich mit ihrer Klage auch nur gegen die Beiträge ab 1. Januar 2013.

3. Die zulässige Berufung der Klägerin und ihre Klage sind nicht begründet. Das SG hat die Klage zu Recht mit zutreffender Begründung abgewiesen. Die zuvor unter 2. genannten Bescheide der Beklagten sind rechtmäßig und verletzen die Klägerin nicht in ihren Rechten. Die Beklagte hat seit 1. Januar 2013 Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung mit dem vollen (ermäßigten) Beitragssatz sowie ab 1. Januar 2015 zusätzlich dem jeweils festgelegten Zusatzbeitrag der Beklagten (hierzu a) und nicht mit dem halben Beitragssatz (hierzu b) festgesetzt. Dies verstößt nicht gegen verfassungsrechtliche Grundsätze.

a) aa) Nach [§ 220 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) werden die Mittel der Krankenversicherung unter anderem durch Beiträge aufgebracht. Nach [§ 223 Abs. 2 SGB V](#) werden die Beiträge nach den beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder bemessen (Satz 1). Für die Berechnung ist die Woche zu sieben, der Monat zu dreißig und das Jahr zu dreihundertsechzig Tagen anzusetzen (Satz 2). Beitragspflichtige Einnahmen sind nach [§ 223 Abs. 3 SGB V](#) bis zu einem Betrag von einem Dreihundertsechzigstel der Jahresarbeitsentgeltgrenze nach [§ 6 Abs. 7 SGB V](#) für den Kalendertag zu berücksichtigen (Beitragsbemessungsgrenze; Satz 1). Einnahmen, die diesen Betrag übersteigen, bleiben außer Ansatz, soweit das SGB V nichts Abweichendes bestimmt (Satz 2). Die beitragspflichtigen Einnahmen freiwilliger Mitglieder werden in [§ 240 SGB V](#) bestimmt. Nach Abs. 1 Satz 1 (hier in der seit 1. Januar 2009 geltenden Fassung des Art. 2 Nr. 29a1 Buchst. a Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung [GKV-WSG] vom 26. März 2007 [[BGBl. I S. 378](#)]) wird diese Beitragsbemessung - im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben in den weiteren Bestimmungen des [§ 240 SGB V](#) - einheitlich durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen geregelt, der hierzu die BeitrVerfGrds SelbstZ erlassen hat (zu deren Wirksamkeit: BSG, Urteil vom 19. Dezember 2012 - [B 12 KR 20/11 R](#) - juris, Rn. 13 ff). Bei der Beitragsbemessung ist sicherzustellen, dass die Beitragsbelastung die gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des freiwilligen Mitglieds berücksichtigt. Bei der Bestimmung der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit sind mindestens die Einnahmen des freiwilligen Mitglieds zu berücksichtigen, die bei einem vergleichbaren versicherungspflichtig Beschäftigten der Beitragsbemessung zugrunde zu legen sind (§ 240 Abs. 1 Satz 2, 1. Halbsatz in der seit 1. Januar 1989 geltenden Fassung des Art. 1 Gesundheits-Reformgesetzes [GRG] vom 20. Dezember 1988 [[BGBl. I S. 2477](#)], Abs. 2 Satz 1 SGB V in der Fassung seit 1. Januar 2009 geltenden Fassung Art. 2 Nr. 29a1 Buchst. b Doppelbuchst. aa GKV-WSG). Allerdings gibt das Gesetz in [§ 240 Abs. 4 Satz 1 SGB V](#) (in der seit 1. Januar 1989 geltenden Fassung des Art. 1 GRG vom 20. Dezember 1988, a.a.O.) eine verbindliche Bestimmung über die beitragspflichtigen Einnahmen für freiwillige Mitglieder vor, wonach als beitragspflichtige Einnahmen für den Kalendertag mindestens der neunzigste Teil der monatlichen Bezugsgröße gilt. Als beitragspflichtige Einnahmen sind das Arbeitsentgelt, das Arbeitseinkommen, der Zahlbetrag der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung, der Zahlbetrag der Versorgungsbezüge sowie alle Einnahmen und Geldmittel, die für den Lebensunterhalt verbraucht werden oder verbraucht werden können, ohne Rücksicht auf ihre steuerliche Behandlung zugrunde zu legen (§ 3 Abs. 1 Satz 1 BeitrVerfGrds SelbstZ). Für Beamte, Richter, Soldaten und sonstige versicherungsfreie Beschäftigte im Sinne des [§ 6 Abs. 1 Nr. 2, 4 und 5 SGB V](#) gelten als beitragspflichtige Einnahmen für den Kalendertag 1/360 der auf der Grundlage der gegenwärtigen Verhältnisse zu erwartenden Bezüge eines Jahres aus dem Dienstverhältnis sowie die sonstigen Einnahmen (§ 7 Abs. 2 Satz 1 BeitrVerfGrds SelbstZ). Nach [§ 243 Satz 1, 3 SGB V](#) gilt für Mitglieder, die keinen Anspruch auf Krankengeld haben, ein ermäßigter Beitragssatz, bis 31. Dezember 2014 14,9 % ([§ 243 Satz 3 SGB V](#) in der Fassung Art. 1 Nr. 20 GKV-Finanzierungsgesetz vom 22. Dezember 2010, [BGBl. I S. 2309](#)), seit 1. Januar 2015 14,0 % ([§ 243 Satz 3 SGB V](#) in der Fassung des Art. 1 Nr. 20 des GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetzes vom 21. Juli 2014, [BGBl. I S. 1133](#)). Zusätzlich können die Krankenkassen nach § 242 einen Zusatzbeitrag verlangen.

bb) Die Beklagte hat auf der Grundlage dieser Vorschriften die Beiträge zur freiwilligen Krankenversicherung der bei einer Stadt als Beamtin tätigen, ohne Anspruch auf Krankengeld versicherten Klägerin ordnungsgemäß berechnet. Einwände erhebt die Klägerin insoweit nicht.

b) Die Beklagte hat zu Recht die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung nicht halbiert. Hierfür fehlt es an einer gesetzlichen Grundlage. Ein Verstoß gegen höherrangiges Recht ist nicht gegeben.

aa) Die Klägerin kann ihren Anspruch nicht auf [§§ 28 Abs. 2, 55 Abs. 1 Satz 2 SGB XI](#) stützen. Entsprechende Vorschriften gibt es, wie das SG bereits zutreffend ausgeführt hat, im SGB V nicht.

Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit und Pflege Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge haben, erhalten nach [§ 28 Abs. 2 SGB XI](#) die jeweils zustehenden Leistungen zur Hälfte; dies gilt auch für den Wert von Sachleistungen. Der Beitragssatz für die Pflegeversicherung wird nach [§ 55 Abs. 1 SGB XI](#) bundeseinheitlich durch Gesetz festgesetzt. Für Personen, bei denen [§ 28 Abs. 2 SGB XI](#) Anwendung findet, beträgt nach [§ 55 Abs. 1 S. 2 SGB XI](#) der Beitragssatz die Hälfte des Beitragssatzes nach Satz 1.

Eine entsprechende Anwendung der [§§ 28 Abs. 2, 55 Abs. 1 Satz 2 SGB XI](#) auf Krankenversicherungsbeiträge scheidet aus. Insoweit fehlt es - entgegen der Auffassung der Klägerin - an einer planwidrigen Lücke in den Regelungen des SGB V (Urteil des Senats vom 12. Dezember 2014 - [L 4 KR 1620/14](#) - nicht veröffentlicht- auch zum Folgenden). Dies folgt schon daraus, dass der Gesetzgeber bewusst in der sozialen Pflegeversicherung die Höhe der Leistungen bei Versicherten, die Anspruch auf Beihilfe haben, anders als in der gesetzlichen Krankenversicherung geregelt hat. Er hat den Anspruch dieser Versicherten auf die Hälfte begrenzt. Der allgemein geltende Grundsatz der Subsidiarität der Beihilfe greift deshalb im Hinblick auf Leistungen bei Pflegebedürftigkeit nicht ein, die von Personen geltend gemacht werden, die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung nach der Regelung in [§ 28 Abs. 2 SGB XI](#) jeweils zur Hälfte erhalten. [§ 28 Abs. 2 SGB XI](#) regelt das Verhältnis der Leistungen der sozialen Pflegeversicherung zu den Leistungen der Beihilfe bei Pflegebedürftigkeit eigenständig und geht als spezielle Regelung dem allgemeinen Subsidiaritätsgrundsatz vor (BSG, Urteil vom 29. April 1999 - [B 3 P 15/98 R](#) - juris, Rn. 26).

Dies stellt auch keinen gleichheitswidrigen Begünstigungsausschluss dar.

Eine ungleiche Behandlung von Normadressaten ist mit dem allgemeinen Gleichheitssatz vereinbar, wenn zwischen ihnen Unterschiede von solcher Art und solchem Gewicht bestehen, dass sie die ungleiche Behandlung rechtfertigen können (vgl. etwa Bundesverfassungsgericht [BVerfG], Urteil vom 23. Januar 1990 - [1 BvL 44/86](#) - juris, Rn. 167; BVerfG, Beschluss vom 30. Mai 1990 - [1 BvL 2/83](#) - juris, Rn. 73). Dabei sind sozialpolitische Entscheidungen des Gesetzgebers hinzunehmen, solange seine Erwägungen weder offensichtlich fehlerhaft noch mit der Werteordnung des Grundgesetzes unvereinbar sind (BVerfG, Beschluss vom 8. Februar 1994 - [1 BvR 1237/85](#) - juris, Rn. 39). Der allgemeine Gleichheitssatz fordert vom Gesetzgeber nicht, dass er sämtliche Fallkonstellationen einer Regelung entsprechend ihrer jeweiligen Besonderheiten unterzieht. Er darf vielmehr - gerade im Bereich der Sozialversicherung - bei der Ordnung von Massenerscheinungen typisierende Regelungen schaffen mit der Folge, dass im Einzelfall auftretende unvermeidliche Härten hinzunehmen sind (vgl. etwa BVerfG, Beschluss vom 8. Februar 1983 - [1 BvL 28/79](#) - juris, Rn. 38). Es ist nicht Sache der Rechtsprechung zu prüfen, ob der Gesetzgeber die gerechteste oder zweckmäßigste Lösung getroffen hat. Auch die Systemwidrigkeit einer bestimmten Regelung führt für sich allein noch nicht zu einem Verstoß gegen [Art. 3 Abs. 1 GG](#). Nach welchem System der Gesetzgeber eine Materie ordnen will, obliegt, ebenso wie die Zweckmäßigkeit einer Regelung, seiner Entscheidung; auch solche Entscheidungen sind nur nach den Maßstäben der Verfassung, nicht aber unter dem Gesichtspunkt der Systemwidrigkeit zu überprüfen (BVerfG, Beschluss vom 10. November 1981 - [1 BvL 18/77](#) - juris, Rn. 34). Nur die Einhaltung der Grenzen gesetzgeberischer Entscheidungsspielräume ist von der Rechtsprechung zu überprüfen; die Unsachlichkeit der Regelung muss evident sein, wenn der Gleichheitssatz des [Art. 3 Abs. 1 GG](#) verletzt sein soll (BVerfG, Beschluss vom 1. Juli 1964 - [1 BvR 375/62](#) - juris, Rn. 12).

Aus den zuvor genannten Gründen ergibt sich, dass der in der gesetzlichen Krankenversicherung und sozialen Pflegeversicherung unterschiedliche Beitragssatz für Personen mit Anspruch auf Beihilfe eine sachliche Rechtfertigung aufweist. Der Anspruch der Klägerin auf Beihilfe führt nicht dazu, dass ihre Ansprüche auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung eingeschränkt sind. Vielmehr stehen ihr - und auch gegebenenfalls den nach [§ 10 SGB V](#) mitversicherten Familienangehörigen - diese in vollem Umfang zu (Urteil des Senats vom 12. Dezember 2014 - [L 4 KR 1620/14](#) - nicht veröffentlicht).

Die Höhe der Beiträge hängt im solidarischen Finanzierungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung ([§ 3 SGB V](#)) - und auch der sozialen Pflegeversicherung ([§ 1 Abs. 6 SGB XI](#)) - von der Leistungsfähigkeit des Versicherten ab, die sich an den beitragspflichtigen Einnahmen orientiert. Anders als im privaten Versicherungsrecht beteiligt sich das einzelne Mitglied in der gesetzlichen und sozialen Pflegeversicherung entsprechend dem Gedanken des solidarischen Ausgleichs innerhalb der Versichertengemeinschaft durch grundsätzlich für jeden Tag der Mitgliedschaft zu zahlende Beiträge (§ 223 Abs. 1 ggf. i.V.m. [§ 240 V](#), [§ 54 Abs. 2 Satz 2 SGB XI](#)) nach seiner Leistungsfähigkeit an deren Ausgaben. Die gesetzliche Krankenversicherung und soziale Pflegeversicherung ist beherrscht von dem Grundsatz des sozialen Ausgleichs, dem Solidarprinzip. Danach ist es Aufgabe der Solidargemeinschaft, die bei den verschiedenen Versicherten bestehenden ungleichen Risiken auszugleichen, wobei der Ausgleich der gesamten Solidargemeinschaft obliegt und nach sozialen Gesichtspunkten zu erfolgen hat. Deshalb darf der Beitrag der Mitglieder grundsätzlich nicht nach dem individuellen Risiko, auch nicht im Hinblick auf die Dauer des Anspruchs auf Entgeltfortzahlung, sondern nur nach der Leistungsfähigkeit des einzelnen differenziert werden (BSG, Urteil vom 25. Juni 1991 - [1 RR 6/90](#) - juris, Rn. 15f.).

bb) Auch aus [§ 14 SGB V](#) kann die Klägerin den von ihr geltend gemachten Anspruch nicht herleiten. Dieser ist weder direkt noch analog anzuwenden und verstößt auch nicht gegen Verfassungsrecht.

Die Satzung einer Krankenkasse kann nach [§ 14 Abs. 1 S. 1 SGB V](#) für Angestellte der Krankenkassen und ihrer Verbände, für die eine Dienstordnung nach § 351 der Reichsversicherungsordnung gilt, und für Beamte, die in einer Betriebskrankenkasse oder in der knappschaftlichen Krankenversicherung tätig sind, bestimmen, dass an die Stelle der nach diesem Buch vorgesehenen Leistungen ein Anspruch auf Teilkostenerstattung tritt. Sie hat die Höhe des Erstattungsanspruchs in Vomhundertsätzen festzulegen und das Nähere über die Durchführung des Erstattungsverfahrens zu regeln (Satz 2). Die bei der Beklagten versicherten Dienstordnungsangestellten und Versorgungsempfänger, die vom Wahlrecht des [§ 14 SGB V](#) Gebrauch gemacht haben, erhalten nach § 17 Abs. 1 der Satzung der Beklagten eine Teilkostenerstattung. An die Stelle der Teilkostenerstattung und dem Beihilfeanspruch nach der Dienstordnung treten die im SGB V, in der RVO und in dieser Satzung vorgesehenen Leistungen (§ 17 Abs. 2 der Satzung der Beklagten). Nach § 19e Abs. 1 der Satzung der Beklagten werden an Mitglieder, die im Rahmen des [§ 14 SGB V](#) i.V.m. § 17 der Satzung einen Anspruch auf Teilkostenerstattung haben, entsprechend der Leistungsbeschränkung 68 % des monatlichen Beitrages als Prämie ausgezahlt ([§ 53 Abs. 7](#) und 8 SGB V).

Die Klägerin ist von dieser Vorschrift nicht erfasst, weil sie als bei einer Stadt beschäftigte Beamtin die in der Vorschrift genannten persönlichen Voraussetzungen nicht erfüllt.

Die Vorschrift des [§ 14 SGB V](#) kann - wie das SG zutreffend ausführte - auch nicht in analoger Anwendung auf die Klägerin als Anspruchsgrundlage für eine hälftige Beitragsbemessung herangezogen werden, weil es an einer unbewussten Regelungslücke in Bezug auf das Begehren des Klägers fehlt. Eine Regelungslücke, die Voraussetzung für eine analoge Anwendung wäre, ist vorliegend nicht ersichtlich. Aus dem Gesetzgebungsverfahren zu [§ 14 SGB V](#) ergibt sich, dass der Gesetzgeber die Regelung nicht auf Beamte insgesamt ausweiten wollte (siehe hierzu und im Folgenden LSG Berlin, Urteil vom 15. Oktober 2003 - [L 15 KR 492/01](#) - juris, Rn. 16). Zwar hatte der Bundesrat dies zunächst mit der Begründung gefordert, dass auch für in der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig versicherte Beamte eine Übergangsregelung geschaffen werden müsse. Dieser Personenkreis werde durch das Ausklammern in einer Übergangsregelung ungerechtfertigt hart getroffen, zumal ältere Beamte einen Wechsel in die private Krankenversicherung kaum noch vornehmen könnten (vgl. [BT-Drucks. 11/2493, S. 10](#)). Diesem Änderungsvorschlag ist die Bundesregierung entgegengetreten mit der Begründung, dass für Beamte ein eigenständiges System der Absicherung von Krankheitskosten bestehe. Dem trage der Änderungsvorschlag nicht Rechnung ([BT-Drucks. 11/2493, S. 58](#)). Entsprechend ist [§ 14 SGB V](#) in seiner jetzigen Fassung verabschiedet worden. Aus dem Gesetzgebungsverfahren wird somit deutlich, dass der Gesetzgeber die Situation der nicht von [§ 14 SGB V](#) erfassten Beamten zwar gesehen hat, diese aber ausdrücklich nicht an der Möglichkeit der Teilkostenerstattung beteiligen wollte.

Zu Unrecht macht die Klägerin geltend, [§ 14 SGB V](#) in Verbindung mit der von der Beklagten getroffenen Regelung in ihrer Satzung verstoße gegen den Gleichheitsgrundsatz des [Art. 3 Abs. 1 GG](#). Zur Überzeugung des Senats stellt [§ 14 SGB V](#) keinen gleichheitswidrigen Begünstigungsausschluss dar (siehe auch hierzu LSG Berlin, Urteil vom 15. Oktober 2003 - [L 15 KR 492/01](#) - juris, Rn. 17ff. m.w.N.). Das LSG

Berlin führte aus:

"Die Zulassung der Teilkostenerstattung bei ermäßigtem Beitragssatz für Dienstordnungsangestellte und Beamte, die bei Krankenkassen beschäftigt sind, widerspricht im Grunde Grundprinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung. Der Sachleistungsanspruch wird für den in [§ 14 SGB V](#) genannten Personenkreis in einen (wahlweisen) Kostenerstattungsanspruch umgewandelt. Die so geschaffene Möglichkeit, trotz Mitgliedschaft in einer gesetzlichen Krankenversicherung und bei ermäßigten Beitragssätzen Beihilfeansprüche zu realisieren, steht dem Prinzip der solidarischen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung ([§ 3 SGB V](#)) als Ausdruck des Gedankens einer Krankenversicherung als Solidargemeinschaft ([§ 1 Satz 1 SGB V](#)) entgegen. Grundsätzlich richten sich die Beiträge, die der Versicherte für seine Krankenversicherung zu entrichten hat, allein nach seiner finanziellen Leistungsfähigkeit. Der Anspruch auf medizinische Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung ist unabhängig von der Höhe der gezahlten Beiträge. Die zu zahlenden Beiträge sind unabhängig davon, inwieweit Leistungen in Anspruch genommen werden und ob das Risiko Krankheit bereits durch andere (private oder öffentlich-rechtliche) Sicherungssysteme abgedeckt ist. Ausdruck des Solidaritätsprinzips ist zudem die beitragsfreie Familienversicherung, insbesondere von Ehegatten und Kindern, soweit diese vom Versicherten unterhalten werden ([§ 3 Satz 3 SGB V](#), vgl. auch [§ 243 Abs. 2 Satz 2 SGB V](#)). Auch insoweit kommt es durch die Zulassung von Teilkostenerstattungen zu an sich systemfremden Abstufungen, da sich die Höhe der Beihilfeleistungen nach der Anzahl der unterhaltsberechtigten Familienangehörigen richtet und sich der Beitragssatz nach [§ 243 Abs. 1 SGB V](#) also entsprechend abgestuft verändert.

Diese an sich systemfremde Privilegierung stellt keinen Verstoß gegen [Art. 3 Abs. 1 GG](#) dar. Sie findet ihre Rechtfertigung vielmehr darin, dass nur solche Beihilfeberechtigten begünstigt werden, die für eine Krankenkasse oder deren Verbände tätig sind und die sich bereits dadurch regelmäßig im Rahmen ihres Arbeitsverhältnisses in besonderem Maße für die Belange der gesetzlichen Krankenversicherung einsetzen (vgl. [BT-Drucks. 11/2237, S. 164](#)). Die Krankenkassen haben ein beachtenswertes Interesse daran, zur Erhaltung der Betriebsverbundenheit und der Vermeidung von Loyalitätskonflikten auch ihre Dienstordnungsangestellten oder die bei ihnen beschäftigten Beamten in ihre eigene Fürsorge zu nehmen [BSG, Urteil vom 14. April 1983 - [8 RK 28/81](#) - juris, Rn. 17]. In diesen Fällen bestünde ein unmittelbarer Konflikt, wenn der Beamte oder [Dienstordnungs]-Angestellte nur unter Inkaufnahme deutlicher Beitragsunterschiede Mitglied "seiner" Krankenkasse werden könnte. Wählt er eine für ihn unter Umständen finanziell günstigere private Krankenversicherung, so belastet dies unmittelbar die Identifikation mit seinem Dienstherrn. Es könnte sich der Eindruck der Illoyalität ergeben. Zwar ist richtig, dass sich auch andere Beamte (etwa der übrigen Sozialversicherungsträger) im Rahmen ihres beruflichen Arbeitsgebiets besonders für die Belange der gesetzlichen Krankenversicherung einsetzen. Bei dieser Personengruppe ist der Dienstherr aber nicht selbst Träger der gesetzlichen Krankenversicherung, so dass Fragen der Loyalität und Identifikation mit dem Dienstherrn das Verhältnis zur eigenen Krankenversicherung nicht beherrschen. Hier gilt - wie bei der Personengruppe der Beamten insgesamt -, dass sie nach dem Subsidiaritätsprinzip und dem Solidargedanken in der gesetzlichen Krankenversicherung grundsätzlich als nicht schutzwürdig angesehen werden. Dem Kreis der Beamten steht mit den Regelungen der Beihilfe ein eigenständiges Sicherungssystem gegen Krankheit zur Verfügung. Vor diesem Hintergrund ist mit dem Gesundheits-Reformgesetz der Zugang der Beamten zur gesetzlichen Krankenversicherung weitestgehend ausgeschlossen worden. Nur sofern - etwa wegen des hohen Eintrittsalters - ein Wechsel in ein privates (Teil-)Sicherungssystem nicht mehr zugemutet werden kann, besteht ein Recht der freiwilligen (Weiter-)Versicherung. Jedenfalls rechtfertigt das Interesse des Gesetzgebers, den Bediensteten der gesetzlichen Krankenversicherung die genannten denkbaren Loyalitätskonflikte zu ersparen und ihren besonderen Verhältnissen Rechnung zu tragen, die unterschiedliche Behandlung der bei einer Krankenversicherung Beschäftigten von den übrigen Beamten im Rahmen des [§ 14 SGB V](#)."

Dem schließt der Senat sich an.

cc) Auch ist ein Verstoß des [§ 250 SGB V](#) gegen höherrangiges Recht nicht erkennbar.

Nach [§ 250 Abs. 2 SGB V](#) tragen freiwillige Mitglieder den Beitrag zur Krankenversicherung allein. Nicht nachvollzogen werden kann der Vortrag der Klägerin, durch die alleinige Beitragstragung gehe die beihilferechtliche Fürsorge ins Leere. Der Klägerin stand es frei, sich bei einem privaten Unternehmen krankenversichern zu lassen und damit eine anteilige Beitragstragung entsprechend ihrem Beihilfesatz zu erreichen. Dass die Subsidiarität der Beihilfe in Bezug auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung als solche nicht gegen höherrangiges Recht verstößt und insbesondere mit der sich aus [Art. 33 Abs. 5 GG](#) ergebenden Fürsorgepflicht des Dienstherrn sowie dem Gleichheitsgrundsatz des [Art. 3 Abs. 1 GG](#) vereinbar ist, entspricht der Rechtsprechung sowohl des Bundesverwaltungsgerichts (BVerwG) als auch des BVerfG (BVerwG, Urteil vom 15. Dezember 2005 - [2 C 35/04](#) - juris, Rn. 25, 37; BVerfG, Nichtannahmebeschluss vom 13. Februar 2008 - [2 BvR 613/06](#) - juris, Rn. 19). Nach der Rechtsprechung des BVerwG steht die gesetzliche Krankenversicherung im deutlichen Gegensatz zu der auf dem überkommenen Grundsatz der Vorsorge des Staates für seine Beamten und deren Familien beruhenden beamtenrechtlichen Krankenfürsorge. Hiermit steht die Systematik der Beihilfevorschriften im Einklang. Demgemäß wird in den Fällen, in denen ein Beihilfeberechtigter Leistungen aus einer gesetzlichen Krankenversicherung erhält, keine den Beamten zustehende Beihilfe gekürzt, sondern es entstehen von vornherein nur im eingeschränkten Umfang beihilfefähige Aufwendungen. Der Dienstherr kann sich von der Gewährung von Beihilfen im Krankheitsfall dadurch entlasten, dass er diesen Personenkreis auf solche Leistungen aus einer anderen öffentlichen Kasse verweist (so schon BVerwG, Urteil vom 24. November 1988 - [2 C 18/88](#) - juris, Rn. 15). Ein Eingriff in die Beitragsparität kann als Folge dieser Ausführungen daher nicht erkannt werden.

Im Übrigen gibt es - entgegen der Auffassung der Klägerin - in der gesetzlichen Krankenversicherung keinen Grundsatz der paritätischen Finanzierung von Beiträgen zur Sozialversicherung. Das SG führte zutreffend aus, dass schon kein allgemeiner Grundsatz besteht, wonach Versicherungspflichtige die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung aus ihren beitragspflichtigen Einkünften im Ergebnis stets nur zur Hälfte tragen müssten, auch nicht versicherungspflichtige Beschäftigte nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 1](#) und 13 SGB V. Denn der Arbeitgeber trägt bei diesen nur die Hälfte des Beitrags zur gesetzlichen Krankenversicherung aus dem Arbeitsentgelt nach dem allgemeinen oder ermäßigtem Beitragssatz ([§ 249 Abs. 1 Satz 1](#) 1. Halbsatz SGB V). Dies ist weniger als die Hälfte der von den versicherungspflichtig Beschäftigte zu zahlenden Beiträge, weil im Übrigen, und damit z.B. der Zusatzbeitrag nach [§ 242 SGB V](#), von diesen alleine zu tragen ist ([§ 249 Abs. 1 Satz 1](#) 2. Halbsatz SGB V).

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

5. Die Revision war nicht zuzulassen.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2017-10-27