

BUNDESSOZIALGERICHT



Im Namen des Volkes

Verkündet am
23. September 1999

Urteil

in dem Rechtsstreit

Az: B 12 KR 16/98 R

.....,

Kläger und Revisionskläger,

Prozeßbevollmächtigte:

.....,

g e g e n

AOK - Die Gesundheitskasse für Niedersachsen -Landesdirektion-,
Kolumbusstraße 2, 30519 Hannover,

Beklagte und Revisionsbeklagte.

Der 12. Senat des Bundessozialgerichts hat auf die mündliche Verhandlung vom
23. September 1999 durch den Richter B a l z e r als Vorsitzenden, die Richterin
H a r b e c k und den Richter Dr. S c h l e g e l sowie die ehrenamtliche Richterin
S c h m i d t und den ehrenamtlichen Richter Dr. D u f n e r
für Recht erkannt:

Die Revision des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichtes Lüneburg vom 15. Juni
1998 - S 9 Kr 35/98 - wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten des Revisionsverfahrens sind nicht zu erstatten.



JLaw – Gesetze und Urteile
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
[\(mobile App\)](#)



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

G r ü n d e :

I

Die Beteiligten streiten, ob der Kläger verpflichtet ist, für das Jahr 1997 an die Beklagte einen Beitrag von 20 DM zu zahlen.

Der 1927 geborene Kläger wohnt in Niedersachsen und ist als Rentner Mitglied der beklagten Krankenkasse. Die von ihm aus der Rente und aus sonstigen Einnahmen zu entrichtenden Beiträge betrugen 1997 monatlich etwa 390 DM. Die Mitgliederzeitschrift der Beklagten "bleib gesund" Nr 6/97 enthielt auf einem Umschlagblatt die an den namentlich bezeichneten Kläger gerichtete Aufforderung, für das "Notopfer-Krankenhaus" 20 DM einzuzahlen. Auf Seite 2 des Umschlagblattes ist als Rechtsgrundlage hierfür Art 17 § 2 des Zweiten Gesetzes zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung (2. GKV-NOG) vom 23. Juni 1997 (BGBl I 1520) abgedruckt und das Gesetz sowie die Art der Beitragserhebung erläutert. Der Kläger wandte sich schriftlich gegen diese Aufforderung. Die Beklagte forderte ihn daraufhin mit Bescheid vom 5. Januar 1998 auf, den Beitrag von 20 DM für das Jahr 1997 zu überweisen. Der Kläger legte gegen diesen Bescheid Widerspruch ein, den die Beklagte zurückwies (Widerspruchsbescheid vom 17. Februar 1998). Das Sozialgericht (SG) hat die Klage abgewiesen (Urteil vom 15. Juni 1998). Die angefochtenen Bescheide der Beklagten seien nicht rechtswidrig. Art 17 § 2 des 2. GKV-NOG verstoße nicht gegen das Grundgesetz (GG).

Gegen dieses Urteil richtet sich die Revision des Klägers. Er rügt, die Beklagte erhebe zu Unrecht den Beitrag nach Art 17 § 2 des 2. GKV-NOG. Diese Vorschrift verletze Vorschriften des GG.

Der Kläger beantragt ,

1. das Urteil des SG Lüneburg vom 15. Juni 1998 - S 9 KR 35/98 - und die Bescheide der Beklagten vom November 1997 und vom 5. Januar 1998 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 17. Februar 1998 aufzuheben,
2. hilfsweise den Rechtsstreit auszusetzen und gemäß Art 100 GG dem Bundesverfassungsgericht zur Entscheidung vorzulegen mit der Frage, ob Art 17 § 2 des 2. GKV-NOG mit Art 3 Abs 1 GG vereinbar ist.

Die Beklagte beantragt,
die Revision zurückzuweisen.

II



Die Revision des Klägers ist nicht begründet. Zu Recht hat das SG die Klage abgewiesen.

1. Angefochten sind sowohl der Bescheid der Beklagten, den sie in Form der Zahlungsaufforderung in der Mitgliederzeitschrift "bleib gesund" Heft 6/97 an den Kläger gerichtet hat, als auch der wiederholende Bescheid vom 5. Januar 1998 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 17. Februar 1998. Die Zahlungsaufforderung in der Mitgliederzeitschrift ist ein Verwaltungsakt, denn es handelt sich aus der Sicht des Empfängers bei verständiger Würdigung (vgl BSGE 56, 274, 276 = SozR 2200 § 622 Nr 23 S 61) um eine Entscheidung zur Regelung eines Einzelfalls auf dem Gebiet des öffentlichen Rechts (§ 31 Sozialgesetzbuch - Verwaltungsverfahren <SGB X>). Die Aufforderung, den Beitrag zu zahlen, war an den Kläger persönlich gerichtet, ein ausgefüllter Zahlungsträger war beigelegt und es wurde im Text der Zeitschrift eine Zahlungsverpflichtung ausgesprochen. Aus der Sicht des Klägers konnte das auf einem besonderen Umschlagblatt abgedruckte Schreiben als verbindliche Zahlungsaufforderung verstanden werden. Ob die Beklagte einen Verwaltungsakt erlassen wollte, ist für die Beurteilung unerheblich. Die in diesem Bescheid getroffene Regelung hat die Beklagte mit dem Bescheid vom 5. Januar 1998 nur wiederholt.

2. Der Beitrag nach Art 17 § 2 des 2. GKV-NOG steht im Zusammenhang mit Änderungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) in bezug auf die Finanzierung von Instandhaltungskosten der Krankenhäuser durch das 2. GKV-NOG. Das KHG sieht vor, daß die Krankenhäuser wirtschaftlich gesichert werden durch Übernahme der Investitionskosten im Wege öffentlicher Förderung und leistungsgerechte Erlöse aus den Pflegesätzen (vgl § 4 KHG; sog duale Finanzierung). Die Zuordnung der Krankenhauskosten, zu denen auch die Instandhaltungskosten gehören, zu den Investitionskosten einerseits und den pflegesatzfähigen Kosten andererseits ist in der aufgrund des KHG ergangenen "Verordnung über die Abgrenzung der im Pflegesatz nicht zu berücksichtigenden Investitionskosten von den pflegesatzfähigen Kosten der Krankenhäuser" vom 12. Dezember 1985 (BGBl I 2255 - Abgrenzungs-VO) im einzelnen geregelt. In § 4 Nr 2a der Abgrenzungs-VO waren früher den grundsätzlich pflegesatzfähigen Instandhaltungskosten bestimmte Kosten nur eingeschränkt zugeordnet. Das Bundesverwaltungsgericht (BVerwG) entschied mit Urteil vom 21. Januar 1993 (BVerwGE 93, 363 ff), diese Beschränkung in der Abgrenzungs-VO sei nicht von der Ermächtigungsnorm im KHG gedeckt. In der Folgezeit finanzierten die meisten Bundesländer den Teil der Instandhaltungskosten nicht mehr, den sie bis dahin aufgrund von § 4 Nr 2a Abgrenzungs-VO aF als Investitionskosten finanziert hatten. Andererseits wurden auch die Pflegesätze nicht entsprechend diesen nunmehr bei ihnen zusätzlich zu berücksichtigenden Instandhaltungskosten angepaßt. Deren Finanzierung sollte im 2. GKV-NOG wieder gesichert werden. Dabei sollte den einzelnen Ländern die Möglichkeit belassen werden, diese Kosten wie bis 1993 selbst zu übernehmen und nicht durch den Pflegesatz finanzieren zu



lassen. Durch Art 8 Nr 4 Buchst c 2. GKV-NOG wurde in § 17 KHG ein Abs 4b eingefügt. Dieser lautet: "Instandhaltungskosten sind im Pflegesatz zu berücksichtigen. Dazu gehören auch Instandhaltungskosten für Anlagegüter, wenn in baulichen Einheiten Gebäudeteile, betriebstechnische Anlagen und Einbauten oder wenn Außenanlagen vollständig oder überwiegend ersetzt werden. Die in Satz 2 genannten Kosten werden in den Jahren 1997 bis 1999 pauschal in Höhe eines Betrages von 1,1 vH der für die allgemeinen Krankenhausleistungen vereinbarten Vergütung finanziert. Die Pflegesatzfähigkeit für die in Satz 2 genannten Kosten entfällt für alle Krankenhäuser in einem Bundesland, wenn das Land diese Kosten für die in den Krankenhausplan aufgenommenen Krankenhäuser im Wege der Einzelförderung oder der Pauschalförderung trägt." Durch Art 12 Nr 2 des 2. GKV-NOG wurde § 4 der Abgrenzungs-VO neu gefaßt. In Abs 1 werden die Instandhaltungskosten definiert. Abs 2 bestimmt, daß "Instandhaltungskosten nach Abs 1 ... unter den Voraussetzungen des § 17 Abs 4b des KHG pauschal finanziert (werden), wenn 1. in baulichen Einheiten Gebäudeteile, betriebstechnische Anlagen und Einbauten oder 2. Außenanlagen vollständig oder überwiegend ersetzt werden...". Durch Art 11 Nr 3 Buchst a des 2. GKV-NOG wurde gleichzeitig § 7 Abs 1 Satz 2 Nr 4 der Bundespflegesatz-VO vom 26. September 1994 (BGBl I 2750) neu gefaßt. Danach sind "die Instandhaltungskosten nach § 4 Abs 2 der Abgrenzungs-VO für die Jahre 1997 bis 1999 pauschal in Höhe von 1,1 vH des Budgets einzurechnen ...". Damit ist nunmehr für bestimmte Instandhaltungskosten der Pflegesatz der Krankenhäuser pauschal erhöht, wenn das betreffende Bundesland die Kosten nicht selbst übernimmt. In den Bundesländern, die diesen Teil der Instandhaltungskosten tragen, ist der Pflegesatz entsprechend niedriger. Soweit die Instandhaltungskosten im Pflegesatz enthalten sind, tragen alle Nutzer der Krankenhäuser, gleichgültig ob sie Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung oder privat versichert sind, über den erhöhten Pflegesatz diese Kosten. Umgekehrt sind in einem Bundesland, das diese Kosten selbst trägt, alle Nutzer der Krankenhäuser wegen des niedrigeren Pflegesatzes von diesen Kosten entlastet.

Im Jahr 1997 wurden nur von Bayern die in § 17 Abs 4b Satz 2 KHG genannten Kosten getragen (vgl Das Krankenhaus 1998 S 620; vgl auch BKK 1997 S 485 Punkt 2.2.).

Art 17 § 2 des 2. GKV-NOG sieht für die Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen für das Jahr 1997 eine Beitragserhebung unter Berücksichtigung dieser differenzierenden Regelung für die Finanzierung der Instandhaltungskosten vor. Die Vorschrift lautete zunächst: "In den Jahren 1997, 1998 und 1999 haben die Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen einen zusätzlichen Beitrag in Höhe von jährlich 20 DM selbst zu tragen. Dies gilt nicht, wenn das Mitglied nach § 61 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) von Zuzahlungen befreit ist. Die Zahlungspflicht entfällt für Mitglieder, die ihren Wohnsitz in einem Land haben, in dem nach § 17 Abs 4b Satz 4 des KHG die Pflegesatzfähigkeit von Instandhaltungskosten entfallen ist. Das Nähere regelt die Satzung." Art 17 § 2 des 2. GKV-NOG gilt nunmehr nur noch für das Jahr 1997, nachdem durch Art 3 des GKV-Solidaritätsstärkungsgesetzes vom 19. Dezember 1998 (BGBl I 3853) mit Wirkung



vom 1. Januar 1998 in Satz 1 der Vorschrift die Worte "in den Jahren 1997, 1998 und 1999" durch die Worte "im Jahre 1997" ersetzt worden sind. Zur Begründung wurde ausgeführt, der Beitrag, das sog "Krankenhaus-Notopfer", habe bei den betroffenen Mitgliedern zu Akzeptanzproblemen geführt (BT-Drucks 14/24 S 15 linke Spalte und S 21 zu Art 3).

Nach § 18a Abs 1 der Satzung der Beklagten haben Mitglieder in den Jahren 1997, 1998 und 1999 den zusätzlichen Beitrag nach Art 17 § 2 des 2. GKV-NOG zu zahlen. Nach Abs 2 ist der Beitrag vom Mitglied an die Krankenkasse zu zahlen, wenn am 1. Juli des jeweiligen Kalenderjahres eine Mitgliedschaft bestand und kein im 2. GKV-NOG vorgesehener Ausschußtatbestand vorliegt. Diese Satzungsvorschrift entspricht mit dem Stichtag 1. Juli des jeweiligen Kalenderjahres einer Empfehlung der Spitzenverbände der Krankenkassen (vgl BKK 1997 S 485).

3. Der Kläger ist wegen seiner am 1. Juli 1997 bei der Beklagten bestehenden Mitgliedschaft nach Art 17 § 2 des 2. GKV-NOG iVm § 18a der Satzung der Beklagten zur Entrichtung des Beitrags von 20 DM für das Jahr 1997 verpflichtet. Darüber, daß die gesetzlichen und satzungsrechtlichen Voraussetzungen für die Beitragspflicht vorliegen, besteht zwischen den Beteiligten auch kein Streit.

4. Das Verfahren war nicht nach Art 100 Abs 1 GG auszusetzen, um die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) zu der Frage einzuholen, ob Art 17 § 2 des 2. GKV-NOG mit dem GG vereinbar ist. Der Senat konnte sich nicht davon überzeugen, daß diese Vorschrift verfassungswidrig ist.

a) Bei dem Beitrag nach Art 17 § 2 des 2. GKV-NOG handelt es sich um einen Sozialversicherungsbeitrag, für dessen Einführung die Gesetzgebungskompetenz dem Bund nach Art 74 Abs 1 Nr 12 GG zusteht. Die Gesetzgebungskompetenz für die Sozialversicherung umfaßt die Regelung ihrer Finanzierung (BVerfGE 14, 312, 318 = SozR Nr 1 zu Art 108 GG; BVerfGE 75, 108 = SozR 5425 § 1 Nr 1; BVerfGE 81, 156, 185 = SozR 3-4100 § 128 Nr 1 S 3; BVerfGE 99, 202, 212 = SozR 3-4100 § 128a Nr 9 S 53). Soweit sich gesetzliche Vorschriften ihrem Gegenstand nach im Bereich der Sozialversicherung halten, kann der Gesetzgeber auch die Aufbringung der dafür erforderlichen Mittel regeln (vgl BVerfGE 75, 108, 148 = SozR 5425 § 1 Nr 1 S 5). Der hier erhobene Beitrag dient zur Finanzierung von Aufgaben der Sozialversicherung. Der Beitrag fließt dem Haushalt der gesetzlichen Krankenkassen zu und dient den Krankenkassen zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach dem SGB V. Als Sozialversicherungsbeitrag unterliegt er nicht den Einschränkungen, denen der Gesetzgeber bei der Erhebung von Sonderabgaben unterworfen ist (BVerfGE 75, 108, 148 = SozR 5425 § 1 Nr 1 S 4). Der Senat braucht nicht zu entscheiden, ob die Beitragserhebung Einschränkungen unterliegen könnte, wenn Beiträge zur Erfüllung einer bestimmten Aufgabe erhoben werden und insoweit vom Sozialversiche-



Träger zweckbestimmt verwaltet werden. Dieser Sachverhalt liegt hier nicht vor. Die Einnahmen sind nicht für eine bestimmte Aufgabe der Krankenkassen gebunden. Eine Zweckbindung ergibt sich auch nicht aus der Begründung der Vorschrift im Gesetzentwurf. Dort wird lediglich ausgeführt, der Beitrag diene der Entlastung der gesetzlichen Krankenversicherung im Hinblick auf die Finanzierung von Instandhaltungsmaßnahmen in Krankenhäusern, die nach § 17 Abs 4b Satz 2 iVm Satz 1 KHG pflegesatzfähig sind (vgl. BT-Drucks. 13/6087 S 36 zu Art 11 § 2 des Entwurfs eines 2. GKV-NOG). Die den Bundesländern eingeräumte Befugnis, Instandhaltungskosten selbst zu finanzieren, ist erkennbar der Grund für die besondere Art der Beitragserhebung und die Ausnahme von ihr nach Art 17 § 2 Satz 3 des 2. GKV-NOG. Dieses Motiv allein hat jedoch keine Zweckbindung der Beitragseinnahmen zur Folge.

b) Art 17 § 2 des 2. GKV-NOG verstößt nicht gegen die finanzverfassungsrechtlichen Vorschriften des GG (Art 104a ff GG). Die Meinung der Revision, der Beitrag sei eine Steuer, ist unzutreffend. Der Beitrag dient nicht zur Finanzierung der allgemeinen öffentlichen Ausgaben des Staates, sondern zur Finanzierung der Aufgaben der Sozialversicherung. Die Revision macht für ihre Ansicht geltend, die Instandhaltung der Krankenhäuser sei eine öffentliche Aufgabe, die Kosten der Instandhaltung deshalb von den Ländern zu tragen und aus den Steuern zu finanzieren. Dafür gibt es keine verfassungsrechtliche Grundlage. Nach Art 74 Abs 1 Nr 19a GG erstreckt sich die konkurrierende Gesetzgebung auf "die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und die Regelung der Krankenhauspflegesätze". Darüber hinausgehende Vorschriften für die Finanzierung der Krankenhäuser gibt es im GG nicht. Das GG enthält insbesondere keine Vorschrift, die festlegt, daß Instandhaltungskosten der Krankenhäuser von den Ländern zu tragen sind. Ebensowenig gibt es im GG eine Vorschrift, die es gebietet, diese Kosten aus Steuermitteln zu finanzieren. Es steht dem Gesetzgeber vielmehr frei, eine duale Finanzierung der Krankenhäuser vorzusehen und in ihrem Rahmen abzugrenzen, welche Kosten der Krankenhäuser von den Krankenhausträgern oder den Ländern und welche Kosten über den Pflegesatz durch die Benutzer der Krankenhäuser zu tragen sind. Davon geht das BVerwG in BVerwGE 93, 363 als selbstverständlich aus.

c) Art 17 § 2 Satz 1 des 2. GKV-NOG verstößt auch nicht gegen andere Vorschriften des GG. Insbesondere konnte der Senat sich nicht davon überzeugen, daß der von der Revision geltend gemachte Verstoß gegen den allgemeinen Gleichheitssatz (Art 3 Abs 1 GG) vorliegt. Art 17 § 2 des 2. GKV-NOG führt allerdings zu Ungleichbehandlungen zwischen den zur Zahlung des Beitrags Verpflichteten als benachteiligter Gruppe und den von der Zahlungspflicht nach Satz 2 (Zuzahlungsbefreite) und Satz 3 ("Landeskinder") Befreiten als bevorzugten Gruppen. Eine weitere Ungleichbehandlung kann eintreten bei den Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung, deren Beiträge aus dem Arbeitsentgelt zur Hälfte vom Arbeitgeber getragen werden, als benachteiligter Gruppe gegenüber den privat versicherten Arbeitnehmern mit Anspruch auf einen Beitragszuschuß des Arbeitge-



bers als bevorzugter Gruppe. Bei keiner der benachteiligten Gruppen liegt jedoch eine gemessen an Art 3 Abs 1 GG ungerechtfertigte Ungleichbehandlung vor. Der allgemeine Gleichheitssatz des Art 3 Abs 1 GG verbietet es, eine Gruppe von Normadressaten im Vergleich zu anderen Gruppen anders zu behandeln, obwohl zwischen beiden Gruppen keine Unterschiede von solcher Art und solchem Gewicht bestehen, daß sie die ungleiche Behandlung rechtfertigen könnten. Ungleichbehandlung und rechtfertigender Grund müssen in einem angemessenen Verhältnis zueinander stehen (BVerfGE 82, 126, 146 mwN). Bei der Prüfung, ob unter Beachtung dieses Maßstabs eine nach Art 3 Abs 1 GG nicht gerechtfertigte Ungleichbehandlung vorliegt, ist hier für alle Vergleichsgruppen zu berücksichtigen, daß die finanzielle Auswirkung der Regelung für das einzelne Mitglied mit 20 DM absolut gesehen gering ist und im Verhältnis zu dem gesamten Jahresbeitrag eines Mitglieds nur einen kleinen Teil ausmacht. Sie betrug, bezogen auf den durchschnittlichen Beitragssatz der Krankenkassen (1997 = 13,4 vH) in den alten Bundesländern bei einem freiwillig Versicherten, der nach diesem Beitragssatz die Mindestbeiträge nach § 240 Abs 4 Satz 1 SGB V zu zahlen hatte (1997 = 2.362 DM), nur etwa 1 vH des Jahresbeitrages, bei einem Versicherten, der die Höchstbeiträge zu entrichten hatte (1997 = 9.841,20 DM), nur etwa 0,25 vH des Jahresbeitrags.

Die Beitragsbelastung ist außerdem nicht nur im Verhältnis zum gesamten Jahresbeitrag eines Mitglieds, sondern auch im Verhältnis zu den Beitragsunterschieden gering, die wegen der solidarischen Finanzierung der Krankenversicherung ohnehin bestehen (in den Beispielfällen etwa 7.500 DM). An den rechtfertigenden Grund für die Ungleichbehandlung bei der Beitragserhebung sind deshalb jeweils nur geringe Anforderungen zu stellen. Ein Verstoß gegen Art 3 Abs 1 GG könnte hier nur angenommen werden, wenn für die Ungleichbehandlung keinerlei Rechtfertigung erkennbar wäre. Dies ist nicht der Fall.

d) Im Verhältnis der beitragspflichtigen Mitglieder, die ihren Wohnsitz in einem Land haben, das die Instandhaltungskosten nicht trägt, zu den Mitgliedern, die nur deshalb beitragsfrei sind, weil sie ihren Wohnsitz in einem Land haben, das die Instandhaltungskosten trägt - 1997 nur Bayern -, ist allerdings eine bisher in der Krankenversicherung nicht bekannte Ungleichbehandlung nach dem Wohnsitz eingeführt worden. Diese trifft Mitglieder derselben Krankenkasse, die bei im übrigen gleichen Verhältnissen nur wegen des unterschiedlichen Wohnsitzes unterschiedlich mit Beiträgen belastet werden. Diese Ungleichbehandlung rechtfertigt sich jedoch aus dem Zusammenhang des Beitrags mit der Finanzierung der Instandhaltungskosten, die in ihrer Ausgestaltung mit § 17 Abs 4b KHG idF des 2. GKV-NOG zum Teil den Ländern überlassen wurde. Die Länder erhalten die Möglichkeit, einen Teil der Instandhaltungskosten selbst zu übernehmen und damit den von den Krankenkassen über den Pflegesatz zu tragenden Anteil der Instandhaltungskosten zu mindern. Die über Beiträge zu finanzierenden Lasten der Krankenkassen verringern sich dann entsprechend. Es kann dann nicht als ungerechtfertigt angesehen werden, wenn die "Landeskinder", dh diejenigen, die ihren Wohnsitz im jeweiligen Land haben und die auch die Steuern für die Leistungen des Landes aufgebracht haben, von einer zusätz-



lichen Beitragslast verschont werden. Den Ländern, die die Instandhaltungskosten selbst tragen, wird ein nach außen sichtbarer Vorteil für ihre "Landeskinder" eingeräumt. Dies geschieht in pauschalierender Weise, indem unterstellt wird, daß die Mitglieder mit Wohnsitz in einem Bundesland in der Regel auch die Krankenhäuser dieses Landes in Anspruch nehmen. Diese Annahme mag in Einzelfällen nicht zutreffen. Das macht eine notwendigerweise pauschalierende Regelung aber nicht gleichheitswidrig.

e) Die Ungleichbehandlung der Mitglieder, die wie der Kläger zuzahlungspflichtig und deshalb mit dem Beitrag belastet, und der Mitglieder, die nach § 61 SGB V zuzahlungsfrei und deshalb nach Art 17 § 2 Satz 2 des 2. GKV-NOG auch beitragsfrei sind, ist nicht ungerechtfertigt. Allerdings ist diese Beitragsbefreiung im Beitragsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung (§§ 220 ff SGB V) systemwidrig. Grundlage der Beitragsbemessung sind die beitragspflichtigen Einnahmen (§ 223 Abs 2 SGB V), die für die einzelnen Mitgliedergruppen in den §§ 226 ff SGB V ihrer Art nach festgelegt sind. Die Höhe der Beiträge bestimmt dann der Beitragssatz, ein in der Satzung der jeweiligen Krankenkasse festgelegter Prozentsatz der beitragspflichtigen Einnahmen (§ 241 SGB V). Die Beitragshöhe wird nach diesen Vorschriften grundsätzlich nicht von Belastungen beeinflusst, die das Mitglied aus seinen Einkünften zu tragen hat. Sie ist regelmäßig auch nicht von der Inanspruchnahme von Leistungen im Einzelfall abhängig. Von den Zuzahlungen nach § 61 SGB V befreit werden demgegenüber Versicherte, bei denen nach einer pauschalierten Berechnung unterstellt wird, sie könnten bei einer Inanspruchnahme von Leistungen einen Eigenanteil der Kosten nicht tragen. Die für die Befreiung entscheidende Frage, ob es zumutbar ist, Kosten im Krankheitsfall selbst zu tragen, ist im Rahmen der Beitragspflicht für eine Versicherung an sich systemfremd und im System des Beitragsrechts der gesetzlichen Krankenversicherung systemwidrig. Systemwidrigkeit für sich allein verstößt jedoch nicht gegen Art 3 Abs 1 GG. Eine Regelung kann nur nach den Maßstäben der Verfassung, nicht aber unter dem Gesichtspunkt der Systemwidrigkeit für verfassungswidrig erklärt werden (BVerfGE 59, 36, 49 = SozR 2200 § 1246 Nr 83 S 258; BVerfGE 76, 130, 139 = SozR 1500 § 184 Nr 4 S 9). Inwieweit der Gesetzgeber bei der Beitragsgestaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung neben den bisher in den §§ 220 ff SGB V enthaltenen Regeln finanzielle Belastungen des Einzelnen berücksichtigen kann, braucht hier nicht allgemein entschieden zu werden. Die zu beurteilende Regelung ist jedenfalls beim Vergleich der Zuzahlungspflichtigen und der Zuzahlungsbefreiten nicht zu beanstanden. Sie betrifft im Verhältnis zu dem Gesamtbeitrag des Mitglieds nur einen kleinen Beitragsanteil. Es ist sachlich nicht unangemessen, wenn der Gesetzgeber für den Beitrag, der als fester, nicht einkommensabhängiger Beitrag erhoben wird, dann von der Erhebung absieht, wenn die finanzielle Leistungsfähigkeit des Mitglieds eingeschränkt ist, wie dies in der Befreiung von der Zuzahlungspflicht zum Ausdruck kommt.

f) Die Revision rügt schließlich ohne Erfolg, die Ungleichbehandlung der beitragspflichtigen Mitglieder, die abhängig beschäftigt sind, im Verhältnis zu den abhängig Beschäftig-



ten, die privat krankenversichert sind und Anspruch auf einen Beitragszuschuß des Arbeitgebers nach § 257 Abs 2 SGB V haben, sei verfassungswidrig. Die Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung sind als Gruppe allerdings insofern benachteiligt, weil sie den Beitrag nach Art 17 § 2 des 2. GKV-NOG allein tragen müssen. Hier liegt eine Ungleichbehandlung zugunsten der privat Krankenversicherten, die den Arbeitgeberzuschuß zu ihren Beiträgen erhalten, nicht generell vor, wie dies anscheinend die Revision meint. Alle privat Krankenversicherten werden über den erhöhten Pflegesatz an den Instandhaltungskosten ebenso beteiligt wie die Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen. Der erhöhte Pflegesatz wird sich bei den privat Krankenversicherten in der Regel zwar nicht mehr für 1997, wohl aber für 1998 in Form eines geringfügig höheren Beitrags ausgewirkt haben. An der Finanzierung dieses höheren Beitrags ist der Arbeitgeber durch einen erhöhten Beitragszuschuß nur in den Fällen beteiligt gewesen, in denen der Beitrag zur privaten Krankenversicherung unter dem Beitrag lag, der bei Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung zu zahlen gewesen wäre. Nicht begünstigt sind deshalb die privat Krankenversicherten, die bereits einen Zuschuß in Höhe des höchsten nach § 257 Abs 2 Satz 2 SGB V zustehenden Betrages erhalten. Das werden häufig Versicherte sein, die wegen ihres Alters oder der Mitversicherung von Familienangehörigen in der privaten Krankenversicherung einen Beitrag zu zahlen haben, der über dem Beitrag liegt, der in der gesetzlichen Krankenversicherung zu zahlen wäre. Begünstigt dürften aber insbesondere jüngere und alleinstehende Beschäftigte sein. Sie zahlen häufig einen Beitrag zur privaten Krankenversicherung, der unter dem Höchstbeitrag in der gesetzlichen Krankenversicherung liegt und haben als versicherungsfreie Beschäftigte ein Einkommen über der Beitragsbemessungsgrenze. Der Arbeitgeberzuschuß wird bei ihnen dann nicht den Höchstbetrag nach § 257 Abs 2 SGB V erreichen. Eine Erhöhung des Beitrags zur privaten Krankenversicherung wegen der Pflegesatzerhöhung wird deshalb der Arbeitgeber durch den erhöhten Arbeitgeberzuschuß mitfinanzieren.

Die Begünstigung dieser Gruppe im Verhältnis zu den beitragspflichtigen Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung beruht auf den unterschiedlichen Finanzierungsstrukturen der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung, die für abhängig Beschäftigte durch den Beitragszuschuß zur privaten Krankenversicherung nur unvollkommen ausgeglichen werden können. Solange Art 17 § 2 des 2. GKV-NOG gilt, könnte die Ungleichbehandlung hier nur vermieden werden durch eine Verpflichtung der privat Krankenversicherten, an ihr jeweiliges Versicherungsunternehmen einen Beitrag von 20 DM zu zahlen. Es ist nicht ersichtlich, wie dabei sichergestellt werden könnte, daß der Beitrag einerseits zu einer Verringerung des vom Arbeitgeber bezuschußten allgemeinen Beitrags führt und andererseits der Beitrag nur von denjenigen zu zahlen ist, die bisher einen Arbeitgeberzuschuß unterhalb der Höchstgrenze des § 257 Abs 2 Satz 2 SGB V erhielten. Die Ungleichbehandlung der nach Art 17 § 2 des 2. GKV-NOG beitragspflichtigen abhängig beschäftigten Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung gegenüber den nach § 257 Abs 2 SGB V zuschußberechtigten privat Krankenversicherten könnte praktisch nur durch den Verzicht auf die Beitragsregelung im 2. GKV-NOG verhindert werden. Mit dieser Bei-



tragsregelung verfolgt der Gesetzgeber jedoch das oben unter d) dargestellte legitime Ziel der Lastenverteilung bei der Finanzierung der Krankenhäuser.

g) Ohne Folgen für die verfassungsrechtliche Beurteilung der Beitragsregelung im Jahr 1997 ist der Umstand, daß der Gesetzgeber mit dem GKV-Solidaritätsstrukturgesetz die Beitragserhebung für die Jahre 1998 und 1999 aufgehoben hat. Wenn und soweit der Gesetzgeber eine von ihm als unzweckmäßig erkannte Regelung für die Zukunft ändert, hat dies nicht zur Folge, daß die Regelung aus verfassungsrechtlichen Gründen insgesamt aufgehoben werden muß. Es liegt sogar näher, bei einer Korrektur eines Gesetzes für die Zukunft verfassungsrechtliche Bedenken zurückzustellen. Solche verfassungsrechtlichen Bedenken werden insbesondere dann zurückzustellen sein, wenn die Aufhebung des Gesetzes für die Vergangenheit erheblichen Verwaltungsaufwand und erhebliche Kosten verursachen würde. Letzteres liegt hier nach Einschätzung des Gesetzgebers vor; denn im Gesetzgebungsverfahren ist die Nichtaufhebung der Regelung für das Jahr 1997 damit begründet worden, daß dadurch "für die Krankenkassen ein sehr hoher Verwaltungsaufwand mit hohen Folgekosten entstünde" (BT-Drucks 14/24 S 21 zu Art 3).

Die unbegründete Revision war zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 des Sozialgerichtsgesetzes.



JLaw – Gesetze und Urteile
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
[\(mobile App\)](#)



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)