

## L 4 KR 435/17

Land  
Freistaat Bayern  
Sozialgericht  
Bayerisches LSG  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
4  
1. Instanz  
SG Augsburg (FSB)  
Aktenzeichen  
S 12 KR 645/16  
Datum  
14.06.2017  
2. Instanz  
Bayerisches LSG  
Aktenzeichen  
L 4 KR 435/17  
Datum  
09.08.2018  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen

-  
Datum

-  
Kategorie  
Urteil  
Leitsätze

1. Zu den Voraussetzungen einer obligatorischen Anschlussversicherung nach [§ 188 Abs. 4 S. 1](#) u. 2 SGB V.
  2. Zwar hat der Gesetzgeber beihilfeberechtigte Personen im Hinblick auf die Pflicht, sich ergänzend privat zu versichern, ausnahmslos von der nachrangigen Versicherungspflicht gemäß [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) ausgenommen.
  3. Der Grundsatz der absoluten Versicherungsfreiheit nach [§ 6 Abs. 1 Nr. 2 Abs. 3 SGB V](#) schließt jedoch eine obligatorische Anschlussversicherung nach [§ 188 Abs. 4 SGB V](#) in Form einer freiwilligen Versicherung - auch gegen den Willen des Versicherten - nicht aus. Dies ergibt sich aus der Gesetzessystematik und entspricht auch dem gesetzgeberischen Ziel, für möglichst alle in Deutschland lebenden Personen vollständigen Versicherungsschutz gegen Krankheit sicherzustellen.
  4. Es bestehen keine verfassungsrechtlichen Bedenken aus der Anwendung der Vorschrift des [§ 188 Abs. 4 SGB V](#) auf beihilfeberechtigte Personen.
- I. Die Berufung gegen das Urteil des Sozialgerichts Augsburg vom 14.06.2017 wird zurückgewiesen.

II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

III. Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Der Kläger wendet sich gegen die Durchführung einer freiwilligen Versicherung nach [§ 188 Abs. 4](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) für den Zeitraum 01.10.2015 bis 30.06.2017.

Der 1973 geborene Kläger bezog bis 30.09.2015 Arbeitslosengeld II nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II) und war über diesen Bezug nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V](#) bei der Beklagten pflichtversichert.

Mit Wirkung zum 01.09.2015 wurde der Kläger unter Berufung in das Beamtenverhältnis auf Widerruf zum Verwaltungssekretäranwärter bei der Stadt A. ernannt. Er hatte aus diesem Beamtenverhältnis Anspruch auf Beihilfe in Höhe von 50%. Eine private Krankenversicherung schloss er nicht ab.

Die Beklagte wandte sich mit Schreiben vom 30.03.2016 an den Kläger, um zu klären, wie er seit dem 01.10.2015 versichert sei. Er brauche vorerst nichts zu unternehmen, wenn er eine Beschäftigung mit einem monatlichen Einkommen über 450,- Euro aufgenommen habe oder Leistungen der Arbeitsagentur oder des Jobcenters beziehe. Treffe keine dieser Möglichkeiten zu, werde er automatisch als freiwilliges Mitglied versichert. Die Höhe der Beiträge werde berechnet, sobald er die Beklagte über seine Einnahmen informiert habe. Abschließend heißt es: "Sind Sie nach dem Ende Ihrer Pflichtversicherung bereits anderweitig krankenversichert (z. B. in einer privaten Krankenversicherung), informieren Sie uns bitte innerhalb von zwei Wochen. Damit wir Ihre Versicherung beenden können, senden Sie uns bitte einen entsprechenden Nachweis."

Der Kläger erklärte daraufhin mit Schreiben vom 06.04.2016 die Kündigung seines Krankenversicherungsverhältnisses zum 01.10.2015, hilfsweise zum nächstmöglichen Zeitpunkt. Als Beamtenanwärter sei er von der Sozialversicherungspflicht befreit und beihilfeberechtigt.

Die Beklagte erwiderte mit Schreiben vom 15.04.2016, soweit keine private Krankenversicherung zu Stande gekommen sei, sei die Versicherung bei der Beklagten weiterzuführen. Aufgrund der Kündigung ende die Versicherung dann zum 30.06.2016.

Dagegen wandte der Kläger mit Schreiben vom 02.05.2016 ein, dass seine Versicherung kraft Gesetzes zum 30.09.2015 mit Ende des Bezuges von Arbeitslosengeld II geendet habe. Dies ergebe sich aus [§ 190 Abs. 12 SGB V](#). Eine Versicherungspflicht nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) scheide aufgrund der absoluten Versicherungsfreiheit nach [§ 6 Abs. 1 Nr. 2](#) i.V.m. Abs. 3 SGB V aus.

Mit Bescheid vom 26.05.2016 stellte die Beklagte die Mitgliedschaft des Klägers aufgrund einer obligatorischen Anschlussversicherung nach [§ 188 Abs. 4 SGB V](#) fest. Aus Rundschreiben des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen ergebe sich, dass ein anderweitiger Krankenversicherungsschutz im Sinne von [§ 188 Abs. 4 SGB V](#) nicht gegeben sei, wenn eine über die beamtenrechtlichen Fürsorgevorschriften hinausgehende private Absicherung nicht vorhanden sei. Die Beklagte setzte Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung fest, wobei sie wegen fehlender Einkommensnachweise ab 01.01.2016 die Beitragsbemessungsgrenze in Höhe von monatlich 4.237,50 Euro zu Grunde legte.

Am 15.06.2016 erhob der Kläger Widerspruch gegen den Bescheid vom 26.05.2016; er berief sich auf [§ 6 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#).

Die Beklagte stellte mit Bescheid vom 11.07.2016 fest, dass die Kündigung zum 30.06.2016 nach [§ 175 Abs. 4 Satz 4 SGB V](#) mangels Vorlage einer Mitgliedsbescheinigung der neuen Krankenkasse nicht wirksam geworden sei. Ab 01.07.2016 sei weiterhin der Höchstbeitrag zu zahlen.

Am 30.07.2016 übersandte der Kläger Verdienstabrechnungen für Januar, März, Mai und Juni 2016 sowie eine Verdienstbescheinigung für den Zeitraum 01.09.2015 bis 31.12.2015. Daraufhin setzte die Beklagte mit Bescheid vom 16.08.2016 die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung rückwirkend ab 01.10.2015 neu fest.

Den Widerspruch wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 20.10.2016 zurück.

Dagegen hat der Kläger am 17.11.2016 Klage zum Sozialgericht Augsburg (SG) erhoben. In der mündlichen Verhandlung am 14.06.2017 hat der Kläger erklärt, er sei zum 01.07.2017 von der Stadt A. entlassen worden; Bezüge habe er bis 30.06.2017 erhalten. Der Kläger hat die Klage auf eine Überprüfung der Versicherungspflicht in der Krankenversicherung dem Grunde nach beschränkt. Die Beitragshöhe solle nicht überprüft werden.

Mit Urteil vom 14.06.2017 hat das SG die Klage abgewiesen. Für den Kläger bestehe ab 01.10.2015 eine Mitgliedschaft als freiwillig Versicherter nach [§ 9 SGB V](#) i. V. m. [§ 188 Abs. 4 SGB V](#). Die Beklagte habe den Kläger, nachdem ihr vom Jobcenter keine weitere Mitgliedschaftsmeldung nach dem 30.09.2015 übermittelt worden sei, mit Schreiben vom 30.03.2016 über die automatische freiwillige Mitgliedschaft informiert und ihn aufgefordert, innerhalb von zwei Wochen zu melden, wenn er bereits anderweitig krankenversichert sei, damit die Versicherung beendet werden könne. Dieser Hinweis reiche aus, um den Hinweispflichten des [§ 188 Abs. 4 Satz 1 SGB V](#) zu genügen. Ein wirksamer Austritt liege nicht vor, da der Kläger zwar eine Kündigung erklärt habe, aber tatsächlich keine anderweitige Versicherung bestehe. Die Absicherung als Beamter über eine Beihilfe von 50 v. H. sei hierfür nicht ausreichend.

Die Ausschlussregelung des [§ 6 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) greife hier nicht. Denn für den Kläger sei keine Pflichtversicherung nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) eingetreten, sondern eine obligatorische freiwillige Krankenversicherung. Der Bezug von beamtenrechtlichen Beihilfeleistungen schließe die obligatorische Anschlussversicherung nach [§ 188 Abs. 4 SGB V](#) nicht aus. Hierfür wäre vielmehr zusätzlich eine beihilfekonforme private Krankenversicherung notwendig.

Auch Beamte seien zur Absicherung ihres Krankheitsrisikos neben der Beihilfe zum Abschluss einer beihilfekonformen privaten Krankenversicherung oder alternativ zu einer freiwilligen Versicherung in der GKV verpflichtet. Der Eintritt einer obligatorischen freiwilligen Krankenversicherung nach Ende einer Pflichtversicherung für einen Beamtenanwärter stehe im Einklang mit dem Bestreben des Gesetzgebers, für jeden in Deutschland Wohnenden eine Absicherung in der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung zu gewährleisten.

Gegen das am 25.07.2017 zugestellte Urteil hat der Kläger bereits am 13.07.2017 Berufung zum Bayer. Landessozialgericht (LSG) eingelegt. Zur Begründung hat er ausgeführt, er sei nach [§ 6 Abs. 1 Nr. 2, Abs. 3 SGB V](#) versicherungsfrei. Diese Vorschrift gehe anderen Regelungen vor. Auch die Stadt A. als Dienstherrin gehe nicht von einer Versicherungspflicht aus.

In der mündlichen Verhandlung am 09.08.2018 hat der Senat die BKK-Pflegekasse Daimler zum Verfahren beigelegt.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Augsburg vom 14.06.2017 sowie den Bescheid vom 26.05.2016 in der Gestalt des Teilabhilfebescheides vom 16.08.2016 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 20.10.2016 aufzuheben und festzustellen, dass ab 01.10.2015 bis 30.06.2017 keine Mitgliedschaft aufgrund einer freiwilligen Krankenversicherung bei der Beklagten besteht.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts wird auf die Gerichtsakten beider Rechtszüge und auf die beigezogene Akte der Beklagten verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung ist zulässig; insbesondere wurde sie form- und fristgerecht eingelegt ([§ 151 SGG](#)). Sie ist ohne Zulassung statthaft, weil sich Beiträge für mehr als ein Jahr im Streit befinden ([§ 144 Abs. 1 Satz 2 SGG](#)).

Die Berufung ist jedoch nicht begründet. Streitgegenstand sind die Mitgliedschaft des Klägers bei der Beklagten sowie die damit verbundene Beitragspflicht dem Grunde nach; hinsichtlich der Höhe der Beiträge hat der Kläger die Klage in der mündlichen Verhandlung vor dem SG zurückgenommen. Die Klage ist als Anfechtungs- und Feststellungsklage [§ 54 Abs. 1 Satz 1 Alt. 1](#), [§ 55 Abs. 1 Nr. 1 SGG](#) zulässig, jedoch nicht begründet.

Der Kläger ist im streitgegenständlichen Zeitraum nach [§ 188 Abs. 4 Satz 1](#) und 2 SGB V freiwillig bei der Beklagten versichert und hat entsprechende Beiträge zu zahlen. Aus [§ 6 Abs. 1 Nr. 2, Abs. 3 SGB V](#) ergibt sich nichts anderes.

1. Die tatbestandlichen Voraussetzungen einer obligatorischen Anschlussversicherung nach [§ 188 Abs. 4 Satz 1](#) und 2 SGB V ab 01.10.2015 sind gegeben. Danach setzt sich für Personen, deren Versicherungspflicht oder Familienversicherung endet, die Versicherung mit dem Tag nach dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht oder mit dem Tag nach dem Ende der Familienversicherung als freiwillige Mitgliedschaft fort, es sei denn, das Mitglied erklärt innerhalb von zwei Wochen nach Hinweis der Krankenkasse über die Austrittsmöglichkeiten seinen Austritt. Der Austritt wird nur wirksam, wenn das Mitglied das Bestehen eines anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall nachweist.

a) Die Versicherungspflicht des Klägers auf Grund des Bezugs von Arbeitslosengeld II ([§ 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V](#)) endete mit Ablauf des 30.09.2015, des letzten Tages, für den er Arbeitslosengeld II bezogen hat ([§ 190 Abs. 12 SGB V](#)). Anhaltspunkte für das Bestehen einer Familienversicherung liegen nicht vor.

b) Der Austritt, den der Kläger mit Schreiben vom 06.04.2016 erklärt hat, ist nicht wirksam geworden, weil der Kläger das Bestehen eines anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall nicht nachgewiesen hat. Der Beihilfeanspruch gegen die Stadt A. als Dienstherrn genügt insoweit nicht. Dies entnimmt der Senat der Gesetzesbegründung zu [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#). Danach werden beihilfeberechtigte Personen, die über keine ergänzende Krankheitskostenvollversicherung über den von der Beihilfe nicht übernommenen Kostenteil verfügen, als Personen ohne Absicherung im Krankheitsfall angesehen ([BT-Drs. 16/3100, S. 94](#)). Der Senat zieht diese Ausführungen auch zur Auslegung des [§ 188 Abs. 4 Satz 2 SGB V](#) heran (ebenso Felix in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 3. Aufl. 2016, [§ 188 SGB V](#), Rn. 24). Denn [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) betrifft Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben, ähnelt [§ 188 Abs. 4 Satz 2 SGB V](#) also insoweit im Wortlaut, und dient ebenso wie dieser dem Ziel, für möglichst alle in Deutschland lebenden Personen vollständigen Versicherungsschutz gegen Krankheit sicherzustellen.

Auch eine wirksame Kündigung zu einem späteren Zeitpunkt liegt schon deshalb nicht vor, weil es an der Wirksamkeitsvoraussetzung des [§ 175 Abs. 4 Satz 4 SGB V](#) (Nachweis der Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse oder Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall) fehlt. Obige Ausführungen gelten entsprechend.

2. [§ 6 Abs. 1 Nr. 2, Abs. 3 SGB V](#) steht dem Bestehen der obligatorischen Anschlussversicherung nach [§ 188 Abs. 4 Satz 1](#), 2 SGB V nicht entgegen (in diesem Sinne auch Felix, a.a.O., [§ 6 SGB V](#), Rn. 68 und wohl auch KassKomm/Peters, Stand Mai 2018, SGB V, § 6 Rn. 35).

a) Dabei verkennt der Senat nicht, dass der Gesetzgeber die Krankenversicherung beihilfeberechtigter Personen zunächst durch die Änderung von [§ 6 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) durch Art. 1 Nr. 0 des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG) vom 15.12.2008 ([BGBl I 2426](#)) der privaten Krankenversicherung zugewiesen hatte.

Mit dieser am 01.01.2009 in Kraft getretenen Änderung wurde die in [§ 6 Abs. 3 SGB V](#) geregelte absolute Versicherungsfreiheit auf Personen ausgedehnt, die die Voraussetzungen von [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) erfüllen. In den Gesetzesmaterialien ([BT-Drs. 16/10609, S. 50](#)) heißt es hierzu:

"Es bedarf der ergänzenden Regelung, dass Versicherungsfreiheit für die in § 6 Abs. 1 genannten Personenkreise auch bei Vorliegen der Voraussetzungen für den Eintritt der nachrangigen Versicherungspflicht gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 13 besteht, die mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz zum 1. April 2007 eingeführt wurde. Aufgrund der bisherigen Formulierung konnte für die in § 6 Abs. 1 genannten Personenkreise unter bestimmten Umständen die nachrangige Versicherungspflicht eintreten, wenn sie zuletzt gesetzlich krankenversichert waren. Insbesondere Beihilfeberechtigte, die keine ergänzende Krankheitskostenvollversicherung über den von der Beihilfe nicht übernommenen Kostenteil abgeschlossen haben, konnten von dieser Regelung erfasst werden.

Zum 1. Januar 2009 bedarf es der nachrangigen Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung für die in § 6 Abs. 1 genannten Personenkreise nicht mehr. Ab diesem Zeitpunkt besteht gemäß [§ 193 Abs. 3](#) des Versicherungsvertragsgesetzes für Personen mit Wohnsitz im Inland die Pflicht, mit einem privaten Krankenversicherungsunternehmen eine Krankheitskostenversicherung abzuschließen, die mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung umfasst und bei der Selbstbehalte für ambulante und stationäre Heilbehandlung betragsmäßig auf maximal 5 000 Euro im Jahr begrenzt sind."

Der Gesetzgeber hat also beihilfeberechtigte Personen im Hinblick auf die in [§ 193 Abs. 3 VVG](#) geregelte Pflicht, sich ergänzend privat zu versichern, ausnahmslos von der nachrangigen Versicherungspflicht gemäß [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) ausgenommen.

b) Daraus folgt jedoch nicht, dass die absolute Versicherungsfreiheit nach [§ 6 Abs. 1 Nr. 2, Abs. 3 SGB V](#) auch eine obligatorische Anschlussversicherung nach [§ 188 Abs. 4 SGB V](#) ausschließt.

aa) [§ 188 Abs. 4 SGB V](#) wurde durch das Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung vom 15.07.2013 ([BGBl I 2423](#)) mit Wirkung zum 01.08.2013 eingeführt. Weder im Wortlaut noch in den Gesetzesmaterialien ([BT-Drs. 17/13947, S. 27](#) f.) findet sich ein Hinweis darauf, dass die Regelung auf beihilfeberechtigte Personen nicht anzuwenden wäre.

bb) Auch die Systematik des Gesetzes spricht gegen eine Einschränkung des Anwendungsbereichs von [§ 188 Abs. 4 SGB V](#) durch [§ 6 Abs. 1 Satz 2, Abs. 3 SGB V](#). Die Anwendungsbereiche der Vorschriften überschneiden sich nämlich nicht.

[§ 6 Abs. 1 Nr. 2, Abs. 3 SGB V](#) findet sich im Ersten Abschnitt ("Versicherung kraft Gesetzes", §§ 5-8) des Zweiten Kapitels des SGB V und

normiert Ausnahmen von der in diesem Abschnitt, insbesondere in [§ 5 SGB V](#), geregelten Versicherungspflicht.

Die freiwillige Versicherung ist dagegen in [§ 9 SGB V](#) im Zweiten Abschnitt ("Versicherungsberechtigung") des Zweiten Kapitels geregelt. Hierauf bezieht sich [§ 6 Abs. 1 Nr. 2, Abs. 3 SGB V](#) nicht. Bei einer obligatorischen Anschlussversicherung nach [§ 188 Abs. 4 SGB V](#) handelt es sich gesetzessystematisch um eine freiwillige Versicherung im Sinne von [§ 9 SGB V](#). Dies ergibt sich aus dem Wortlaut ("setzt sich ... als freiwillige Mitgliedschaft fort"). Das BSG hat bereits festgestellt, dass [§ 188 Abs. 4 SGB V](#) die Durchführung der "Pflichtkrankenversicherung" in Form der freiwilligen Versicherung nach [§ 9 SGB V](#) anordnet (Beschluss vom 24.01.2017, [B 12 KR 19/17 B](#), Rn. 23). Dass die Versicherung nach [§ 188 Abs. 4 SGB V](#) nicht "aus freien Stücken" abgeschlossen wird, steht dem nicht entgegen (BSG, a.a.O.).

Damit liegt zwischen [§ 188 Abs. 4 SGB V](#) und [§ 6 Abs. 1 Satz 2, Abs. 3 SGB V](#) keine Kollision vor. Es ist also nicht zu prüfen, welche der beiden Vorschriften spezieller ist und ob der lex-posterior-Grundsatz (BVerfG, Beschluss vom 15.12.2015, [2 BvL 1/12](#), Rn. 50) Anwendung findet.

cc) Für eine Geltung von [§ 188 Abs. 4 SGB V](#) auch für beihilfeberechtigte Personen spricht schließlich das mit seiner Einführung verfolgte gesetzgeberische Ziel, für möglichst alle in Deutschland lebenden Personen vollständigen Versicherungsschutz gegen Krankheit sicherzustellen. Vor Einführung des [§ 188 Abs. 4 SGB V](#) waren beihilfeberechtigte Personen zwar nach [§ 193 Abs. 3 VVG](#) verpflichtet, sich hinsichtlich der nicht von der Beihilfe abgedeckten Kosten privat gegen Krankheit zu versichern. Es blieb jedoch die Möglichkeit, darauf zu verzichten und das entsprechende Risiko selbst zu tragen. Wer der Pflicht aus [§ 193 Abs. 3 VVG](#) nicht genügte, wurde lediglich dadurch sanktioniert, dass gemäß [§ 193 Abs. 4 VVG](#) ein Prämienzuschlag zu entrichten war. Diese Sanktion kam jedoch nur zum Tragen, wenn zu einem späteren Zeitpunkt eine private Versicherung beantragt wurde. Geschah dies nicht, kam es weder zu einer Sanktion noch zu einer Versicherung kraft Gesetzes. Die in [§ 193 Abs. 4 VVG](#) normierte Sanktion war also ungeeignet, Personen, die eine die Beihilfe ergänzende Krankenversicherung über einen längeren Zeitraum nicht wünschten, zum Abschluss eines entsprechenden Vertrages anzuhalten. Sie konnte wegen des steigenden Prämienzuschlags sogar zunehmend abschreckend wirken. Zur möglichst umfassenden Erreichung des o.g. gesetzgeberischen Ziels war daher eine Änderung der Rechtslage gerade auch im Hinblick auf beihilfeberechtigte Personen geboten.

dd) [§ 188 Abs. 4 SGB V](#) ist verfassungsrechtlich unbedenklich. Insoweit teilt der Senat die im Urteil vom 24.01.2017, [L 11 KR 701/16](#) dargelegte Rechtsauffassung des LSG Baden-Württemberg und nimmt hierauf Bezug.

Verfassungsrechtliche Bedenken ergeben sich auch nicht aus der Anwendung der Vorschrift auf beihilfeberechtigte Personen. Dabei verkennt der Senat nicht, dass es sich bei der obligatorischen Anschlussversicherung nach [§ 188 Abs. 4 SGB V](#) um eine Versicherung handelt, die auch den bereits von der Beihilfe abgedeckten Teil der anfallenden Kosten umfasst - mit entsprechenden Folgen für die Höhe des Beitrags - und für die das Sachleistungsprinzip des [§ 2 Abs. 1 SGB V](#) gilt, so dass neben ihr in der praktischen Durchführung kein Raum für die (nachträgliche) Inanspruchnahme von Beihilfeleistungen bleibt.

Die Verpflichtung beihilfeberechtigter Personen, Beiträge für eine Versicherung zu leisten, die auch den von der Beihilfe abgedeckten Teil des Kostenrisikos umfasst, stellt keinen verfassungswidrigen Eingriff in ihre Grundrechte nach [Art. 2 Abs. 1, 3 Abs. 1 oder 14 Abs. 1 GG](#) dar. Den Beiträgen stehen nämlich Leistungen und Rechtsvorteile aus der Versicherung in demselben Umfang gegenüber, wie sie auch nicht beihilfeberechtigte Personen erhalten. Der Nachteil für beihilfeberechtigte Personen, die [§ 188 Abs. 4 SGB V](#) unterfallen, liegt damit nicht in der Höhe der Beiträge, sondern darin, dass ihr Beihilfeanspruch wegen des Sachleistungsprinzips des [§ 2 Abs. 1 SGB V](#) leerläuft. Darin liegt kein Verfassungsverstoß. Insbesondere stellt das Leerlaufen eines Beihilfeanspruchs schon deshalb keinen Verstoß gegen die hergebrachten Grundsätze des Berufsbeamtentums ([Art. 33 Abs. 5 GG](#)) dar, weil das System der Beihilfegewährung nach ständiger Rechtsprechung des BVerfG nicht zu diesen Grundsätzen gehört (z.B. BVerfG, Beschluss vom 02.10.2007, [2 BvR 1715/03](#), [2 BvR 1716/03](#), [2 BvR 1717/03](#), Rn. 23 m.w.N.).

Unabhängig davon haben es beihilfeberechtigte Personen selbst in der Hand, die Pflicht zur Beitragszahlung für eine Versicherung, die auch den von der Beihilfe abgedeckten Teil des Kostenrisikos umfasst, sowie das Leerlaufen ihres Beihilfeanspruchs zu vermeiden, indem sie ihrer in [§ 193 Abs. 3 VVG](#) normierten Pflicht zum Abschluss einer entsprechenden privaten Krankenversicherung - ggf. im Basistarif - nachkommen.

Als freiwilliges Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung ist der Kläger auch versicherungspflichtig in der sozialen Pflegeversicherung ([§ 20 Abs. 3 SGB XI](#)).

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

Der Senat lässt die Revision wegen grundsätzlicher Bedeutung der Rechtssache zu ([§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2020-05-06