



# **BUNDESVERWALTUNGSGERICHT**

## **IM NAMEN DES VOLKES**

### **URTEIL**

BVerwG 5 C 40.13  
OVG 10 A 11153/12

Verkündet  
am 17. April 2014  
Werner  
als Urkundsbeamtin der Geschäftsstelle

In der Verwaltungsstreitsache

hat der 5. Senat des Bundesverwaltungsgerichts  
auf die mündliche Verhandlung vom 17. April 2014  
durch den Vorsitzenden Richter am Bundesverwaltungsgericht Vormeier,  
die Richterin am Bundesverwaltungsgericht Stengelhofen  
und die Richter am Bundesverwaltungsgericht Dr. Störmer, Dr. Häußler  
und Dr. Fleuß

für Recht erkannt:

Auf die Revision des Klägers wird das Urteil des Oberverwaltungsgerichts Rheinland-Pfalz vom 15. März 2013 geändert. Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Verwaltungsgerichts Mainz vom 4. Oktober 2012 wird zurückgewiesen.

Die Beklagte trägt die Kosten des Berufungs- und Revisionsverfahrens.

#### G r ü n d e :

I

- 1 Die Beteiligten streiten um die Höhe von Beihilfeleistungen für im Basistarif versicherte Beamte und Angehörige.

- 2 Der Kläger ist beihilfeberechtigter Ruhestandsbeamter der Beklagten. Seine Ehefrau ist berücksichtigungsfähige Angehörige, für die der Kläger grundsätzlich für 70 Prozent ihrer krankheitsbedingten Aufwendungen Beihilfe erhält. Für die übrigen 30 Prozent der Behandlungskosten ist seine Ehefrau bei einer privaten Krankenversicherung zum Basistarif versichert. Nach § 6 Abs. 5 der Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) orientiert sich die Höhe der staatlichen Beihilfeleistung bei im Basistarif versicherten Beamten an den für die private Krankenversicherung geltenden gesetzlichen Leistungspflichten. Die privaten Krankenkversicherer müssen für medizinische Leistungen im Basistarif geringere als die im privatärztlichen Bereich nach der Gebührenordnung für Ärzte vorgesehenen Schwellen- und Höchstwerte (2,3facher bzw. 3,5facher Satz) erstatten.
  
- 3 Mit Bescheid vom 15. Juni 2011 gewährte die Beklagte dem Kläger neben eigenen Aufwendungen auch Beihilfe für Aufwendungen, die seiner Ehefrau für ärztliche Behandlungen in der Zeit von Dezember 2010 bis Mai 2011 entstanden waren. Hierfür legte sie die geringeren Gebührensätze zugrunde, die für im Basistarif Versicherte gelten. Der Widerspruch des Klägers, mit dem er die Erstattung der seiner Ehefrau von den Ärzten tatsächlich abgerechneten höheren Gebühren begehrte, blieb ohne Erfolg.
  
- 4 Das Verwaltungsgericht hat der Klage mit Urteil vom 4. Oktober 2012 stattgegeben. Es hat die Beklagte verpflichtet, dem Kläger für die geltend gemachten Aufwendungen weitere Beihilfe ohne Berücksichtigung des sich nach § 6 Abs. 5 BBhV ergebenden Kürzungsfaktors zu gewähren. Diese Regelung könne nicht als Grundlage für entsprechende Kürzungen herangezogen werden, weil sie unwirksam sei. Jedenfalls für Beamte oder deren Angehörige, die - wie die Ehefrau des Klägers - selbst vor Einführung der Versicherungspflicht nicht krankenversichert gewesen seien und die ihrer Versicherungspflicht nur unfreiwillig und alternativlos durch den Abschluss eines Basistarifs nachkommen konnten, wirke sie sich so wesentlich auf das Beihilfeniveau aus, dass es insoweit einer Entscheidung des parlamentarischen Gesetzgebers bedurft hätte. An einer solchen Grundlage in einem Parlamentsgesetz fehle es.

- 5 Das Oberverwaltungsgericht hat das Urteil des Verwaltungsgerichts abgeändert und die Klage abgewiesen. Die in § 6 Abs. 5 BBhV vorgenommene Beschränkung der Beihilfe auf die Gebührensätze für Versicherte im Basistarif unterliege nicht dem Vorbehalt des Gesetzes. Die Beschränkung sei vielmehr Ausfluss des bereits im Gesetz niedergelegten Strukturprinzips, dass grundsätzlich nur wirtschaftlich angemessene Aufwendungen beihilfefähig seien. Eine Entscheidung des parlamentarischen Gesetzgebers sei auch nicht mit Blick auf die Amtsangemessenheit der Alimentation erforderlich. Die Basistarifklausel sei ferner mit Art. 3 Abs. 1 GG vereinbar. Die Gruppe der im Basistarif Versicherten werde bei der Gewährung der Beihilfe nicht ungerechtfertigt anders behandelt als die Gruppe der „normal“ privat versicherten Beamten oder die Gruppe der überhaupt nicht versicherten Beamten. Die beiden letzteren Gruppen hätten nämlich, anders als die im Basistarif Versicherten, nicht die Möglichkeit, den Gebührenrahmen der Gebührenordnung für Ärzte zu beschränken.
- 6 Zur Begründung seiner Revision verweist der Kläger insbesondere auf die Ausführungen des Verwaltungsgerichts. Er rügt, das Oberverwaltungsgericht habe verkannt, dass § 6 Abs. 5 BBhV in der vorliegenden Konstellation unwirksam sei, weil die Regelung weder mit dem Gesetzesvorbehalt noch mit dem allgemeinen Gleichheitssatz vereinbar sei.
- 7 Die Beklagte verteidigt das angefochtene Urteil. Der Vertreter des Bundesinteresses beim Bundesverwaltungsgericht unterstützt ihre Rechtsauffassung.

## II

- 8 Die Revision des Klägers ist begründet. Das angefochtene Urteil steht mit revisiblem Recht nicht in Einklang. Dabei lässt der Senat dahingestellt, ob die von der Beklagten versagte Erstattung von Aufwendungen schon deshalb zu beanstanden ist, weil es insoweit an einer dem verfassungsrechtlichen Gesetzesvorbehalt, der auch im Beihilferecht Geltung beansprucht, genügenden gesetzlichen Ermächtigung fehlt (vgl. dazu Urteil vom 19. Juli 2012 - BVerwG 5 C 1.12 - BVerwGE 143, 363 = Buchholz 271 LBeihilfeR Nr. 42, jeweils Rn. 12 f. m.w.N.).

Entgegen der Rechtsansicht des Oberverwaltungsgerichts verstößt die streitige Versagung der Erstattung von Aufwendungen jedenfalls gegen den allgemeinen Gleichheitssatz des Art. 3 Abs. 1 GG.

- 9 1. Die umstrittene Beschränkung des Beihilfeanspruchs beruht auf § 6 Abs. 5 der Bundesbeihilfeverordnung - BBhV - vom 13. Februar 2009 (BGBl I S. 326) in der im hier maßgeblichen Zeitraum des Entstehens der Aufwendungen (vgl. Urteil vom 8. November 2012 - BVerwG 5 C 2.12 - IÖD 2013, 33 m.w.N.) anzuwendenden Fassung der Ersten Verordnung zur Änderung der Bundesbeihilfeverordnung vom 17. Dezember 2009 (BGBl I S. 3922). Nach § 6 Abs. 5 Satz 1 BBhV beurteilt sich die Angemessenheit der Aufwendungen von Beihilfeberechtigten und ihrer berücksichtigungsfähigen Angehörigen, die u.a. in einem Basis-tarif nach § 12 Abs. 1a des Gesetzes über die Beaufsichtigung der Versicherungsunternehmen (Versicherungsaufsichtsgesetz - VAG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 17. Dezember 1992 (BGBl I 1993 S. 2), vor dem hier maßgeblichen Zeitraum des Entstehens der Aufwendungen (von Dezember 2010 bis Mai 2011) zuletzt geändert durch Gesetz vom 23. November 2007 (BGBl I S. 2631), versichert sind, nach den in den Verträgen nach § 75 Abs. 3b Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vom 20. Dezember 1988 (BGBl I S. 2477) - SGB V -, vor dem maßgeblichen Zeitraum zuletzt geändert durch Gesetz vom 26. März 2007 (BGBl I S. 378), vereinbarten Gebührenregelungen. Wie das Oberverwaltungsgericht (UA S. 7) zu Recht festgestellt hat, ist insoweit die für die Zeit ab 1. April 2010 getroffene Vereinbarung zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, KöR, und dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. im Einvernehmen mit den Beihilfekostenträgern bezüglich der Honorierung ambulanter ärztlicher und belegärztlicher Leistungen für im Basistarif Versicherte vom 28. Januar 2010 einschlägig. Danach werden ärztliche Leistungen wie folgt vergütet: Für die in Abschnitt M des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) genannten Leistungen sowie für die Leistung nach Nr. 437 GOÄ mit dem 0,9-fachen des Gebührensatzes, für Leistungen nach den Abschnitten A, E und O des Gebührenverzeichnisses der GOÄ mit dem 1,0fachen des Gebührensatzes und für die übrigen Leistungen mit dem 1,2fachen des Gebührensatzes. Damit steht die streitige Ablehnung der Erstattung von Aufwendungen im Einklang.

- 10 2. Die Basistarifklausel des § 6 Abs. 5 BBhV verstößt jedenfalls in den Fällen gegen den allgemeinen Gleichbehandlungsgrundsatz des Art. 3 Abs. 1 GG, in denen der Beihilfeberechtigte oder der berücksichtigungsfähige Angehörige unfreiwillig im Basistarif versichert ist. So liegt es, wenn er aufgrund der allgemeinen Krankenversicherungspflicht gehalten ist, eine private Krankenversicherung abzuschließen und er sich zu zumutbaren Bedingungen nur zum Basistarif versichern kann. Dies ist bei der Ehefrau des Klägers als berücksichtigungsfähiger Angehöriger nach den den Senat bindenden Feststellungen des Oberverwaltungsgerichts (§ 137 Abs. 2 VwGO) der Fall.
- 11 a) Der allgemeine Gleichheitssatz des Art. 3 Abs. 1 GG gebietet, wesentlich Gleiches gleich zu behandeln, stellt es aber dem Normgeber frei, aufgrund autonomer Wertungen die Differenzierungsmerkmale auszuwählen, an die er eine Gleich- oder Ungleichbehandlung anknüpft. Je nach Regelungsgegenstand und Differenzierungsmerkmalen ergeben sich aus dem allgemeinen Gleichheitssatz unterschiedliche Grenzen für den Normgeber, die vom bloßen Willkürverbot bis zu einer strengen Bindung an Verhältnismäßigkeitserfordernisse reichen können (vgl. BVerfG, Beschlüsse vom 13. März 2007 - 1 BvF 1/05 - BVerfGE 118, 79 <100> und vom 21. Juni 2011 - 1 BvR 2035/07 - BVerfGE 129, 49 <68> m.w.N.). Knüpft die Ungleichbehandlung nicht an ein personenbezogenes, d.h. von den Betroffenen gar nicht oder nur schwer beeinflussbares Merkmal, sondern an Lebenssachverhalte an oder hängt sie von freiwilligen Entscheidungen der Betroffenen ab, hat der Normgeber grundsätzlich einen weiten Gestaltungsspielraum. Ein Gleichheitsverstoß ist nur dann anzunehmen, wenn sich im Hinblick auf die Eigenart des geregelten Sachbereichs ein vernünftiger, einleuchtender Grund für die Regelung schlechthin nicht finden lässt, die Regelung also willkürlich erscheint. Bei der Ungleichbehandlung von Personengruppen unterliegt der Normgeber dagegen regelmäßig engen rechtlichen Bindungen. Dies gilt auch, wenn eine Ungleichbehandlung von Sachverhalten mittelbar eine Ungleichbehandlung von Personengruppen bewirkt (vgl. BVerfG, Beschluss vom 13. März 2007 a.a.O. m.w.N.). Ein Verstoß gegen den Gleichheitsgrundsatz kann in diesen Fällen schon dann angenommen werden, wenn für die Differenzierung keine Gründe von solcher Art und solchem Gewicht be-

stehen, dass sie die ungleichen Rechtsfolgen rechtfertigen können. Für beide Fallgruppen gilt, dass die vom Normgeber für eine Differenzierung im Beihilferecht angeführten Gründe auch vor der verfassungsrechtlichen Fürsorgepflicht des Dienstherrn Bestand haben müssen, in der die Beihilfe ihre Grundlage hat (vgl. zu Vorstehendem insgesamt Urteile vom 13. Dezember 2012 - BVerwG 5 C 3.12 - Buchholz 271 LBeihilfeR Nr. 43 Rn. 29 und vom 5. Mai 2010 - BVerwG 2 C 12.10 - ZBR 2011, 126 Rn. 10 f. jeweils m.w.N.). Zwar begründet die Durchbrechung einer vom Gesetz selbst statuierten Sachgesetzlichkeit für sich genommen noch keine Verletzung des Art. 3 Abs. 1 GG. Sie kann jedoch ein Indiz für eine objektiv willkürliche Regelung oder das Fehlen eines nach Art und Gewicht hinreichenden Rechtfertigungsgrundes darstellen (vgl. BVerfG, Beschluss vom 16. September 2009 - 1 BvR 2275/07 - ZOV 2009, 291 <295> m.w.N.). Solange der Gesetzgeber am gegenwärtig praktizierten „Mischsystem“ aus privat finanzierter Vorsorge und ergänzender Beihilfe festhält, ist daher eine Verletzung des allgemeinen Gleichheitssatzes indiziert, wenn eine bestimmte Regelung die im Beihilfesystem angelegte Sachgesetzlichkeit, dass notwendige und angemessene Aufwendungen beihilfefähig sind, ohne zureichenden Grund verlässt (Urteil vom 2. April 2014 - BVerwG 5 C 40.12 - juris Rn. 16).

- 12 b) § 6 Abs. 5 BBhV bewirkt eine Ungleichbehandlung der Gruppe der basistarifversicherten Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Angehörigen gegenüber der Gruppe der Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Angehörigen, die im Normaltarif krankenversichert sind.
- 13 Die ungleiche Behandlung besteht zunächst darin, dass der Erstattungsanspruch der zuerst genannten Gruppe für Aufwendungen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen geringer ausfällt als derjenige des anderen Personenkreises. Für die nach § 6 Abs. 5 BBhV basistarifversicherten Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Angehörigen findet der für die Gruppe der anderen Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Angehörigen geltende Grundsatz des § 6 Abs. 3 BBhV keine Anwendung, nach dem unter anderem Aufwendungen für ärztliche Leistungen grundsätzlich dann angemessen und erstattungsfähig sind, wenn sie den Gebührenrahmen der einschlägigen Gebührenordnungen für Ärzte entsprechen. Während also der im

Normaltarif versicherte Beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Angehörige etwa bei ärztlichen Leistungen durchschnittlicher Schwierigkeit in der Regel den nach § 5 Abs. 2 GOÄ festgelegten Schwellenwert des 2,3fachen Betrages (vgl. Urteil vom 17. Februar 1994 - BVerwG 2 C 10.92 - BVerwGE 95, 117 <122 f.> = Buchholz 270 § 5 BhV Nr. 5 S. 6) und in Ausnahmefällen sogar den Höchstwert des 3,5fachen Betrages erstattet bekommt, erhielt der basistarifversicherte Beamte oder berücksichtigungsfähige Angehörige im hier maßgeblichen Behandlungszeitraum (Dezember 2010 bis Mai 2011) - wie aufgezeigt - höchstens den 1,2fachen Betrag ersetzt. Werden dem im Basistarif Versicherten für eine ärztliche Leistung etwa Gebühren nach dem 2,3fachen des Gebührensatzes berechnet, hat er die Differenz zu dem geringeren Gebührensatz nach § 75 Abs. 3a Satz 2 SGB V selbst zu tragen.

- 14 Die im Basistarif krankenversicherten Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Angehörigen vermögen dieser Ungleichbehandlung in finanzieller Hinsicht auch nicht auszuweichen, ohne dass dies mit einer anderen Ungleichheit einhergeht. Nimmt der im Basistarif Versicherte ärztliche Leistungen auf der Grundlage der Gebührensätze seines Tarifs in Anspruch, die erheblich unter dem liegen, was für Privatpatienten üblicherweise abgerechnet wird, muss er befürchten, dass er die Behandlung, die er als Privatpatient im Normaltarif erhalten würde, nicht erfährt (vgl. dazu BVerfG, Urteil vom 10. Juni 2009 - 1 BvR 706, 814, 819, 832, 837/08 - BVerfGE 123, 186 <240>). Will er dies vermeiden, ist er auf die Bereitschaft eines Arztes angewiesen, ihm trotz der im Basistarif geringeren Vergütungssätze die gleiche Behandlung zuteil werden zu lassen wie dem im Normaltarif Versicherten. Dies führt zu einer Beschränkung der freien Arztwahl. Soweit es sich um faktische Auswirkungen des § 6 Abs. 5 Satz 2 BBhV handelt, sind auch diese am allgemeinen Gleichheitssatz zu messen, weil diese ungleiche Auswirkung gerade auf die rechtliche Gestaltung zurückzuführen ist (vgl. BVerfG, Urteil vom 3. Dezember 1968 - 2 BvE 1, 3, 5/67 - BVerfGE 24, 300 <358> und Beschluss vom 9. August 1978 - 2 BvR 831/76 - BVerfGE 49, 148 <165>).
- 15 c) Die Ungleichbehandlung ist nicht durch hinreichende Differenzierungsgründe gerechtfertigt. Der Senat ist insoweit nicht auf eine Überprüfung am Willkür-



maßstab beschränkt. Da eine Ungleichbehandlung von Personengruppen vorliegt und diese auch nicht auf einer freiwilligen Entscheidung der Ehefrau des Klägers beruht, wäre die ungleiche Behandlung nur gerechtfertigt, wenn für sie Gründe von solcher Art und solchem Gewicht bestehen, dass sie die verschiedenen Rechtsfolgen legitimieren können. Solche Gründe sind weder vorgetragen noch ersichtlich.

- 16 aa) Bei der Ehefrau des Klägers kann die Unterscheidung nicht damit gerechtfertigt werden, dass sich die Betroffenen bei der Wahl des Basistarifs freiwillig für ein niedrigeres Krankenbehandlungsniveau entschieden hätten und in der Konsequenz dieser autonomen Entscheidung im Krankheitsfall auch vom Dienstherr nur entsprechend niedrigere Erstattungsleistungen erwarten könnten. Dies gilt gleichermaßen für die Erwägung, die beihilfeberechtigten Beamten und Versorgungsempfänger und deren berücksichtigungsfähige Angehörige sollten in ihrem eigenen Interesse dazu angehalten werden, sich für eine über den Basistarif hinausgehende umfassendere Krankheitsvorsorge zu entscheiden. Denn die unfreiwillig im Basistarif versicherten Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Angehörigen haben gerade keine autonome Entscheidung getroffen, und ihnen fehlt die Möglichkeit, sich zu zumutbaren Bedingungen in einem umfassenderen privaten Krankenversicherungstarif zu versichern.
- 17 Die Unterscheidung kann auch nicht damit begründet werden, dass es sich bei den unfreiwillig im Basistarif versicherten Personen um eine vergleichsweise kleine Personengruppe handele, die der Normgeber in Ausübung seiner Pauschalierungsbefugnis beim Erlass der Beihilfeverordnung hätte vernachlässigen dürfen. Denn die Basistarifversicherung ist gerade für Personen eingeführt worden, die bislang in zulässiger Weise nicht krankenversichert waren und aufgrund ihres Alters oder ihrer Vorerkrankungen keine Möglichkeit zum Abschluss einer bezahlbaren Krankenversicherung hatten (vgl. § 12 Abs. 1b Satz 1 Nr. 2 VAG, vgl. auch BTDrucks 16/3100 S. 207).
- 18 bb) Die Differenzierung nach dem vom Beihilfeberechtigten oder seinem berücksichtigungsfähigen Angehörigen abgeschlossenen Versicherungstarif kann

auch nicht damit gerechtfertigt werden, dass sie eine bereits im Beihilfesystem angelegte Sachgesetzlichkeit wahre. Über Jahrzehnte ist im Hinblick darauf, dass der Beamte nicht gesetzlich verpflichtet gewesen ist, eine private Krankenversicherung abzuschließen, die Beihilfe unabhängig vom Nachweis einer Versicherung in vollem Umfang gewährt worden. Art und Umfang der die Beihilfe ergänzenden privaten Krankenversicherung blieben als Teil der privaten Lebensführung der allgemeinen Handlungsfreiheit (Vertragsfreiheit) des Beamten überlassen (vgl. Urteile vom 25. Juni 1987 - BVerwG 2 C 57.85 - BVerwGE 77, 331 <336> = Buchholz 271 LBeihilfeR Nr. 3 S. 15 und vom 24. November 1988 - BVerwG 2 C 17.88 - Buchholz 270 § 15 BhV Nr. 2 S. 4). Dies entspricht dem beamtenrechtlichen Grundsatz der Vorsorgefreiheit (vgl. BVerfG, Kammerbeschluss vom 13. Februar 2008 - 2 BvR 613/06 - ZBR 2008, 318 <320> m.w.N.), so dass eine Leistungskürzung aufgrund des vom Beamten oder seinem beihilfefähigen Angehörigen gewählten Versicherungstarifs nicht als im derzeitigen Beihilfesystem bereits angelegt anzusehen ist (vgl. auch Urteil vom 19. Juli 2012 - BVerwG 5 C 1.12 - BVerwGE 143, 363 = Buchholz 271 LBeihilfeR Nr. 42, jeweils Rn. 14). § 80 Abs. 3 Satz 3 Bundesbeamtengesetz - BBG - vom 5. Februar 2009 (BGBl I S. 160) in der rückwirkend zum 1. Januar 2009 in Kraft getretenen Fassung des Gesetzes vom 14. November 2011 (BGBl I S. 2219) lässt eine Kürzung der Beihilfe im Hinblick auf die privaten Versicherungsleistungen nur zu, wenn die Beihilfe zusammen mit den von dritter Seite zustehenden Erstattungen die beihilfefähigen Aufwendungen überschreitet.

- 19 cc) Ferner sind für die beihilferechtliche Benachteiligung basistarifversicherter Beamter und berücksichtigungsfähiger Angehöriger auch keine Differenzierungsgründe von solcher Art und solchem Gewicht erkennbar, die zwar nicht im bestehenden Beihilfesystem angelegt sind, aber die Unterscheidung gleichwohl ausnahmsweise rechtfertigen können. Insbesondere kann die Beschränkung der Beihilfeleistungen nicht mit den Gründen gerechtfertigt werden, die zur Festlegung einer niedrigeren Vergütungspflicht der privaten Krankenversicherungen in § 73 Abs. 3a Satz 2 und 3 SGB V bei Basistarifversicherten geführt haben.

- 20 Diese Regelungen stehen im Zusammenhang mit der Einführung der allgemeinen Krankenversicherungspflicht. Da die Zahl der nicht krankenversicherten Personen in Deutschland stark zugenommen hatte und diese Personen im Falle einer schwerwiegenden Erkrankung letztlich auf staatliche Hilfe angewiesen waren, entschloss sich der Gesetzgeber im Zuge des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 26. März 2007 (BGBl I S. 378) zur Einführung einer Krankenversicherungsoption für alle im Bundesgebiet dauerhaft lebenden Personen. Durch eine Änderung des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) wurden die privaten Versicherungsunternehmen verpflichtet, allen Personen mit Wohnsitz in Deutschland, die nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig waren, eine private Krankenversicherung zum Basistarif anzubieten (§ 12 Abs. 1b Satz 1 Nr. 2 VAG). Dieser Basistarif sollte in Bezug auf seine Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbar sein (§ 12 Abs. 1a VAG; BTDrucks 16/3100 S. 81). Der maximale Beitrag sollte - unabhängig von Alter und Vorerkrankungen - dem Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung entsprechen (vgl. § 12 Abs. 1c VAG). Mit Wirkung ab dem 1. Januar 2009 wurden alle nicht gesetzlich krankenversicherungspflichtigen Personen durch eine Änderung des Versicherungsvertragsgesetzes zudem gesetzlich verpflichtet, mindestens eine Krankenversicherung zum Basistarif abzuschließen. Der Kontrahierungszwang der privaten Krankenversicherung wurde damit durch die jetzt in § 193 des Gesetzes über den Versicherungsvertrag vom 23. November 2007 (BGBl I S. 2631), zuletzt geändert durch Gesetz vom 20. September 2013 (BGBl I S. 3642), verankerte Krankenversicherungspflicht ergänzt (zur Entstehungsgeschichte BVerfG, Urteil vom 10. Juni 2009 - 1 BvR 706, 814, 819, 832, 837/08 - BVerfGE 123, 186 <193>; Sodan, NJW 2007, 1313 f.).
- 21 Die Beschränkung der Vergütungspflicht der privaten Krankenversicherer dient dazu, diesen die Refinanzierung des Basistarifs zu erleichtern. Die privaten Krankenversicherer können die Mehrkosten, die bislang nicht versicherte, häufig ältere und kranke Neukunden mit sich bringen, systembedingt nicht wie die gesetzliche Krankenversicherung durch Umlagen abdecken. Ihnen fehlen auch die Rückstellungen, die bei der Versicherung von jungen und gesunden Neukunden bis zum Eintritt schwerer Erkrankungen typischerweise gebildet werden.

Wären sie verpflichtet, die im Privatpatientenbereich üblichen Entgelte für Krankenbehandlungen zu erbringen, hätte die Einführung der Krankenversicherungspflicht hohe Verluste bei den privaten Krankenversicherern erwarten lassen. Um dies zu verhindern, hat der Gesetzgeber nicht nur neue Risiko-Umlageverfahren für Basistarifversicherungen geschaffen (vgl. § 12g VAG; BVerfG, Urteil vom 10. Juni 2009 a.a.O. <239>), sondern auch die Vergütungspflicht der privaten Krankenversicherer durch § 75 Abs. 3a SGB V im Bereich des Basistarifs auf ein aus seiner Sicht auch den behandelnden Ärzten zumutbares Maß reduziert. Dabei wurde der ursprüngliche Regelungsansatz, dass die ärztlichen Leistungen mindestens auf dem Ersatzkassenniveau zu vergüten sind (BTDrucks 16/3100 S. 16, 116), im Gesetzgebungsverfahren aufgegeben. Die vom Gesetzgeber vorgegebenen Vergütungssätze wurden ausgehend von dem im bisherigen PKV-Standardtarif üblichen Niveau im zahnärztlichen Bereich leicht erhöht, aber nach oben wie nach unten disponibel ausgestaltet (vgl. BTDrucks 16/4200 S. 36 f.; BTDrucks 16/4247 S. 37).

- 22 Es liegt auf der Hand, dass die auf eine finanzielle Schonung der privaten Krankenversicherer abzielenden Überlegungen bei der Einführung der Basistarifversicherungspflicht einer speziellen Problemlage geschuldet sind und dass die Refinanzierungsprobleme der privaten Krankenversicherer bei der Aufnahme von bislang unversicherten Risikopatienten in keiner Weise mit den Finanzierungsproblemen der öffentlichen Hand bei der Beihilfeerbringung vergleichbar sind. Dies folgt schon daraus, dass der Staat die Kosten der Beihilfe aus Steuern und damit über eine Umlage finanziert, also anders als private Krankenversicherer gerade keine Rückstellungen aus Versicherungsbeiträgen bildet. Außerdem mögen bislang nicht krankenversicherte Beamte für die privaten Krankenversicherungen Neukunden sein, für die jedwede Risikorückstellungen fehlen. Sie sind aber für den Staat keine „Neukunden“, sondern stehen häufig seit Jahren in einem gegenseitigen Treueverhältnis zum Staat, so dass ein geringerer Beihilfebemessungssatz nicht unter dem Gesichtspunkt unerwarteten Risikozuwachses gerechtfertigt werden kann.
- 23 dd) Die niedrigeren beihilferechtlichen Erstattungen können auch nicht mit dem Hinweis darauf gerechtfertigt werden, dass der basistarifversicherte Beamte

oder berücksichtigungsfähige Angehörige geringere Krankenkassenbeiträge zu entrichten haben. Denn den niedrigeren Krankenversicherungsbeiträgen stehen entsprechend geringere Krankenversicherungsleistungen gegenüber, so dass der basistarifversicherte Beamte oder berücksichtigungsfähige Angehörige den „Vorteil“ niedrigerer Beiträge bereits mit dem „Nachteil“ gekürzter Erstattungsleistungen der privaten Krankenversicherung erkaufen. Für eine doppelte Anrechnung dieses „Vorteils“ bei der Beihilfegewährung ist damit kein Raum.

24 ee) Ebenso wenig kann die geringere Erstattungshöhe mit der vom Oberverwaltungsgericht (UA S. 10 f.) angeführten Erwägung begründet werden, der Basis-tarifversicherte habe auf einfache Weise die Möglichkeit, durch einen Hinweis auf sein geringeres Versicherungsniveau eine Absenkung der Honorarrechnung zu erwirken und damit beim Dienstherrn eine Ersparnis zu erzielen. Diese Argumentation vermag schon deswegen nicht zu überzeugen, weil es auch der „normal“ versicherte Beamte jederzeit in der Hand hat, durch Hinnahme von Einschränkungen des gewohnten medizinischen Versorgungsstandards in einen Basistarif zu wechseln und auf diese Weise Einsparungen beim Dienstherrn zu bewirken. Es leuchtet aber nicht ein, dass nur diejenigen zur Leistung eines solchen Ersparnisbeitrags verpflichtet sein sollen, die aufgrund ihrer Vorerkrankungen oder ihres Alters von den privaten Krankenversicherern gegen ihren Willen nur zum Basistarif versichert werden. Damit wird im Ergebnis einer Beamtengruppe ein Sonderopfer allein deswegen abverlangt, weil sie auf dem Markt der privaten Krankenversicherungen aufgrund ihres Alters oder ihrer Vorerkrankungen bereits benachteiligt ist. Dies ist mit Art. 3 Abs. 1 GG unvereinbar.

25 3. Da die Regelung des § 6 Abs. 5 BBhV jedenfalls bei unfreiwillig im Basistarif versicherten Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Angehörigen gegen den Gleichheitssatz verstößt und zumindest in diesem Teilbereich unwirksam ist, kann der Kläger - wie erstinstanzlich vom Verwaltungsgericht entschieden - für die im Streit stehenden Aufwendungen seiner im Basistarif versicherten Ehefrau nach § 6 Abs. 3 BBhV die Erstattung der nach den einschlägigen Gebührenordnungen üblichen Entgelte verlangen.

26 4. Die Kostenentscheidung beruht auf § 154 Abs. 1 VwGO.

Vormeier

Stengelhofen

Dr. Störmer

Dr. Häußler

Dr. Fleuß

Sachgebiet:

BVerwGE: ja

Beihilferecht

Fachpresse: ja

Rechtsquellen:

GG	Art. 3 Abs. 1
BBG	§ 80 Abs. 3 Satz 3
BBhV	§ 6 Abs. 3 und 5
SGB V	§ 75 Abs. 3a Satz 2 und 3
VAG	§ 12 Abs. 1a und 1b Satz 1 Nr. 2; Abs. 1c; § 12g
VVG	§ 193

Stichworte:

Aufwendungen, beihilfefähige -; Beihilfe, Leistungseinschränkungen -; Basistarif; Basistarifversicherte, unfreiwillig -; Beihilfe; Gebührenordnung für Ärzte; Gleichbehandlungsgebot; allgemeiner Gleichheitssatz; Grundsatz des Gesetzesvorbehalts; Höchstbetrag; Krankenversicherung, private -; Krankenversicherungspflicht; Parlamentsvorbehalt; Sachgesetzlichkeit des Beihilfesystems; Schwellenwert; Vorsorgefreiheit.

Leitsatz:

Die Basistarifklausel des § 6 Abs. 5 der Bundesbeihilfeverordnung verstößt jedenfalls in den Fällen gegen den allgemeinen Gleichbehandlungsgrundsatz des Art. 3 Abs. 1 GG, in denen der Beihilfeberechtigte oder der berücksichtigungsfähige Angehörige unfreiwillig im Basistarif versichert ist. Dies ist der Fall, wenn er aufgrund der allgemeinen Krankenversicherungspflicht gehalten ist, eine private Krankenversicherung abzuschließen und er sich zu zumutbaren Bedingungen nur zum Basistarif versichern kann.

Urteil des 5. Senats vom 17. April 2014 - BVerwG 5 C 40.13

I. VG Mainz vom 04.10.2012 - Az.: VG 6 K 195/12.MZ -  
II. OVG Koblenz vom 15.03.2013 - Az.: OVG 10 A 11153/12 -