

Für das Nachschlagewerk! Ja  
Für die Fachpresse! Ja  
Für die amtliche Sammlung! Nein

15. Okt.

-----  
Gesetz: GG Art. 3, 20 Abs. 1, Art. 28 Abs. 1; Allgemeine Verwaltungsvorschriften über die Gewährung von Beihilfen in Krankheits-, Geburts- und Todesfällen (Beihilfevorschriften - BhV -) vom 17. März 1959 (GMBI. S. 168 i.d.F. vom 14. Januar 1964, GMBI. S. 26) Nr. 3 Abs. 3; Manteltarifvertrag für die Angestellten der BAVAV vom 21. April 1961; Tarifvertrag für die Angestellten der BAVAV Nr. 9/59 vom 16. November 1959

Leitsätze:

1. Nach Nr. 3 Abs. 3 der Beihilfevorschriften des Bundes, die kraft Verweisung durch die einschlägigen Tarifverträge auch für die Angestellten der BAVAV gelten, sind Sachleistungen der Krankenkassen nicht beihilfefähig, und zwar auch nicht zugunsten solcher Angestellter, die freiwillig in der gesetzlichen Krankenkasse versichert sind.
2. Nr. 3 Abs. 3 BhV in Verbindung mit den genannten Tarifbestimmungen verletzen nicht den Gleichheitsgrundsatz (Art. 3 Abs. 1 GG).

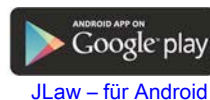
Aktenzeichen: 3 AZR 288/64

Urteil des BAG vom 15. Oktober 1965

LAG Hamm



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



3 AZR 288/64  
3 Sa 44/64 Hamm

Verkündet am  
15. Oktober 1965

gez. Groll,  
Regierungsobersekretär  
als Urkundsbeamter  
der Geschäftsstelle

# Im Namen des Volkes!

## Urteil

In Sachen

hat der Dritte Senat des Bundesarbeitsgerichts aufgrund der mündlichen Verhandlung vom 15. Oktober 1965 durch den Senatspräsidenten Professor Dr. Stumpf, die Bundesrichterin Professorin Dr. Hilger und den Bundesrichter Dr. Gröninger sowie die Bundesarbeitsrichter Handrack und Roßmann für Recht erkannt:

1. Die Revision des Klägers gegen das Urteil des Landesarbeitsgerichts Hamm vom 9. Juni 1964  
- 3 Sa 44/64 - wird zurückgewiesen.
2. Die Kosten der Revision trägt der Kläger.

V o n R e c h t s w e g e n !

- 2 -



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



Tatbestand:

Der Kläger (geboren am 2. Oktober 1921, verheiratet, vier Kinder) ist seit dem 1. Dezember 1943 Verwaltungsangestellter im Dienste der verklagten Bundesanstalt für Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung (BAVAV) und deren Rechtsvorgängerin. Er ist Mitglied der Gewerkschaft Öffentliche Dienste, Transport und Verkehr (ÖTV). Krankenversichert ist er bei der B        Ersatzkasse. Sein Gehalt stieg im Laufe der Jahre von der Vergütungsgruppe VIII TO.A bis zur Gruppe IV b des Vergütungstarifvertrages zum Manteltarifvertrag für die Angestellten der BAVAV [MTA]. Im Jahre 1952 hatte der Kläger bereits einmal für wenige Monate die Versicherungspflichtgrenze überschritten; am 1. August 1954 wurde er endgültig krankenversicherungsfrei. Er blieb jedoch freiwilliges Mitglied der B        Ersatzkasse. Die Beklagte beteiligte sich nicht an den Versicherungsbeiträgen. Diese betrugen zunächst 37,- DM monatlich, stiegen aber inzwischen bis auf 50,- DM monatlich an.

Der B        Ersatzkasse entstanden für den Kläger und seine Familie in der Zeit vom 1. Oktober 1959 bis zum 30. Juni 1960 und vom 1. April 1961 bis zum 31. März 1963 u.a. Arzt- und Arzneimittelkosten in Höhe von 511,10 DM. Der Kläger legte der Beklagten entsprechende Leistungsbescheinigungen vor und beantragte für diese "Aufwendungen" eine Beihilfe von 360,- DM; das sind aufgerundete 70 % der Kassenleistungen. Die Beklagte wies den Antrag zurück und berief sich auf Nr. 3 Abs. 3 der "Allgemeinen Verwaltungsvorschriften über die Gewährung von Beihilfen in Krankheits-, Geburts- und Todesfällen (Beihilfenvorschriften - BhV -)" vom 17. März 1959 (GMBI. S. 162 i.d.F. vom 14. Januar 1964, GMBI. S. 26). Nr. 3 Abs. 3 dieser Vorschriften lautet:

"Sachleistungen (ärztliche Versorgung, Krankenhausbehandlung, Heilmittel usw.) einer Krankenkasse oder Krankenversicherung sowie Krankenschein- und Rezeptgebühren sind nicht beihilfefähig."



Bis zum Inkrafttreten dieser Beihilfevorschriften am 1. April 1959 hatte die Beklagte die Sachleistungen der B Ersatzkasse bei der Bewilligung von Beihilfen berücksichtigt.

Der Kläger hat geltend gemacht, die Beklagte dürfe Nr. 3 Abs. 3 BhV nicht heranziehen. Sie verletze den Gleichheitsgrundsatz (Art. 3 und 33 des Grundgesetzes und Art. 4, 24 der Verfassung für das Land Nordrhein-Westfalen), den Grundsatz der Sozialstaatlichkeit (Art. 20 Abs. 1, Art. 28 Abs. 1 GG) und das arbeitsrechtliche Gleichbehandlungsgebot. Nr. 3 Abs. 3 BhV stelle freiwillig weiterversicherte Arbeitnehmer willkürlich schlechter als diejenigen Angestellten, die privat oder gar nicht krankenversichert seien. Die Leistungen der B Ersatzkasse beruhten genau wie bei einer privaten Versicherung allein auf den freiwilligen Beiträgen des Versicherten. Dann könne aber die Beklagte Sachleistungen der Kasse nicht zur Minderung eigener Verpflichtungen heranziehen. Sie nötige sonst den Kläger ohne ersichtlichen Grund, in eine private Krankenkasse überzuwechseln oder ganz ohne Versicherungsschutz zu bleiben.

Der Kläger hat beantragt,  
die Beklagte zu verurteilen, an ihn  
360,-- DM netto zu zahlen.

Die Beklagte hat Klageabweisung beantragt.

Sie hat vorgetragen, die unterschiedliche Behandlung von Mitgliedern sozialer Krankenkassen einerseits und privat oder gar nicht versicherten Arbeitnehmern andererseits sei sachlich gerechtfertigt. Nr. 3 Abs. 3 BhV berücksichtige lediglich die Besonderheiten, die mit einer Versicherung bei sozialen Krankenkassen verbunden seien. Gerade dadurch werde der Gleichheitsgrundsatz verwirklicht.

Beide Vorinstanzen haben die Klage abgewiesen. Mit der zugelassenen Revision verfolgt der Kläger sein Klagebegehren weiter.



Entscheidungsgründe:

1. Als Anspruchsgrundlage kommt nur Nr. 1 Abs. 1 und 3 der Beihilfevorschriften in Betracht. Danach werden in Krankheits-, Geburts- und Todesfällen Beihilfen nach Maßgabe dieser Vorschriften gewährt. Nr. 1 Abs. 1 BhV erwähnt zwar als Berechtigte nur Beamte, Richter und Pensionäre und deren Hinterbliebene. Die Beihilfevorschriften gelten aber kraft Verweisung entsprechend auch für die Angestellten der Beklagten. Die Verweisung ergibt sich aus den einschlägigen tariflichen Bestimmungen:

Bis zum 30. November 1959 war für die Parteien Nr. 1 der ADO zu § 12 TO.A maßgeblich (abgedruckt bei Ambrosius, Das Tarifrecht der Angestellten im öffentlichen Dienst, 7. Aufl., 1958, S. 444). Danach konnten die Beihilfengrundsätze des Reichs für Beamte (Grundsätze über die Gewährung von Beihilfen bei Krankheits-, Geburts- und Todesfällen für Reichsbeamte) auf Angestellte aller in § 1 Abs. 1 TO.A bezeichneten Verwaltungen und Betriebe Anwendung finden, wenn der Angestellte bei dem in Betracht kommenden Krankheits-, Geburts- oder Sterbefall eine Betreuung auf Grund der Reichsversicherung (Pflichtversicherung) nicht oder nicht mehr erfuhr. Ein Anspruch auf die Beihilfe war nach Nr. 1 Abs. 3 Satz 1 ADO zu § 12 TO.A ausgeschlossen.

Am 1. Dezember 1959 ist der zwischen der Gewerkschaft ÖTV und der Deutschen Angestellten-Gewerkschaft einerseits und der Beklagten (BAVAV) andererseits geschlossene Tarifvertrag Nr. 9/59 vom 16. November 1959 für die Angestellten der BAVAV in Kraft getreten. (Die Änderung dieses Tarifvertrages durch den Tarifvertrag Nr. 7/64 vom 19. August 1964 betrifft die hier interessierenden Bestimmungen nicht.) Der Tarifvertrag Nr. 9/59 enthält u.a. folgende Bestimmungen:

"§ 1 Angestellte ... erhalten in Krankheits-, Geburts- und Todesfällen Beihilfen in sinngemäßer Anwendung der Beihilfevorschriften (BhV) in der jeweils geltenden Fassung, soweit sie für im Dienst befindliche Beamte vorgesehen sind und im folgenden nicht Abweichungen bestimmt sind.



- 5 -

§ 3 (1) Pflichtversicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung sind ausschließlich auf die ihnen zustehenden Sachleistungen angewiesen. Aufwendungen, die dadurch entstanden sind, daß der Pflichtversicherte diese Leistungen nicht in Anspruch nimmt oder sich anstelle einer möglichen Sachleistung eine Barleistung gewähren läßt, sind nicht beihilfefähig. Lediglich in den Fällen, in denen die Krankenversicherungsträger nur einen Zuschuß leisten, sind die geltend gemachten Aufwendungen im Rahmen der BhV beihilfefähig. Die beihilfefähigen Aufwendungen werden um den Zuschuß gekürzt."

Am 1. April 1961 wurde dann der Manteltarifvertrag für die Angestellten der BAVAV vom 21. April 1961 (MTA) in Kraft gesetzt, dessen § 40 lautet:

"Für die Gewährung von Beihilfen in Krankheits-, Geburts- und Todesfällen sowie von Unterstützungen werden die bei der BAVAV jeweils geltenden Bestimmungen angewendet."

Der Tarifvertrag Nr. 9/59 gilt neben dem Manteltarifvertrag weiter (vgl. § 70 MTA - ebenso die Anm. zu § 40 MTA in der vom Präsidenten der Bundesanstalt für Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung herausgegebenen Sammlung "Tarifverträge für die Arbeitnehmer der BAVAV").

Die Beihilfevorschriften sind also für den Klageanspruch maßgeblich. Darüber besteht kein Streit. Unstreitig ist auch, daß die Beihilfeanträge des Klägers allen formalen Anforderungen genügen. Sie sind frist- und formgerecht gestellt worden (Nr. 13 Abs. 2 und 3 BhV), und die geltend gemachten Aufwendungen erreichen die erforderlichen Mindestsummen (Nr. 13 Abs. 4 BhV). Fraglich ist, ob es sich um "Aufwendungen" handelt, die dem Beihilfeberechtigten durch Krankheit erwachsen sind (Nr. 2 Abs. 1, Nr. 3 BhV). Möglicherweise verstehen die Beihilfevorschriften unter "Aufwendungen" nur Vermögensopfer des Berechtigten selbst, nicht jedoch solche Kosten, die von der Krankenkasse getragen werden, also keine Vermögensopfer des Beihilfeberechtigten selbst darstellen. Diese Frage kann jedoch dahingestellt bleiben. Denn selbst wenn dem Kläger "Auf-

- 6 -



wendungen" im Sinne von Nr. 2 Abs. 1, Nr. 3 BhV durch Krankheitsfälle erwachsen sind, beruft sich die Beklagte zu Recht auf Nr. 3 Abs. 3 BhV.

Nach dieser Vorschrift sind "Sachleistungen (ärztliche Versorgung, Krankenhausbehandlung, Heilmittel usw.) einer Krankenkasse ... nicht beihilfefähig". Der Begriff der Sachleistungen, der aus dem Sozialversicherungsrecht stammt, ist in den Beihilfevorschriften nicht definiert. Es besteht aber Einmütigkeit darüber, daß "Sachleistungen" den Gegensatz zu Geldleistungen und Zuschüssen bilden. Sachleistungen liegen danach vor, wenn die Krankenkasse ärztliche Versorgung, Krankenhausbehandlung usw. als solche gewährt und nicht lediglich nachträglich dem Versicherten die ihm entstandenen Kosten ganz oder teilweise erstattet (Können-Schröder, Beihilfevorschriften, 10. Aufl., 1960, S. 32 f.; Schröder-Beckmann-Weber, Beihilfevorschriften, 4. Aufl., 1961, S. 70; ebenso BVerwG, Urteile v. 30. November 1964 - BVerwG VIII C 46.64 und VIII C 268.63 -, DÖD 1965, 113 f. und S. 116 ff.). Die Leistungen der Barmer Ersatzkasse, für die der Kläger im anhängigen Verfahren Beihilfen fordert, waren unstreitig Sachleistungen in diesem Sinne.

Der Kläger meint, Nr. 3 Abs. 3 BhV betreffe nur versicherungspflichtige Mitglieder, nicht aber freiwillig Weiterversicherte. Das Landesarbeitsgericht hat diese Ansicht mit Recht abgelehnt. Nr. 3 Abs. 3 BhV enthält - im Gegensatz zu Abs. 4 - keine Ausnahme für freiwillige Kassenmitglieder. Nr. 3 Abs. 4 Satz 1 BhV besagt:

"In Fällen, in denen einer Person auf Grund gesetzlicher oder anderer Vorschriften Heilfürsorge, Krankenhilfe oder Kostenerstattung zusteht, sind Aufwendungen im Rahmen dieser Vorschriften nur insoweit beihilfefähig, als sie über die zustehenden Leistungen hinausgehen."

Diese Regelung wird in Abs. 4 Satz 2 BhV für die Fälle freiwilliger Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung oder einer Ersatzkasse ausdrücklich ausgeschlossen. Wenn nun Nr. 3 Abs. 3 BhV keine entsprechende Ausnahme vorsieht, so folgt daraus, daß die Beihilfe bei allen Sachleistungen versagt wird, einerlei ob es sich

um Pflichtversicherte oder um freiwillig Versicherte handelt (ebenso Köhnen-Schröder, aaO, S. XXI und 31 f.; Schröder-Beckmann-Weber, aaO, S. 69 f.).

Auch den Verweisungsvorschriften läßt sich nicht entnehmen, daß sie lediglich pflichtversicherte Arbeitnehmer meinten. Im Gegenteil: Nr. 1 Abs. 1 der ADO zu § 12 TO.A handelt nur von freiwillig Versicherten. § 3 Abs. 1 TV Nr. 9/59 enthält eine Sondervorschrift, die ausdrücklich nur für Pflichtversicherte gilt. Nur sie sollen auf die ihnen zustehenden Sachleistungen angewiesen sein. Das bedeutet, daß die anderen, nämlich die freiwillig Versicherten, nicht auf die Sachleistungen angewiesen sind, also ein Wahlrecht haben. Im übrigen enthält aber der Tarifvertrag für die freiwillig Versicherten keine Sonderregelung; es bleibt also für sie bei der Regelung der Beihilfevorschriften.

Nr. 3 Abs. 3 BhV gilt mithin auch für den Kläger als freiwillig Versicherten, und nach dieser Vorschrift sind die geltend gemachten "Aufwendungen" - selbst wenn bei Sachleistungen der Kasse von Aufwendungen des Klägers gesprochen werden kann - nicht beihilfefähig.

2. Nr. 3 Abs. 3 BhV in Verbindung mit den genannten Tarifbestimmungen verletzen auch nicht den Gleichheitsgrundsatz (Art. 3 Abs. 1 GG).

a) Die Regelung in Nr. 3 Abs. 3 BhV muß allerdings den Anforderungen des Gleichheitssatzes genügen, schon deshalb, weil die Vorschrift für die Parteien kraft Verweisung durch Tarifvertrag gilt. Damit sind die Beihilfevorschriften Inhalt eines Tarifvertrages geworden. Tarifverträge sind aber, ebenso wie Gesetze, an den verfassungsrechtlichen Gleichheitssatz gebunden.

Es trifft auch zu, daß die Beihilfevorschriften in Verbindung mit den tariflichen Bestimmungen die verschiedenen Gruppen von Bediensteten unterschiedlich behandeln. Die Pflichtversicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung sind hinsichtlich der Krankenpflege ausschließlich auf die ihnen zustehenden Sachleistungen angewiesen.

Die Mitglieder privater Krankenversicherungen erhalten keine Sachleistungen. Ihre Aufwendungen sind - ebenso wie bei Nichtversicherten - beihilfefähig, und zwar ohne Rücksicht auf die Leistungen ihrer Krankenkasse.

Freiwillig bei einer gesetzlichen Krankenkasse oder einer Ersatzkasse Versicherte haben nach den Beihilfevorschriften ein Wahlrecht: Sie können die Sachleistungen der Kasse in Anspruch nehmen; dann erhalten sie - ebenso wie die Pflichtversicherten - insoweit keine Beihilfe. Sie können auch auf die Leistungen der Kasse verzichten; dann sind ihre Aufwendungen - ebenso wie die Aufwendungen Privatversicherter oder Nichtversicherter - beihilfefähig.

Der Kläger sieht einen Verstoß gegen den Gleichheitsgrundsatz darin, daß die freiwillig Versicherten im Fall von Sachleistungen von der Beihilfe ausgeschlossen sind und nicht - wie die Privatversicherten - die Beihilfe zusätzlich zu den Kassenleistungen in Anspruch nehmen können, obgleich sie - anders als die Pflichtversicherten - ihre Krankenkassenbeiträge in voller Höhe selbst leisten.

Dieses Problem konnte nach den alten Beihilfengrundsätzen nicht entstehen (Beihilfengrundsätze vom 11. Dezember 1928 [RBB S. 197] in der Fassung der Erlasse des Reichsministers der Finanzen vom 25. Juni 1942 [RBB S. 157], vom 21. Januar 1943 [RBB S. 7] und vom 15. Mai 1943 [RBB S. 121]). Danach durften Versicherungsleistungen und Beihilfe zusammen den Betrag der tatsächlich angemessenen Aufwendungen nicht übersteigen. Dafür galten - in gewissen Grenzen - auch die Versicherungsbeiträge als beihilfefähige Aufwendungen. Hingegen sind nach der jetzt in Nordrhein-Westfalen erlassenen Beihilfenverordnung, ebenso wie nach den Beihilfevorschriften des Bundes, Sachleistungen nicht beihilfefähig (§ 3 Abs. 3 S. 2 und 4 BVO NRW vom 9. April 1965, GVBl. S. 103), und auch die Versicherungsbeiträge zählen nicht zu den beihilfefähigen Aufwendungen.

b) Der Senat vermochte aber der Auffassung des Klägers nicht zu folgen, daß die geschilderte Gruppenbildung in den Beihilfevorschriften von 1959 gegen den Gleichheitsgrund-



satz verstoße. Er hat sich damit dem Bundesverwaltungsgericht angeschlossen, das diese Regelung in mehreren Urteilen vom 30. November 1964 als rechtswirksam anerkannt hat (BVerwG VIII C 46.64 und C 268.63, DÜD 1965, 113, 116; BVerwG VIII C 89.63; C VIII 257.63; C VIII 258.63).

Ob eine zwischen verschiedenen Personengruppen differenzierende Regelung vor der Gleichheitsforderung des Grundgesetzes bestehen kann, hängt nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts davon ab, ob sich für die Differenzierung einleuchtende Gründe auffinden lassen oder ob der Gesetzgeber wesentlich gleiche Sachverhalte willkürlich ungleich behandelt hat (BVerfGE 1, 14 [52] und 264 [Leitsatz 3 und 275 f.], seitdem ständige Rechtsprechung, zuletzt, soweit ersichtlich: BVerfGE 18, 38 [46] = AP Nr. 90 zu Art. 3 GG und 18, 288 [298] = AP Nr. 92 zu Art. 3 GG). Dabei gebietet die Rücksicht auf die Freiheit des Gesetzgebers besondere Zurückhaltung; eine gesetzliche Regelung kann nach ständiger Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts nur als willkürlich verworfen werden, wenn ihre Unsachlichkeit evident ist (BVerfGE 12, 326 [333] = AP Nr. 1 zu Art. 96 GG).

Das gleiche gilt nach der Rechtsprechung des Bundesarbeitsgerichts für Tarifverträge (BAG 3, 31 [35] und 3, 180 [183] = AP Nr. 10 und 13 zu Art. 3 GG; BAG vom 24. Juni 1965 - 5 AZR 219/64 [ demnächst ] AP Nr. 1 Saarland, Diätengesetz, auch zur Veröffentlichung in der Amtlichen Sammlung des Gerichts bestimmt). Ebenso wie dem Gesetzgeber muß auch den Tarifvertragsparteien ein Ermessungsspielraum bleiben. Anders ließe sich die Aufgabe, eine tarifliche Ordnung zu schaffen, nicht erfüllen. Deshalb ist auch eine tarifliche Regelung nur dann wegen Verstoßes gegen den Gleichheitssatz unwirksam, wenn ihre Unsachlichkeit offensichtlich ist. Das ist bei der Differenzierung nach Nr. 3 Abs. 3 BhV nicht der Fall.

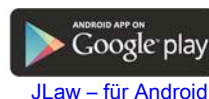


c) Die vom Kläger gerügte Unterschiedlichkeit ergibt sich bei den drei Gruppen in erster Linie aus der Verschiedenheit des Versicherungsschutzes. Während die gesetzlichen Krankenkassen - den Pflichtversicherten ebenso wie den freiwillig Versicherten - Krankenpflege grundsätzlich als Sachleistung gewähren (Peters, Handbuch der Krankenversicherung, 16. Aufl., Teil II, § 182 RVO Anm. 3a), erstattet die private Krankenversicherung regelmäßig einen Kostenanteil. An diesen versicherungsrechtlichen Unterschied knüpfen die Beihilfevorschriften an, indem sie Beihilfe nur da gewähren, wo der Bedienstete "Aufwendungen" machen muß, sie hingegen da ausschließen, wo der Bedienstete selbst überhaupt nicht in Anspruch genommen wird, weil er durch Sachleistungen versorgt wird.

Die Beihilfenregelung beruht auf der Überlegung, daß einerseits von dem Bediensteten erwartet werden muß, dieser werde sich durch eigene Vorsorge im Rahmen des ihm Zumutbaren einen angemessenen Versicherungsschutz besorgen, daß andererseits aber der Dienstherr bereit ist, in Krankheitsfällen durch eine Unterstützung zu helfen (vgl. Köhnen-Schröder, aaO, Einleitung S. XVII). Dieser einheitliche Grundgedanke ist durch die Tarifverträge in Verbindung mit den Beihilfevorschriften - soweit es hier interessiert - bei den verschiedenen Gruppen von Bediensteten entsprechend der ungleichen versicherungsrechtlichen Lage in unterschiedlicher Weise verwirklicht:

Bei den freiwillig in der sozialen Krankenversicherung Weiterversicherten gehen die Beihilfevorschriften davon aus, daß der Versicherungsschutz im Rahmen der zumutbaren Selbstvorsorge liegt. Deshalb wird keine Beihilfe gezahlt, soweit der Bedienstete, weil er Sachleistungen erhält, keine Aufwendungen hat und deshalb nicht belastet ist.

Bei denjenigen, die nicht der sozialen Krankenversicherung angehören, verbietet sich dieses Verfahren, weil Beitragslast und Versicherungsschutz zu unterschiedlich sind. Hier hat man die Beihilfensätze so bemessen, daß die Beihilfe zusammen mit den Leistungen aus einer unterstellten Krankenversicherung in zumutbarer Höhe annähernd zu einer vollen Kostendeckung führt (vgl. Köhnen-Schröder, aaO, S. XVIII).



Auch die Privatversicherten sollen also bei Selbstvorsorge in zumutbarem Umfang im allgemeinen insgesamt nicht mehr erhalten, als sie aufwenden mußten.

Bei den Nichtversicherten ist die Konsequenz dieses den Beihilfevorschriften zugrunde liegenden Gedankens, daß sie die krankheitsbedingten Unkosten insoweit selbst tragen müssen, wie sie Versicherungsschutz genießen würden, falls sie sich in dem von den Beihilfevorschriften unterstellten zumutbaren Umfang versichert hätten.

Beruhet somit die tarifliche Regelung in Verbindung mit den Beihilfevorschriften bei allen drei Gruppen auf demselben Grundprinzip, so enthält sie keine verfassungswidrige Ungleichbehandlung.

d) Der Kläger kann hiergegen nicht einwenden, trotz einheitlichem Grundprinzip liege dennoch eine willkürliche Differenzierung vor: Den Privatversicherten kämen die Vorteile eines besonders günstigen Versicherungsschutzes selbst zugute, da die Versicherungsleistungen nicht angerechnet werden. Den freiwillig in der sozialen Krankenversicherung Versicherten sei hingegen diese Chance vorenthalten. Hier kämen die Leistungen der Kasse mittelbar dem öffentlichen Dienstherrn zugute, der die Beihilfe einspare. Diese Ungleichheit ist in der Tat vorhanden; sie entbehrt aber nicht der sachlichen Rechtfertigung.

Bei der Frage, ob die Beihilfenregelung der Gleichheitsforderung genügt, müssen untypische Ausnahmetatbestände außer Betracht bleiben. Eine solche Regelung läßt sich ohne Typisierung nicht schaffen. Deshalb muß es im Bereich der verteilenden Gerechtigkeit in Kauf genommen werden, daß sich in Ausnahmetatbeständen eine Ungleichheit ergibt, wenn diese Ausnahmetatbestände nur ungewollte Nebenfolge einer notwendigerweise typisierenden, im ganzen vernünftigen Regelung sind (vgl. für den Fall des Art. 3 Abs. 2 GG BVerfGE 17, 1 [23 f.] = AP Nr. 79 zu Art. 3 GG; BVerfGE 11, 50 [60] und 6, 55 [77]; BAG 14, 21 [28] = AP Nr. 72 zu Art. 3 GG). Man kann also nur vom Regelfall ausgehen. Für den Regelfall erweist sich aber die Differenzierung der Beihilfevorschriften aus folgenden



Gründen als sachgerecht:

Der Privatversicherte kann einen besonders hohen Versicherungsschutz nur durch entsprechende Prämien erkaufen. Kämen dem Privatversicherten die höheren Versicherungsleistungen in einem solchen Fall nicht zugute, so wären die Hochversicherten im Vergleich zu den gerade eben ausreichend Versicherten benachteiligt (Köhnen-Schröder, aaO, S. XIX; BVerwG, DÖD 1965, 115 [r.Sp.]).

Bei den Mitgliedern der sozialen Krankenversicherung liegt es anders.

Das Bundesverwaltungsgericht hat in den bereits erwähnten Urteilen vom 30. November 1964 im einzelnen ausgeführt, daß diejenigen, die bei den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, die Versicherungsleistungen gegen Entrichtung eines Beitrages erhalten, dessen Höhe nach der Lebenserfahrung nicht ausreichen würde, um bei einem privaten Versicherungsunternehmen auch nur eine annähernd volle Erstattung der Aufwendungen für diejenigen Leistungen zu erlangen, die die soziale Krankenkasse als Sachleistungen gewährt. Zwar sind die sozialen Krankenkassen ebenso wie die privaten Versicherungsunternehmen auf die Versicherungsbeiträge angewiesen. Die sozialen Krankenkassen sind aber deshalb in der Lage, so weitgehende Sachleistungen zu gewähren, weil ihnen erheblich geringere Krankheitskosten entstehen als einem Patienten, der sich privat ärztliche Versorgung, Krankenhausbehandlung, Heilmittel und dergleichen beschaffen muß. Aufgrund besonderer Vereinbarungen regeln die Ersatzkassen wie die gesetzlichen Krankenkassen ihr Verhältnis zu Ärzten, Krankenhäusern, Apotheken usw. Sie handeln auf diese Weise Preisnachlässe aus. (Zu den Einzelheiten vgl. Stolt, Die Ersatzkassen der Krankenversicherung, 6. Aufl., 1964, S. 125 ff.) Infolgedessen haben die Krankenkassen für die einem Kassenpatienten erbrachten Sachleistungen erheblich weniger zu zahlen, als der Privatpatient für die gleichen Leistungen aufwenden muß. Sie brauchen folglich von ihren Mitgliedern nur geringere Beiträge zu fordern, als wenn sie die gewährten Sachleistungen voll bezahlen müßten.

Es kann dahingestellt bleiben, in welcher Abstufung die Krankenkassen, die ihre Beiträge nach sozialen Gesichtspunkten staffeln, diese Vorteile ihren Mitgliedern weitergeben. Der Kläger hat jedenfalls erhebliche Vorteile durch seine Mitgliedschaft in der Barmer Ersatzkasse, denn er hat eine große Familie. Mit Recht weist das Landesarbeitsgericht darauf hin, daß eine sechsköpfige Familie mit einem Monatsbeitrag zwischen 37,- und 50,- DM bei einer Privatversicherung nicht voll versichert werden könnte. Diese bevorzugte Krankenversicherung verdanken die in der sozialen Krankenversicherung Versicherten der Daseinsvorsorge des Staates. Sie wäre nicht möglich, wenn der Staat nicht öffentlich-rechtliche Institutionen mit Zwangsgewalt zur Verfügung stellte (Bogs, Grundfragen des Rechts der sozialen Sicherheit und seiner Reform, 1955, 53 ff. zu B 1), durch Einführung der Versicherungspflicht für ausreichend große Mitgliederzahlen sorgte und die Kassen fast völlig vom Druck einer Konkurrenz befreite. Die so entstandene Machtstellung der Krankenkassen ist die Voraussetzung für deren Leistungsfähigkeit. Wenn nun die Tarifverträge den öffentlichen Dienstherrn nicht verpflichten, dort Fürsorgeleistungen zu erbringen, wo der Staat bereits durch seine Daseinsvorsorge geholfen hat, so ist das sachlich gerechtfertigt.

e) Möglicherweise hat der Kläger auch die Vorstellung, die den Beihilfevorschriften zugrunde liegende Ermessensentscheidung sei unter einem anderen Aspekt mit dem Gleichheitsgrundsatz nicht vereinbar. Die Beihilfevorschriften unterstellen - wie dargelegt -, daß diejenigen, die keinen Versicherungsschutz durch die gesetzlichen Krankenkassen genießen, selbst für den Krankheitsfall vorsorgen, indem sie sich in zumutbarem Umfang versichern. Es wäre denkbar, daß der in den Beihilfevorschriften als zumutbar zugrunde gelegte Privatversicherungsschutz so niedrig bemessen wäre, daß die Beitragsbelastung des freiwillig in der sozialen Krankenversicherung Versicherten im Regelfall höher wäre als die entsprechende dem Privat-

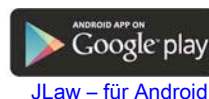


versicherten zugemutete Beitragsbelastung. Für eine so begründete offensichtliche Ungleichheit bietet der Sachverhalt indessen keine ausreichenden Anhaltspunkte.

Außerdem läßt sich die Beitragslast im einen und im anderen Fall wegen der unterschiedlichen Struktur der beiden Versicherungsarten nicht in solcher Weise rechnerisch vergleichen. Die soziale Krankenversicherung ist wesentlich bestimmt durch das Prinzip des sozialen Ausgleichs. Im Gegensatz zur Privatversicherung ist in der sozialen Krankenversicherung der Umfang der Leistungen nur in beschränktem Maße von der Höhe der Beiträge abhängig. Gerade die der Heilung oder Linderung der Krankheit dienenden Leistungen, insbesondere ärztliche Versorgung und Arzneien, werden ohne Rücksicht auf die Höhe der Beiträge gewährt. Für die umfangreichen Leistungen an Familienangehörige werden Beiträge überhaupt nicht erhoben. Insofern fehlt die für die private Versicherung charakteristische Beziehung zwischen Beitrag und Leistung. Die Beiträge sind auch nicht, wie es dem die private Krankenversicherung beherrschenden Versicherungsgedanken entsprechen würde, nach dem Risiko abgestuft (Alter, Geschlecht, Gesundheitszustand), sondern die Beiträge richten sich entsprechend dem sozialpolitischen Zweck allein nach der Höhe des Arbeitsentgelts.

f) Aus allen diesen Gründen erscheint die Regelung des Tarifvertrages in Verbindung mit den Beihilfevorschriften nicht als willkürlich oder sachfremd. Ob die getroffene Regelung zweckmäßig ist oder ob sich eine bessere Lösung denken ließe, steht nicht zur Entscheidung. Die Unterscheidung nach der Art des jeweiligen Versicherungsschutzes erscheint um so weniger willkürlich, als die Wahl des Versicherungsschutzes, soweit nicht Pflichtversicherung besteht, der freien Entscheidung des einzelnen überlassen ist. Die Tarifvertragsparteien haben hierauf keinen Einfluß genommen.

3. Die übrigen Verfassungsbestimmungen, auf die sich der Kläger berufen hat, behandeln nur den Gleichheitssatz in anderem Zusammenhang. Aus Art. 33 GG kommen hier allen-



falls die Absätze 1 und 3 in Betracht. Sie enthalten nach völlig einhelliger Ansicht eine Konkretisierung des Gleichheitssatzes für die dort genannten speziellen Sachgebiete (vgl. z.B. v. Mangoldt-Klein, Das Bonner Grundgesetz, 2. Aufl., Bd. II, 1964, Art. 33 Anm. II 1a mit vielen Nachweisen). Wenn der Kläger Art. 24 der Verfassung von Nordrhein-Westfalen heranzieht, so kann er damit nur dessen Absatz 2 Satz 2 meinen. Hier wird der Gleichheitssatz für das Arbeitsleben postuliert. Art. 4 Verf. NRW enthält eine Verweisung auf den Grundrechtskatalog des Grundgesetzes.

Der arbeitsrechtliche Gleichbehandlungsgrundsatz endlich schließt, wie der verfassungsrechtliche Gleichheitssatz, nur willkürliche Ungleichbehandlung aus. Diese Bestimmungen können deshalb sämtlich nicht verfangen, wenn die Beklagte nach Maßgabe der Beihilfevorschriften verfahren ist und diese dem Gleichbehandlungsgebot genügen.

Das Sozialstaatsprinzip hat der Kläger in der Revisionsinstanz mit Recht nicht mehr erwähnt. Es entspricht dem Sozialstaatsprinzip, soziale Leistungen dahin zu lenken, wo ein Bedarf festgestellt wird (vgl. BVerfGE 17, 1 [11] = AP Nr. 79 zu Art. 3 GG). Das Bemühen des Staates als Dienstherrn, durch die Beihilfevorschriften in Krankheits-, Geburts- und Todesfällen die typischen Bedarfstatbestände zu erfassen und abzugrenzen, wird deshalb diesem Prinzip gerecht. Dann können aber Tarifverträge, die auf diese Beihilfevorschriften verweisen, nicht gegen das Sozialstaatsprinzip verstoßen.

4. Nr. 3 Abs. 3 BhV in Verbindung mit den einschlägigen Tarifbestimmungen sind also mit der Verfassung vereinbar. Da die Beklagte nach diesen Vorschriften korrekt verfahren ist, hat das Landesarbeitsgericht die Klage mit Recht abgewiesen. Die Revision mußte somit auf Kosten des Klägers zurückgewiesen werden.

gez. Dr. Stumpf

Hilger

Dr. Gröninger

Handrack

W. Rossmann

