

BUNDESVERWALTUNGSGERICHT

IM NAMEN DES VOLKES

URTEIL

BVerwG 2 C 35.04
VGH 1 UE 3822/00

Verkündet
am 15. Dezember 2005
Schütz
Justizhauptsekretärin
als Urkundsbeamtin der Geschäftsstelle

In der Verwaltungsstreitsache

hat der 2. Senat des Bundesverwaltungsgerichts
auf die mündliche Verhandlung vom 15. Dezember 2005
durch den Vorsitzenden Richter am Bundesverwaltungsgericht **Albers** und die
Richter am Bundesverwaltungsgericht **Dr. Kugeler**, **Groepper**,
Dr. Bayer und **Dr. Heitz**

für Recht erkannt:

Die Revision des Klägers gegen den Beschluss des
Hessischen Verwaltunggerichtshofs vom 20. Januar 2004
wird zurückgewiesen.

Der Kläger trägt die Kosten des Revisionsverfahrens.

Gründe:

I.

- 1 Der Kläger ist Vorsitzender Richter am ... a.D. Er ist freiwillig bei der Hamburg-Münchener Ersatzkasse krankenversichert. Seine Ehefrau, die zuvor als Familienangehörige mitversichert war, ist seit dem 23. September 1991 in der Krankenversicherung der Rentner pflichtversichert. Die Hamburg-Münchener Ersatzkasse gewährt ihr "im Rahmen der Besitzstandswahrung" einen Anspruch auf Erstattung der Kassenanteile für privatärztliche/zahnärztliche Behandlung und Arznei-, Verbands- und Heilmittel sowie für Zahnersatz.
- 2 Die Anträge des Klägers, ihm Beihilfen für privatärztliche Behandlungen sowie für Arznei- und Heilmittel zu gewähren, die seine Ehefrau in den Jahren 1992 bis 1996 in Anspruch genommen hatte, und bei der Bemessung der Beihilfe die von der Hamburg-Münchener Ersatzkasse vorgenommenen Abschläge für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen in Höhe von 15 % anlässlich der krankheitsbedingten Aufwendungen für ihn selbst nicht zu berücksichtigen, lehnte die Beklagte mit einer Reihe von Bescheiden ab.

- 3 Die nach erfolglosen Widersprüchen erhobene Klage hat das Verwaltungsgericht abgewiesen. Der Verwaltungsgerichtshof hat die Berufung zurückgewiesen und zur Begründung im Wesentlichen ausgeführt:
- 4 Dem Kläger stehe für die im Streit befindlichen krankheitsbedingten Aufwendungen seiner Ehefrau wegen der Ausschlussbestimmungen des § 5 Abs. 4 Nr. 1 Satz 3 b BhV kein Beihilfeanspruch zu. Die Ehefrau sei seit dem 23. September 1991 unabhängig von der Versicherung des Klägers als Mitglied in der Krankenversicherung der Rentner pflichtversichert; die Hälfte der Krankenversicherungsbeiträge trage die Rentenversicherung. Die Ausschlussregelung erfasse vorrangig den Personenkreis, der sich für die Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V entscheide und auf die beim Behandler mögliche Sach- und Dienstleistung verzichte. Dem Wahlrecht der Ehefrau stehe nicht entgegen, dass sich der Kläger selbst für die Kostenerstattung entschieden habe. Ebenso wenig habe Art. 61 GRG dem Recht der Ehefrau entgegengestanden, zwischen Sach- und Dienstleistungen einerseits und Kostenerstattung andererseits frei zu wählen. § 5 Abs. 4 Nr. 1 Satz 3 b BhV betreffe auch die Fälle, in denen die gesetzliche Krankenversicherung ihren sach- und dienstleistungsberechtigten Mitgliedern das Recht zur Kostenerstattung einräume und die Mitglieder davon Gebrauch machten.
- 5 Die Beihilfevorschriften seien nicht unter Verletzung der §§ 76 bis 78 der Gemeinsamen Geschäftsordnung der Bundesministerien (GGO II) überwiegend von Beamten des Ministeriums "im Auftrag" unterschrieben worden. § 5 Abs. 4 Nr. 1 BhV habe seine jetzige Fassung durch die Änderung der Beihilfevorschriften vom 19. September 1989 (GMBI 1989, 542), die nicht von einem Ministerialbeamten "im Auftrag", sondern vom damaligen Staatssekretär ... "in Vertretung" unterschrieben worden sei. Jedenfalls sei die Versagung der Beihilfe rechtsfehlerfrei, weil ein Anspruch auf Beihilfe für kostendeckende Sachleistungssurrogate weder aus Gründen der Gleichbehandlung noch aus Gründen der Fürsorge bestehe.
- 6 Der Kläger könne keine Beihilfe für den von seiner Krankenkasse nicht erstatteten Teil der eigenen Arzneimittelkosten erhalten, da diese Aufwendungen nach § 5 Abs. 4 Nr. 2 und 9 BhV nicht beihilfefähig seien. Zwischen der privaten und der ge-

setzlichen Krankenversicherung bestünden weiterhin wesentliche strukturelle Unterschiede.

7 Mit seiner Revision rügt der Kläger die Verletzung materiellen Rechts und beantragt sinngemäß,

den Beschluss des Hessischen Verwaltungsgerichtshofs vom 20. Januar 2004 und das Urteil des Verwaltungsgerichts Kassel vom 29. Dezember 1999 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung entgegenstehender Bescheide zu verpflichten, dem Kläger diejenigen Beträge vollständig zu zahlen, die sich aus seinen für den Zeitraum von 1992 bis 1996 gestellten Beihilfeanträgen ergeben.

8 Die Beklagte verweist auf den angefochtenen Beschluss und beantragt, die Revision zurückzuweisen.

9 Der Vertreter des Bundesinteresses beim Bundesverwaltungsgericht tritt der Revision ebenfalls entgegen.

II.

10 Die Revision ist nicht begründet. Der Kläger hat weder einen Anspruch auf Beihilfe für krankheitsbedingte Aufwendungen seiner Ehefrau noch für Aufwendungen, die ihm wegen der Beschaffung von Arzneimitteln für sich selbst entstanden und die von der Ersatzkasse nicht erstattet worden sind.

11 1. Für die rechtliche Beurteilung beihilferechtlicher Streitigkeiten ist grundsätzlich die Sach- und Rechtslage zum Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen maßgeblich, für die Beihilfen verlangt werden (vgl. Urteile vom 28. Juni 1965 - BVerwG 8 C 80.64 - BVerwGE 21, 264 <265 ff.> und vom 24. März 1982 - BVerwG 6 C 95.79 - BVerwGE 65, 184 <187>). Hinsichtlich der hier anzuwendenden Bestimmungen sind keine abweichenden Regelungen getroffen.

12 2. § 5 Abs. 4 Nr. 1 Satz 3 Buchstabe b der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift über die Gewährung von Beihilfen in Krankheits-, Geburts- und Todesfällen (Beihilfevor-

schriften - BhV -) vom 19. April 1985 (GMBI S. 290) in der Fassung der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift zur Änderung der Beihilfevorschriften vom 19. September 1989 (GMBI S. 542) und vom 10. Dezember 1991 (GMBI S. 1051) schließt die Beihilfefähigkeit der krankheitsbedingten Aufwendungen der Ehefrau des Klägers aus. Nach dieser Vorschrift sind Sach- und Dienstleistungen nicht beihilfefähig bei Personen, denen ein Zuschuss, Arbeitgeberanteil und dergleichen zum Krankenversicherungsbeitrag gewährt wird; als Sach- und Dienstleistungen gelten - mit Ausnahme der Aufwendungen für Wahlleistungen im Krankenhaus - auch Aufwendungen, die darauf beruhen, dass der Versicherte die beim Behandler mögliche Sach- oder Dienstleistung nicht als solche in Anspruch genommen hat.

- 13 Die Ehefrau des Klägers, deren krankheitsbedingte Aufwendungen gemäß § 3 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 BhV grundsätzlich beihilfefähig sind, ist eine Versicherte, der ein zuschussgleicher Anteil zum Krankenversicherungsbeitrag gewährt worden ist und der Aufwendungen für Arzneimittel, derentwegen Beihilfe begehrt wird, deshalb entstanden sind, weil sie die beim Behandler mögliche Sachleistung nicht als solche, sondern statt dessen Kostenerstattung in Anspruch genommen hat.
- 14 Ausweislich der Bescheinigung der Hamburg-Münchener Ersatzkasse vom 7. April 1993 ist die Ehefrau als Rentenbezieherin nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 SGB V in der Krankenversicherung versicherungspflichtig. Gemäß dem durch Art. 4 Nr. 17 des Gesetzes zur Reform der Gesetzlichen Rentenversicherung vom 18. Dezember 1989 (BGBl I S. 2261) mit Wirkung ab dem 1. Januar 1992 eingefügten § 249 a SGB V tragen Versicherungspflichtige, die eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, und die Träger der Rentenversicherung die nach der Rente zu bemessenden Beiträge jeweils zur Hälfte. Danach ist die Beitragsbelastung der Versicherungspflichtigen, die eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erhalten, zu gleichen Anteilen auf den Träger der Rentenversicherung und auf die Versicherten verteilt. Der versicherungspflichtige Rentenbezieher hat nicht die Möglichkeit, über die gesetzliche Beitragsverteilung zu disponieren - etwa weil er sich davon Vorteile bei der Beihilfe verspricht (vgl. BSG, Urteil vom 17. Dezember 1996 - 12 RK 23/96 - SozR 3-2500 § 249 a SGB V Nr. 1).

- 15 Nach zutreffender allgemeiner Auffassung gehören zu den Personen, die einen Anspruch auf "Zuschuss" zum Krankenversicherungsbeitrag haben, auch die versicherungspflichtigen Rentenbezieher (vgl. Hinweise des Bundesministeriums des Inneren zu § 5 Abs. 4 Nr. 1 Ziff. 2; Mildenerger/Pühler/Pohl/Weigel, Beihilfavorschriften des Bundes und der Länder, Stand: Juli 2005, § 5 Anm. 27 zu Abs. 4 Nr. 1 <4>; Köhnen/Schröder/Kusemann/Amelungk, Beihilfavorschriften, Stand: 50. Ergänzungslieferung, A. II § 5 BhV Anm. 24; Beckmann/Eyer/Heise, Beihilfavorschriften des Bundes und der Länder, Stand: 103. Ergänzungslieferung, § 5 BhV Anm. 15). Nach § 5 Abs. 4 Nr. 1 Satz 3 BhV haben im Rahmen des Beihilferechts diejenigen eine Sonderstellung, die den Krankenversicherungsbeitrag nicht alleine aufbringen müssen, sondern von Dritten einen Anteil erhalten. Terminologisch knüpft die beihilferechtliche Bestimmung noch an die Rechtslage vor Inkrafttreten des § 249 a SGB V an, wonach die krankenversicherungspflichtigen Rentenbezieher den auf die Rente entfallenden Beitrag alleine trugen, vom Rentenversicherungsträger jedoch einen "Zuschuss" erhielten (vgl. § 1304 e RVO). Gründe, die das Beihilferecht veranlassen könnten, den vom Rentenversicherungsträger nach neuerem Krankenversicherungsrecht übernommenen zuschussgleichen Beitragsanteil abweichend zu behandeln, sind nicht ersichtlich. In diesem Zusammenhang ist es sowohl für das Sozialversicherungsrecht wie auch für das Beihilferecht unerheblich, ob die Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung vollständig oder - teilweise - freiwillig gezahlt worden sind.
- 16 Die Ehefrau des Klägers hat Anspruch auf Sach- und Dienstleistungen als Pflichtversicherte. Die ihr entstandenen Aufwendungen gelten als Sach- und Dienstleistungen, weil sie darauf beruhen, dass sie die beim Behandler mögliche Sachleistung nicht als solche in Anspruch genommen hat.
- 17 § 5 Abs. 4 Nr. 1 Satz 3 Buchstabe b BhV ist Ausdruck des das Beihilferecht prägenden Subsidiaritätsprinzips. Wer auf Grund anderweitiger Vorschriften einen Anspruch darauf hat, dass sein krankheitsbedingter Bedarf durch Sach- oder Dienstleistungen grundsätzlich vollständig gedeckt wird, soll wegen seines Verzichts auf diese Leistungen im System der Beihilfe nicht besser gestellt werden. Die Beihilfe ist gegenüber anderen Leistungen des Dienstherrn oder Arbeitgebers in Krankheits-, Pflege-, Geburts- und - früher auch - Todesfällen wie auch gegenüber sonstigen sozialen Leistungen nachrangig. Sie soll lediglich von solchen Aufwendungen in Krankheits-

fällen u.a. in angemessenem Umfang freistellen, die den Beihilfeberechtigten unabwendbar treffen, weil er sie nicht durch sonstige Leistungen ausgleichen kann, die ihm nach Gesetz oder Arbeitsvertrag zustehen, und die nicht durch die Besoldung gedeckt sind. Nur in diesem Umfang besteht Anlass zu fürsorglichem Eingreifen des Dienstherrn (vgl. BVerfG, Beschluss vom 13. November 1990 - 2 BvF 3/88 - BVerfGE 83, 89 <108>; BVerwG, Urteile vom 20. Oktober 1976 - BVerwG 6 C 187.73 - BVerwGE 51, 193 <198 ff.>, vom 13. März 1980 - BVerwG 6 C 1.79 - BVerwGE 60, 88 <91>, vom 16. Oktober 1981 - BVerwG 6 C 96.80 - BVerwGE 64, 127 <129 f.>, vom 25. Juni 1987 - BVerwG 2 C 57.85 - BVerwGE 77, 331 <337> und vom 25. November 2004 - BVerwG 2 C 24.03 - Buchholz 270 § 9 BhV Nr. 5; vgl. auch BSG, Urteil vom 29. April 1999 - B 3 P15/98R - SozR 3-3300 § 34 SGB XI Nr. 1 S. 9).

- 18 Die Versicherung der Ehefrau des Klägers bei der Hamburg-Münchener Ersatzkasse ist nicht deshalb eine freiwillige oder einer solchen gleich gestellt, weil der Kläger sich selbst im Rahmen seiner freiwilligen Versicherung bei dieser Ersatzkasse für die Kostenerstattung entschieden hat und die Ehefrau seinerzeit als Familienversicherte in dieses Versicherungsverhältnis einbezogen war. Spätestens ab dem Bezug der gesetzlichen Rente war die Ehefrau gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 11 SGB V eigenständig Pflichtversicherte. Seit diesem Zeitpunkt bestand ein von der Krankenversicherung des Klägers unabhängiges Pflichtversicherungsverhältnis. Im Rahmen dieser Pflichtversicherung war die Ehefrau nicht darauf verwiesen, anstelle von Sach- und Dienstleistungen eine - begrenzte - Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen. Mit der Überleitung der Ehefrau in die Krankenversicherung der Rentner und der Begründung originärer Leistungsansprüche bei dem selben Träger der Krankenversicherung, der bereits zuvor den Schutz im Rahmen der freiwilligen Familienversicherung übernommen hatte, ist die Option des Klägers für die Kostenerstattung im Rahmen seiner freiwilligen Krankenversicherung für seine bis dahin unselbständig mitversicherte Ehefrau hinfällig geworden.
- 19 Der Leistungsanspruch der Ehefrau war auch nicht durch die frühere Entscheidung des Klägers zu Gunsten einer Kostenerstattung präjudiziert. In der gesetzlichen Krankenversicherung erhalten die Versicherten die Leistungen als Sach- und Dienstleistungen, soweit das Fünfte Buch oder das Neunte Buch des Sozialgesetzbuches

nichts Abweichendes vorsehen (vgl. § 2 Abs. 2, § 13 Abs. 1 SGB V). Die Kostenerstattung ist die Ausnahme und beruht auf der freiwilligen Entscheidung des Versicherten (vgl. § 13 Abs. 2 SGB V). Nach wie vor ist das Sachleistungsprinzip die Standardform der Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (vgl. BRDrucks 200/88 S. 157 <zu § 2 Abs. 2>).

20 Art. 61 des Gesetzes zur Strukturreform im Gesundheitswesen (Gesundheitsreformgesetz - GRG) vom 20. Dezember 1988 (BGBl I S. 2477) sah insoweit keine Ausnahme vor. Danach konnten Krankenkassen, die auf Grund der Satzung und in rechtlich zulässiger Weise Kostenerstattung durchführten, diese nach dem 31. Dezember 1988 in dem Umfang fortsetzen, wie es die Satzung am 31. Dezember 1988 vorsah. Damit war den Krankenkassen unter den gesetzlich näher bestimmten Voraussetzungen nur die Möglichkeit eingeräumt, auf der Grundlage ihres bisherigen Satzungsrechts weiterhin eine Kostenerstattung vorzusehen. Insoweit ist unerheblich, dass Art. 24 des Gesetzes zur Stärkung der Solidarität in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 19. Dezember 1998 (BGBl I S. 3853) die Kostenerstattung in der gesetzlichen Krankenversicherung erheblich einschränken wollte und diese Regelung durch Art. 4 a des Zweiten Gesetzes zur Änderung des Dritten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze vom 21. Juli 1999 (BGBl I S. 1648) mit Rückwirkung geändert worden ist, um zu Gunsten der bisher Kostenerstattungsberechtigten den bisherigen Rechtszustand aufrechtzuerhalten. Das Wahlrecht der Versicherten nach § 13 Abs. 2 SGB V, das ursprünglich nur die freiwillig Versicherten sowie ihre nach § 10 SGB V versicherten Familienangehörigen hatten, war dadurch weder beschränkt noch ausgeschlossen. Auch wenn die Ehefrau des Klägers bei Bezug der Rente berechtigt zu Gunsten der Kostenerstattung optiert hatte, war sie hierauf gesetzlich nicht festgelegt. Ihre Entscheidung hat sie autonom getroffen. Alternativ hätte sie die Möglichkeit gehabt, die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung beim Behandler als Sach- und Dienstleistungen in Anspruch zu nehmen.

21 Nichts anderes besagt die Bescheinigung der Hamburg-Münchener Ersatzkasse vom 7. April 1993, wonach die Ehefrau des Klägers seit dem 23. September 1991 pflichtversichert ist und "im Rahmen der Besitzstandswahrung ... ein Anspruch auf Erstattung der Kassenanteile für privatärztliche/zahnärztliche Behandlung und Arznei-, Verband-, und Heilmittel sowie für Zahnersatz (besteht)". Die Bescheinigung besagt

nichts darüber, ob die Ehefrau des Klägers stattdessen Sach- und Dienstleistungen hätte in Anspruch nehmen können. Auf den Rechtscharakter und die Bindungswirkung des Testats kommt es deshalb nicht an.

- 22 Personen, die die Möglichkeit hatten, anstelle einer Kostenerstattung Sach- und Dienstleistungen in Anspruch zu nehmen, sind wirksam von der Beihilfe ausgeschlossen.
- 23 Bei den Beihilfavorschriften handelt es sich um administrative Bestimmungen, die nicht die Eigenschaft von Rechtsnormen haben (vgl. Urteil vom 25. Juni 1964 - BVerwG 8 C 23.63 - BVerwGE 19, 48 <53 ff.>). Allerdings beschränkt sich ihr Inhalt nicht darauf, Auslegungshilfe zu sein, Ermessen zu lenken oder Beurteilungsspielräume auszufüllen. Vielmehr haben sie eine herausragende Bedeutung für die Lebensgestaltung des Beamten und seiner Familie nicht erst im Falle von Krankheit, Pflegebedürftigkeit und Geburt, sondern bereits bei der Wahl der Eigenvorsorge. Sie genügen deshalb nicht den Anforderungen des verfassungsrechtlichen Gesetzesvorbehalts. Vielmehr hat der Gesetzgeber die wesentlichen Entscheidungen bezüglich der Leistungen an Beamte, Richter und Versorgungsempfänger im Falle von Krankheit und Pflegebedürftigkeit selbst zu treffen (vgl. Urteil vom 17. Juni 2004 - BVerwG 2 C 50.02 - BVerwGE 121, 103 = Buchholz 232 § 79 BBG Nr. 123). Allerdings sind die Beihilfavorschriften - gerechnet ab dem Zeitpunkt der Entscheidung des erkennenden Senats - noch für eine Übergangszeit anzuwenden. Ihre Gültigkeit für die Zeit vor dem 17. Juni 2004 steht grundsätzlich nicht in Frage (vgl. Urteile vom 17. Juni 2004 a.a.O., vom 28. Oktober 2004 - BVerwG 2 C 34.03 - Buchholz 270 § 5 BhV Nr. 15 <zum Recht des Landes Bayern, das die BhV inkorporiert hat> und vom 25. November 2004 - BVerwG 2 C 24.03 - Buchholz 270 § 9 BhV Nr. 5 <zum Recht des Landes Niedersachsen, das ebenfalls die BhV inkorporiert hat>).
- 24 Der besonderen rechtlichen Form und ungewöhnlichen Funktion der Beihilfavorschriften ist entsprechend der bisherigen Rechtsprechung bei der Auslegung dadurch Rechnung zu tragen, dass in Zweifelsfällen nicht, wie sonst allgemein bei Verwaltungsvorschriften, die vom Urheber der Vorschriften gebilligte oder doch geduldeten tatsächliche Verwaltungspraxis herangezogen wird, sondern die Beihilfavorschriften aus sich heraus in gleicher Weise wie Normen ausgelegt werden und ihre Ausle-

gung in gleicher Weise wie bei revisiblen Rechtsvorschriften revisionsgerichtlich nachgeprüft wird (vgl. Beschluss vom 28. Mai 1973 - BVerwG 2 B 15.73 - Buchholz 238.91 Nr. 5 BhV Nr. 3; Urteile vom 10. April 1997 - BVerwG 2 C 11.96 - Buchholz 270 § 18 BhV Nr. 3 und vom 10. Juni 1999 - BVerwG 2 C 29.98 - Buchholz 270 § 6 BhV Nr. 12).

- 25 Die Beihilfevorschriften sind für die Vergangenheit auch dann rechtlich nicht unbeachtlich, wenn - wie der Kläger vorträgt - die ursprüngliche Fassung der Beihilfevorschriften und die ändernden Verwaltungsvorschriften nicht durch die gemäß § 78 Abs. 1 i.V.m. § 73 Abs. 2, § 74 Abs. 2 der Gemeinsamen Geschäftsordnung der Bundesministerien - Besonderer Teil (GGO II) in der Fassung vom 15. Oktober 1976 (GMBI S. 550) mit späteren Änderungen verantwortlichen Personen unterzeichnet worden sein sollten. Da die Beihilfevorschriften keine Rechtsnormen sind, findet Art. 82 GG keine Anwendung. Ob die Gemeinsame Geschäftsordnung der Bundesministerien verbindliche formelle, gültigkeitserhebliche Anforderungen für die Wirksamkeit von Verwaltungsvorschriften aufzustellen vermag, mag auf sich beruhen. Jedenfalls könnte der Kläger im Falle der Unwirksamkeit der Beihilfevorschriften für die Vergangenheit nur eine Gleichbehandlung entsprechend der bisherigen Praxis verlangen. Dass diese sich abweichend von der Regelung des § 5 Abs. 4 Nr. 1 Satz 3 BhV und den dazu erlassenen Verwaltungsvorschriften gestaltet haben könnte, ist nicht ersichtlich. Die durch Art. 33 Abs. 5 GG gewährleistete Fürsorgepflicht des Dienstherrn (vgl. § 79 BGG) bietet unmittelbar keine Grundlage für den geltend gemachten Anspruch, weil vorrangige Ansprüche gegen einen Sozialleistungsträger gegeben waren und darüber hinaus die nach Kostenerstattung verbliebene Belastung den Wesenskern der Fürsorge nicht berühren konnte.
- 26 § 5 Abs. 4 Nr. 1 Satz 3 BhV ist entgegen der Auffassung des Klägers nicht aus Gründen mangelnder Normklarheit unwirksam. Die Vorschrift ist im dargelegten Sinne auf Grund herkömmlicher Auslegungsmethoden auslegungsfähig. Bei den Beihilfevorschriften handelt es sich außerdem - wie bereits ausgeführt - nicht um Rechtsvorschriften im formellen Sinne. Ihre Unvereinbarkeit mit rechtsstaatlichen Grundsätzen ist in der Rechtsprechung des Senats bereits geklärt. Etwaige weitere rechtsstaatswidrige Defizite begründen nicht die Wirkungslosigkeit für die Vergangenheit.

- 27 § 5 Abs. 4 Nr. 1 Satz 3 BhV verstößt nicht gegen Art. 3 Abs. 1 GG. Nach ständiger Rechtsprechung ist der allgemeine Gleichheitssatz verletzt, wenn die gleiche oder ungleiche Behandlung der geregelten Sachverhalte mit Gesetzhkeiten, die in der Natur der Sache selbst liegen, und mit einer am Gerechtigkeitsgedanken orientierten Betrachtungsweise nicht mehr vereinbar ist, wenn also bezogen auf den jeweils in Rede stehenden Sachbereich und seine Eigenart ein vernünftiger, einleuchtender Grund für die Regelung fehlt (vgl. BVerfGE 76, 256 <329>; 83, 89 <107 f.>; 103, 310 <318>). Grundsätzlich obliegt es dem Gesetzgeber, diejenigen Sachverhalte auszuwählen, an die er dieselbe Rechtsfolge knüpft. Ob die Auswahl sachgerecht ist, lässt sich nicht abstrakt und allgemein feststellen, sondern nur in Bezug auf die Eigenart des zu regelnden Sachverhalts (vgl. BVerfGE 17, 122 <130>; 53, 313 <329>; 75, 108 <157>; 103, 310 <318>). Je nach Regelungsgegenstand und Differenzierungsmerkmalen ergeben sich unterschiedliche Grenzen, die vom bloßen Willkürverbot bis zu einer strengen Bindung an das Verhältnismäßigkeitserfordernis reichen. Der normative Gehalt der Gleichheitsbindung erfährt daher seine Konkretisierung jeweils im Hinblick auf die Eigenart des zu regelnden Sachbereichs (vgl. BVerfGE 42, 374 <388>; 75, 108 <157>; 78, 232 <247>; 100, 138 <174>; 101, 54 <101>).
- 28 Auch bei der Regelung des Beihilferechts besteht eine weitgehende Gestaltungsfreiheit des Normgebers (vgl. BVerfGE 58, 68 <79>). Der Gleichheitssatz ist nicht schon dann verletzt, wenn der Gesetzgeber nicht die gerechteste, zweckmäßigste oder vernünftigste Lösung gewählt hat. Die Gerichte können nur die Überschreitung äußerster Grenzen beanstanden, jenseits derer sich gesetzliche Vorschriften bei der Abgrenzung von Lebenssachverhalten als evident sachwidrig erweisen, sofern nicht von der Verfassung selbst getroffene Wertentscheidungen entgegenstehen (vgl. BVerfGE 65, 141 <148 f.>; 103, 310 <319 f.>; 110, 353 <364 f.>). Nichts anderes gilt für die Gestaltungsfreiheit der Verwaltung beim Erlass von Beihilfevorschriften, solange diese Regelungsform noch übergangsweise hinzunehmen ist.
- 29 Nach diesen Grundsätzen liegt es in dem zulässigen Gestaltungsrahmen, die Beihilfefähigkeit solcher Aufwendungen auszuschließen, die nur deshalb entstehen, weil der Berechtigte es unterlässt, bedarfsdeckende Sach- oder Dienstleistungen in Anspruch zu nehmen, und stattdessen von einem Sozialleistungsträger Kostenerstat-

tung verlangt, obwohl eine solche Geldleistung die Aufwendungen nicht vollständig ausgleicht.

- 30 Aus verfassungsrechtlichen Gründen muss ein Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung nicht einem Versicherungsnehmer in der privaten Krankenversicherung gleichgestellt werden. Die Subsidiarität der Beihilfe rechtfertigt vielmehr den Ausschluss von Personen, deren Aufwendungen teilweise ungedeckt bleiben, weil sie weitergehende Ansprüche nicht geltend machen (vgl. Urteile vom 18. Dezember 1974 - BVerwG 6 C 46.72 - Buchholz 238.91 Nr. 3 BhV Nr. 17 und vom 21. März 1979 - BVerwG 6 C 25.76 - BVerwGE 57, 336 = Buchholz 238.91 Nr. 3 BhV Nr. 20).
- 31 Dass bei der Kostenerstattung durch die gesetzliche Krankenversicherung zum einen Aufwendungen teilweise nicht beglichen werden und zum andern eine Beteiligung der Beihilfe ausgeschlossen ist, steht im Einklang mit der durch Art. 33 Abs. 5 GG gewährleisteten Fürsorgepflicht des Dienstherrn. Dieses Prinzip fordert nicht, dass durch Beihilfen und Versicherungsleistungen die Aufwendungen in Krankheitsfällen vollständig gedeckt werden und dass der Dienstherr in jedem Falle einen Teil der Kosten übernimmt (vgl. Urteil vom 3. Juli 2003 - BVerwG 2 C 36.02 - BVerwGE 118, 277 <282> = Buchholz 237.6 § 87 c NdsLBG Nr. 1 S. 5).
- 32 3. Es ist nicht zu beanstanden, dass gemäß § 5 Abs. 4 Nr. 2 BhV in der Fassung der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift zur Änderung der Beihilfevorschriften vom 9. Juni 1993 (GMBI S. 370) gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen und Kostenanteile sowie Aufwendungen für von der Krankenversorgung ausgeschlossene Arznei-, Hilfs- und Heilmittel sowie gemäß § 5 Abs. 4 Nr. 9 BhV ebenfalls in der Fassung der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift zur Änderung der Beihilfevorschriften vom 9. Juni 1993 Abschläge für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen, die dem Kläger nach Kostenerstattung durch die Hamburg-Münchener Ersatzkasse verblieben sind, von der Beihilfe ausgeschlossen sind. Mit diesen Regelungen werden die verschiedenen Krankenversorgungssysteme voneinander abgegrenzt. Aus Gründen der Systemtrennung ist es ausgeschlossen, dass Aufwendungen, die nach dem Willen des Gesetzgebers in dem einen Leistungssystem aus Gründen der Kostendämpfung und Eigenbeteiligung von einem dem Grunde nach Berechtigten getragen werden sollen, auf ein anderes Leistungssystem, nämlich die beamtenrechtliche

Beihilfe, übergewälzt werden. Dieser Ausschluss ist mit höherrangigem Recht vereinbar.

- 33 Die Gleichbehandlungspflicht gemäß Art. 3 Abs. 1 GG ist nicht verletzt. Soweit der - freiwillig oder obligatorisch - Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung einen eigenen Kostenanteil zu tragen hat, der einem privatversicherten Beihilfeberechtigten erstattet würde, beruht dies auf den grundlegenden Strukturunterschieden der verschiedenen Sicherungssysteme. Wie der erkennende Senat bereits in seinem Urteil vom 24. November 1988 (BVerwG 2 C 18.88 - BVerwGE 81, 27 = Buchholz 270 § 15 BhV Nr. 3) ausgeführt hat, handelt es sich bei den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung um Leistungen aus öffentlichen Kassen, die der grundsätzlich umfassenden Sicherung des Betroffenen und seiner Familie in Krankheitsfällen dienen. Die gesetzliche Krankenversicherung steht im Gegensatz zu der privaten Eigenvorsorge des Beamten und der ergänzenden, nachrangigen Unterstützung durch den Dienstherrn. Die beamtenrechtliche Krankenfürsorge ist am Regeltyp des Dienstes im Beamtenverhältnis als Lebensberuf orientiert, der gerade im Hinblick auf den besonderen beamtenrechtlichen Schutz von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung ausgenommen ist (vgl. § 6 Abs. 1 Nr. 2 SGB V). Der Beamte dieses Regeltyps hat grundsätzlich auch nicht die Möglichkeit der Teilnahme an dem Sicherungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung, vielmehr kann er die bei der Beihilfegewährung vorausgesetzte eigene Vorsorge regelmäßig nur durch den Abschluss einer privaten Versicherung treffen, die auf dem reinen Versicherungsprinzip beruht. Demgegenüber ist die gesetzliche Krankenversicherung dem Beamtenrecht fremd (vgl. Entscheidung vom 25. Juni 1987 - BVerwG 2 N 1.86 - BVerwGE 77, 345 <350 f.>). Die Krankheitsvorsorge auf Grund von Beihilfe und Privatversicherung unterscheidet sich von der gesetzlichen Krankenversicherung im Hinblick auf die verfassungsrechtliche Verankerung, die Finanzierung, die Leistungsvoraussetzungen, das Leistungsspektrum und die Leistungsformen. Prägende Grundsätze der gesetzlichen Krankenversicherung sind vor allem die solidarische Finanzierung, der soziale Ausgleich, die Sach- und Dienstleistung als Leistungsform sowie die Organisation ihrer Träger als Selbstverwaltungskörperschaften des öffentlichen Rechts (vgl. § 29 Abs. 1 SGB IV). Insbesondere besteht bei ihr keine Entsprechung von Beitrags- und Leistungshöhe nach versicherungsmathematischen Grundsätzen. Ihre Leistungen sind grundsätzlich einheitlich auf volle Absicherung für

den Krankheitsfall angelegt; die Beiträge werden prinzipiell solidarisch finanziert und richten sich unabhängig von den zu erbringenden Leistungen und dem individuellen Risiko nach dem Einkommen des jeweiligen Versicherungspflichtigen.

- 34 Diese rechtliche Bewertung gilt nach wie vor. Das System der gesetzlichen Krankenversicherung und das System privater Vorsorge einschließlich ergänzender Beihilfe sind nicht "gleich", sondern "gleichwertig" (vgl. BSG, Urteile vom 17. Juli 1997 - 12 RK 16/96 - SozR 3-4100 § 155 AFG Nr. 5, vom 18. März 1999 - B 12 KR 13/98 R-SozR 3-2500 § 10 SGB V Nr. 14 und vom 28. März 2000 - B 8 KN 10/98 KR R-SozR 3-2500 § 10 SGB V Nr. 18; auch BVerfG, Beschluss vom 7. November 2002 - 2 BvR 1053/98 - BVerfGE 106, 225 <237>). Die Frage, ob die Unterschiede zwischen den beiden Vorsorgesystemen den Anforderungen des Art. 3 Abs. 1 GG genügen, beantwortet sich nicht nach einem Vergleich auf der Leistungsseite. Vielmehr besteht ein unmittelbarer Zusammenhang zwischen der Art und dem Umfang der Eigenvorsorge einerseits und dem Leistungsangebot andererseits. Derjenige, der die Möglichkeit hatte, sich freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung zu versichern, und von dieser Möglichkeit Gebrauch gemacht hat, hat eine Systementscheidung getroffen, die sich sowohl auf die Vor- als auch auf die Nachteile dieser Form der Eigenvorsorge insgesamt bezieht. Er muss ebenso wie derjenige, der bewusst von einem - ergänzenden - Versicherungsschutz ganz oder teilweise abgesehen hat, in Kauf nehmen, dass nach den jeweiligen Systembedingungen krankheitsbedingte Aufwendungen ungedeckt bleiben.
- 35 Eine Pflicht zur beihilferechtlichen Gleichbehandlung der Versicherten in der gesetzlichen und in der privaten Krankenversicherung besteht auch nicht, soweit die Krankenkasse auf Antrag ihres Mitglieds Kosten erstattet - also ebenso wie die private Krankenversicherung Zahlungen erbringt. Insoweit geht es nur um Leistungsmodalitäten, ohne die grundsätzlichen Systemunterschiede einzuebnen.
- 36 Dass die private Krankenversicherung keine Abschläge wie die gesetzliche Krankenversicherung z.B. nach § 13 Abs. 2 Satz 9 SGB V vornimmt bzw. vorgenommen hat, beruht auf dem Versicherungsvertrag sowie der Tarifstruktur und vermag den Vorwurf einer ungerechtfertigten Ungleichbehandlung durch den Dienstherrn nicht zu begründen.

- 37 Ebenso wenig ist die Fürsorgepflicht des Dienstherrn durch die Eigenbeteiligung der freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Beamten und Richter verletzt. Das System der Beihilfegewährung in Krankheitsfällen gehört nicht zu den hergebrachten Grundsätzen des Berufsbeamtentums; eine verfassungsrechtliche Verpflichtung, Beihilfe in bestimmter oder allen Berechtigten in gleicher Höhe zu gewähren, besteht nicht (vgl. BVerfGE 58, 68 <77 f.>; 79, 223 <235>; 106, 225 <232>). Zwar darf der Dienstherr die Beihilfe, die er als eine die Eigenvorsorge ergänzende Leistung konzipiert hat, nicht ohne Rücksicht auf die vorhandenen Versicherungsmöglichkeiten ausgestalten; die Fürsorgepflicht verlangt jedoch nicht die lückenlose Erstattung jeglicher Aufwendungen (vgl. BVerfGE 83, 89 <100 ff.>; 106, 225 <232 f.>; BVerwG, Urteil vom 3. Juli 2003 a.a.O.). Dass die Fürsorgepflicht in ihrem Wesenskern verletzt sein könnte, wenn der Kläger die ihm nach den Regelungen der sozialen Krankenversicherung verbleibenden Kosten selbst tragen muss, ist nicht erkennbar. Dem Kläger verbleibt ein Aufwand, der allen freiwilligen Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung zugemutet wird, die Kostenerstattung in Anspruch nehmen.
- 38 4. Die Kostenentscheidung beruht auf § 154 Abs. 2 VwGO.

Albers

Dr. Kugele

Groepper

Dr. Bayer

Dr. Heitz

B e s c h l u s s

Der Wert des Streitgegenstandes wird für das Revisionsverfahren auf 4 050 € (entsprechend 7 923 DM) festgesetzt (§ 52 Abs. 3 GKG).

Albers

Groepper

Dr. Bayer

Sachgebiet: BVerwGE: ja
Beamtenrecht Fachpresse: ja

Rechtsquellen:

GG Art. 3 Abs. 1, Art. 33 Abs. 5
BBG § 79
BhV § 5 Abs. 4 Nr. 1, Nr. 2, Nr. 9
SGB V § 5 Abs. 1 Nr. 11, § 13 Abs. 2, § 249 a

Stichworte:

Beihilfenvorschriften des Bundes und Gesetzesvorbehalt; beihilfeberechtigter Angehöriger; freiwillige gesetzliche Krankenversicherung; Krankenversicherungspflicht der Rentenbezieher; Nachrang der Beihilfe; Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag; Zuzahlungen und Kostenanteile in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Leitsätze:

1. Die krankenversicherungspflichtigen Rentenbezieher haben Anspruch auf einen zuschussgleichen Finanzierungsanteil zu ihrem Krankenversicherungsbeitrag.
2. Der Ausschluss der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen, die wegen der Inanspruchnahme von Kostenerstattung in der gesetzlichen Krankenversicherung ungedeckt bleiben, ist mit höherrangigem Recht vereinbar.
3. Die Systemunterschiede zwischen gesetzlicher Krankenversicherung und privater Gesundheitsvorsorge einschließlich ergänzender Beihilfe rechtfertigen es, Beihilfeleistungen zu der Eigenbeteiligung des gesetzlich Versicherten auszuschließen.

Urteil des 2. Senats vom 15. Dezember 2005 - BVerwG 2 C 35.04

- I. VG Kassel vom 29.12.1999 - Az.: VG 1 E 2210/94 (1) -
- II. VGH Kassel vom 20.01.2004 - Az.: VGH 1 UE 3822/00 -