VG München, Urteil v. 12.02.2021 – M 17 K 18.5364

Titel:

Verfassungsgemäßheit des § 28 Abs. 2 BayBHV

Normenketten:

GG Art. 3 Abs. 1, Art. 33 Abs. 5
BayBG Art. 49 Abs. 2, Art. 96
BayBhV § 7 Abs. 1, § 28 Abs. 2
KHEntgG § 9, § 10 Abs. 9
KHG § 17b
SGB V § 107 Abs. 1, § 108

Leitsätze:

1. Die zu den hergebrachten Grundsätzen gehörende Fürsorgepflicht des Dienstherrn gebietet nicht eine lückenlose Erstattung jeglicher Aufwendungen. Dabei ist das zugehörige Alimentationsprinzip erst dann verletzt, wenn die Krankenversicherungsprämien, die zur Abwendung von krankheitsbedingten und nicht von der Beihilfe ausgeglichenen Belastungen erforderlich sind, einen solchen Umfang erreichen würden, dass der angemessene Lebensunterhalt nicht mehr gewährleistet wäre, wobei die Lösung insoweit allerdings nicht im Beihilfe-, sondern im Besoldungs- und Versorgungsrecht zu sehen wäre. Inhaltlich darf zwar aus Fürsorgegesichtspunkten der Maßstab des medizinisch Gebotenen nicht unterschritten werden - eine lückenlose Erstattung aller Kosten ist aber nicht geboten. Insbesondere ist der Dienstherr nicht verpflichtet, die Beihilfevorschriften so auszugestalten, dass die Wahl des Krankenhauses durch den Beamten für diesen immer wirtschaftlich neutral ausfällt. Dem wird § 28 BayBhV gerecht, weil er den Beihilfeberechtigten jedenfalls insoweit eine angemessene Kostenerstattung sichert, als diese sich in Krankenhäusern iSv § 108 SGB V behandeln lassen können. (Rn. 31 – 33) (redaktioneller Leitsatz)
2. Der Gleichheitssatz (Art. 3 Abs. 1 GG) steht der in § 28 Abs. 2 S. 1 Nr. 1 BayBhV vorgesehenen Deckelung nicht entgegen. Bei der Prüfung des Gleichheitssatzes im Beihilferecht spielt auch der Kernbereich der Fürsorgepflicht eine Rolle, wobei aber sachliche Gründe ausreichen können, um einen Ausschluss von Leistungen zu rechtfertigen. Ein solcher sachlicher Grund ist hier gegeben. Der der Regelung des § 28 Abs. 2 S. 1 Nr. 1 BayBhV zugrundeliegende Aspekt der Verwaltungsvereinfachung ist angesichts der Komplexität des DRG-Fallpauschalensystems und des Pflegesatzsystems nach Bundespflegesatzverordnung legitim. (Rn. 35 – 36) (redaktioneller Leitsatz)

Schlagworte:

Beihilfe, Stationärer Aufenthalt in Privatklinik, DRG-Abrechnung, Verfassungsmäßigkeit des § 28 Abs. 2 BayBhV, stationärer Aufenthalt, Privatklinik, Verfassungsgemäßheit, Höchstgrenze, Vergleichsberechnung, Fürsorgepflicht, Gleichbehandlungsgrundsatz, Erstattung, jegliche Aufwendung, Alimentationsprinzip, angemessener Lebensunterhalt, medizinisch Gebotenes, angemessene Kostenerstattung

Rechtsmittelinstanz:

VGH München, Beschluss vom 25.02.2022 – 24 ZB 21.889

Tenor

I. Die Klage wird abgewiesen.

II. Der Kläger hat die Kosten des Verfahrens zu tragen.

III. Die Kostenentscheidung ist vorläufig vollstreckbar.

Der Kläger darf die Vollstreckung durch Sicherheitsleistung oder Hinterlegung in Höhe des vollstreckbaren Betrages abwenden, wenn nicht der Beklagte vorher Sicherheit in gleicher Höhe leistet.

Tatbestand

1

Der mit einem Bemessungssatz von 70% beihilfeberechtigte Kläger begehrt die Gewährung von Beihilfe für Aufwendungen anlässlich einer stationären Krankenhausbehandlung in der … Privatklinik M …

2
Mit Beihilfeantrag vom 1. Februar 2018 machte der Kläger unter anderem Aufwendungen in Höhe von 10.036,30 € für eine Behandlung in der … Privatklinik M … (Rechnung vom 24. Januar 2018) geltend. Die Behandlung mit stationärem Aufenthalt fand vom 8. Januar 2018 bis 16. Januar 2018 statt.

3
Hiervon erkannte der Beklagte durch Bescheid vom 7. Februar 2018 Aufwendungen in Höhe von 5.394,94 € als beihilfefähig an und gewährte eine Beihilfe in Höhe von 3.776,46 €. Zur Begründung wurde unter Hinweis-Nr. f0 erläutert, dass bei Leistungen von Krankenhäusern, die nicht nach § 108 SGB V zugelassen sind, die Aufwendungen für die allgemeinen Krankenhausleistungen höchstens bis zum Produkt der oberen Korridorgrenze des Basisfallwerts gemäß § 10 Abs. 9 KHEntgG (= 3.553,98 €) mit der Bewertungsrelation, die im DRG-Fallpauschalen-Katalog gemäß Teil a) unter Ansatz der jeweiligen mittleren Verweildauer für die jeweilige Behandlung festgelegt wurde, beihilfefähig seien. Gemäß § 28 Abs. 2 Satz 2 sei bei anderen Krankenhäusern, die vergleichbar einer Belegklinik geführt werden, die Bewertungsrelation gemäß Teil b) des DRG-Fallpauschalen-Katalogs anzusetzen (DRG I44D = 1,518).

4
Gegen diesen Bescheid erhob der Kläger am … Februar 2018 Widerspruch. Mit Schreiben vom … September 2018 führte er aus, dass seine private Krankenversicherung den Anteil von 30% des Rechnungsbetrags ohne Vorbehalte erstattet habe. Der Eigenanteil in Höhe von 3.250,30 € stelle für ihn eine unzumutbare Härte dar.

5
Mit Widerspruchsbescheid vom 1. Oktober 2018 wies der Beklagte den Widerspruch des Klägers zurück.

6
Der Klägerbevollmächtigte erhob mit Schriftsatz vom … Oktober 2018, beim Bayerischen Verwaltungsgericht München eingegangen am selben Tag, Klage. Er beantragte sinngemäß,

7
den Beklagten unter teilweiser Abänderung des Bescheids vom 7. Februar 2018 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 1. Oktober 2018 zu verurteilen, dem Kläger für die Rechnung der … Privatklinik M … vom 24. Januar 2018 weitere Beihilfeleistungen in Höhe von 3.249,15 € zu gewähren.

8
Zur Begründung wurde ausgeführt, dass der Beihilfebescheid in Gestalt des Widerspruchsbescheids rechtswidrig sei, da die Ermächtigungsnorm des § 28 Abs. 2 Satz 2 BayBhV rechtswidrig sei. Der Kläger bliebe in Folge der Leistungsbegrenzung mit erheblichen finanziellen Kosten in Höhe von 3.249,15 € belastet. Zu berücksichtigen sei zudem, dass die Klinik dem Kläger freiwillig einen Rabatt von 1.000,00 € gewährt habe, sodass die eigentliche Belastung des Klägers 4.249,15 € betrage. Diese finanzielle Belastung könne durch die Regelalimentation und zumutbare Eigenversorgung nicht bewältigt werden. Dies verletze den Wesenskern der Fürsorgepflicht. Zudem würde bezüglich der Angemessenheit der Aufwendungen verkannt, dass der Beklagte Beihilfeberechtigte hinsichtlich der getätigten Aufwendungen an mehreren Stellen wie Privatversicherte behandle. Die Orientierung bei nichtärztlichen Klinikleistungen an der Behandlung eines gesetzlich Krankenversicherten in einer Belegabteilung eines öffentlichen Krankenhauses sei systemwidrig. Der Beihilfeberechtigte habe im Hinblick auf seine Aufwendungen aus Anlass der Krankheit grundsätzlich den Anspruch, gleich einem Privatversicherten behandelt zu werden. Zudem schließe der Beklagte durch die Beschränkung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen die Behandlung in einem privaten Krankenhaus de facto aus, da kein Patient die Behandlungskosten der Klinik selbst tragen wollen würde. Durch die Änderung des § 28 Abs. 2 BayBhV mit Wirkung zum 1. September 2017 werde der Beihilfeberechtigte im Gegensatz zu der bis zum 31. August 2017 geltenden Fassung schlechter gestellt. Als Rechtsgrundlage für die Erstattung komme auch § 7 Abs. 3 Satz 4 i.V.m. Satz 2 BayBhV analog in Betracht. Die … Privatklinik M … verschicke jedes Jahr ein Rundschreiben an den Verband der privaten Krankenversicherungen, in dem sie die Berechnungsgrundlagen darlege. Die meisten privaten Krankenversicherungen würden die Klinikrechnungen auf der Grundlage der ihnen mitgeteilten Berechnungsbasis rügelos bezahlen. Diese Vorgehensweise entspreche weitgehend der in § 7 Abs. 3 Satz

4 BayBhV enthaltenen Regelung; die rügelose Bezahlung der Rechnungen auf der im Voraus bekanntgegebenen Berechnungsgrundlage entspreche faktisch einer Vereinbarung bzw. einem Vertrag zwischen den privaten Krankenversicherungen und den Leistungserbringern. Als angemessen könne in Anlehnung an die Praxis der …-Krankenversicherung der Betrag herangezogen werden, der bis 150% der Aufwendungen in einem öffentlich geförderten Krankenhaus entspreche.

9
Der Beklagte beantragte mit Schreiben vom 30. November 2018,

10
die Klage abzuweisen.

11
Die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen des Klägers für Krankenhausleistungen der … Privatklinik M … sei auf der Grundlage des § 28 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1, Satz 2 BayBhV ermittelt worden. Die Vergleichsberechnung sei vom Kläger nicht in Frage gestellt worden. Der Kläger sei mit Schreiben der Beihilfestelle vom 6. Dezember 2017 darüber informiert worden, dass die … Privatklinik M … nicht nach § 108 SGB V zugelassen sei, mit der Folge, dass Aufwendungen für die vom Kläger beabsichtigte stationäre Behandlung in der … Privatklinik M … nach § 28 Abs. 2 BayBhV nur eingeschränkt beihilfefähig seien. Die Fürsorgepflicht verlange keine lückenlose Erstattung jeglicher Aufwendungen Krankheitsfällen, solange eine medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung im Krankheitsfall gewährleistet sei und der Maßstab des medizinisch Gebotenen nicht unterschritten werde. Dafür, dass eine medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung im Fall des Klägers in einem Krankenhaus der Maximalversorgung nicht gewährleistet sei und dadurch der Maßstab des medizinisch gebotenen unterschritten worden wäre, sei klägerseits nichts vorgetragen worden.

12
Der Bevollmächtigte des Klägers trug mit Schriftsatz vom … Dezember 2018 ergänzend vor, dass die Operation des Klägers nicht in der Belegabteilung eines öffentlichen Krankenhauses durchgeführt werden habe können, da der behandelnde Arzt des Klägers, Herr Prof. Dr. G …, nicht über eine kassenärztliche Anerkennung verfüge. Des Weiteren wurde darauf hingewiesen, dass der D … Krankenversicherungsverein a. G. (D …) mit der … Privatklinik M … einen Kooperationsvertrag geschlossen habe, wonach sich die Vergütung nach dem …-Fallpauschalenkatalog richte. Die Notwendigkeit und Angemessenheit der Leistungen sei gemäß § 7 Abs. 3 Satz 4 i.V.m. Satz 2 BayBhV anhand dieses Kooperationsvertrags zu beurteilen. Auf den von der Klagepartei vorgelegten Kooperationsvertrag wird verwiesen.

13
Der Vertreter des Beklagten wies mit Schreiben vom 24. Juni 2019 bezüglich der genannten Kooperationsvereinbarung darauf hin, dass die Beihilfefähigkeit von Leistungen auf der Grundlage dieser Vereinbarung nach dem Schreiben des Bayerischen Staatsministeriums für Finanzen (Finanzministerium) vom 14. Oktober 2009 ausscheide, da eine im Sinne des (damaligen) § 7 Abs. 3 Satz 2 BayBhV kostengünstigere Erbringung der medizinischen Leistung auf der Basis dieser Vereinbarung nicht möglich sei.

14
Mit Schriftsätzen vom 19. Januar 2021 und vom 21. Januar 2021 erklärten sich die Beteiligten mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung einverstanden.

15
Mit Beschluss vom 14. Januar 2021 wurde der Rechtsstreit zur Entscheidung auf den Einzelrichter übertragen.

16
Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den Inhalt der Gerichtsakte und der vorgelegten Behördenakte Bezug genommen (§ 117 Abs. 3 Satz 2 VwGO).

Entscheidungsgründe

17

Das Gericht konnte mit Einverständnis der Beteiligten ohne mündliche Verhandlung entscheiden (§ 101 Abs. 2 VwGO).

18
Die zulässige Klage ist unbegründet. Der Kläger hat keinen Anspruch auf eine weitere Beihilfe in Höhe von 3.249,15 € (§ 113 Abs. 5 VwGO). Der Bescheid des Beklagten vom 7. Februar 2018 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 1. Oktober 2018 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten (vgl. § 113 Abs. 1 Satz 1 VwGO).

19
1. Für die rechtliche Beurteilung beihilferechtlicher Streitigkeiten ist grundsätzlich die Sach- und Rechtslage zum Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen maßgeblich, für die Beihilfe verlangt wird (stRspr, vgl. statt aller BVerwG, U.v. 2.4.2014 - 5 C 40.12 - NVwZ-RR 2014, 609 Rn. 9). Die Aufwendungen gelten nach § 7 Abs. 2 Satz 2 BayBhV in dem Zeitpunkt als entstanden, in dem die sie begründende Leistung erbracht wird. Für eine Krankenhausbehandlung entstehen Aufwendungen mit der stationären Behandlung (Mildenberger, Beihilferecht in Bund, Ländern und Kommunen, Stand Dezember 2020, Bd. 2 Anm. 12 zu § 7 Absatz 2 BayBhV: „mit jedem Krankenhaustag“). Bei der streitgegenständlichen Krankenhausbehandlung vom 8. Januar 2018 bis einschließlich 16. Januar 2018 bestimmt sich die Beihilfefähigkeit daher nach Art. 96 Bayerisches Beamtengesetz (BayBG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 29. Juli 2008 (GVBl S. 500), zuletzt geändert durch Gesetz vom 12. Juli 2017 (GVBl S. 362), der Verordnung über die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen in Krankheits-, Geburts-, Pflege- und sonstigen Fällen (Bayerische Beihilfeverordnung - BayBhV) vom 2. Januar 2007 (GVBl S. 15) in der Fassung der Änderungsverordnung vom 24. Juli 2017 (GVBl S. 418), dem Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen - Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 23. April 2002 (BGBl S. 1412, 1422), zuletzt geändert durch Gesetz vom 17. Juli 2017 (BGBl S. 2615) und dem Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze - Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl S. 886), zuletzt geändert durch Gesetz vom 17. Juli 2017 (BGBl S. 2581).

20
2. Anspruchsgrundlage für die vom Kläger begehrte (weitere) Beihilfe zu den in Rechnung gestellten Leistungen der Privatklinik anlässlich des stationären Aufenthaltes des Klägers vom 8. Januar 2018 bis zum 16. Januar 2018 sind Art. 96 BayBG i.V.m. § 7 Abs. 1 Satz 1, Satz 2 Nr. 1 und § 28 Abs. 2 Satz 1 und 2 BayBhV.

21
2.1 Der Kläger ist zu 70% beihilfeberechtigt (Art. 96 Abs. 3 Satz 2 BayBG, § 2 Abs. 1 Nr. 1 BayBhV).

22
2.2 Nach § 7 Abs. 1 Satz 1 BayBhV sind Aufwendungen beihilfefähig, wenn sie medizinisch notwendig und der Höhe nach angemessen sind und ihre Beihilfefähigkeit nicht ausdrücklich ausgeschlossen ist. Für Krankenhausleistungen enthält § 28 BayBhV nähere Regelungen zur Angemessenheit der entsprechenden Aufwendungen.

23
Bei der … Privatklinik M … handelt es sich unstreitig um ein Krankenhaus, das nicht nach § 108 SGB V zugelassen ist. In derartigen Krankenhäusern sind gemäß § 28 Abs. 2 Satz 1 BayBhV bei Indikationen, die bei einer Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus vom DRG-Fallpauschalen-Katalog erfasst wären, die allgemeinen Krankenhausleistungen im Sinn des § 28 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 BayBhV bis zum Betrag (fiktive Obergrenze) aus dem Produkt der oberen Korridorgrenze des Basisfallwerts gemäß § 10 Abs. 9 KHEntgG mit der Bewertungsrelation gemäß Teil a) des DRG-Fallpauschalen-Katalogs unter Ansatz der jeweiligen mittleren Verweildauer (Nr. 1) sowie gesondert berechnete Wahlleistungen für Unterkunft bis zur Höhe von 1,5 v. H. der oberen Korridorgrenze des Basisfallwerts gemäß § 10 Abs. 9 KHEntgG abzüglich der Eigenbeteiligung gemäß Art. 96 Abs. 2 Satz 7 BayBG (Nr. 2) beihilfefähig. Wird die Privatklinik - wie hier - vergleichbar einer Belegklinik geführt, ist nach § 28 Abs. 2 Satz 2 BayBhV die Bewertungsrelation gemäß Teil b) des DRG-Fallpauschalenkatalogs anzusetzen.

24

Gemessen an diesen Vorschriften hat der Kläger keinen Anspruch auf Gewährung einer weiteren Beihilfe.

25
2.2.1 Der Beklagte hat die Vergleichsberechnung bezüglich der allgemeinen Krankenhausleistungen zu Recht nach § 28 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 i.V.m. Satz 2 BayBhV vorgenommen und auf die zutreffende Diagnose im Rahmen der Vergleichsberechnung abgestellt.

26
Für die Zuordnung eines bestimmten Behandlungsfalls zu einer DRG (Diagnosis Related Groups) wird in einem ersten Schritt die Diagnose nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten - dem ICD-10 - in der jeweiligen vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen deutschen Fassung verschlüsselt (§ 301 Abs. 2 Satz 1 SGB V). Zur sachgerechten Durchführung der Verschlüsselung („Kodierung“) haben die Vertragspartner auf Bundesebene „Kodierrichtlinien“ beschlossen. In einem zweiten Schritt wird der in den Computer eingegebene Code einer bestimmten DRG zugeordnet, anhand der dann nach Maßgabe des Fallpauschalen-Katalogs und der Pflegesatzvereinbarung die zu zahlende Vergütung errechnet wird. Diesem als „Groupierung“ bezeichneten Prozess der DRG-Zuordnung liegt ein festgelegter Groupierungsalgorithmus zugrunde; in diesem vorgegebenen, vom Krankenhaus nicht zu beeinflussenden Algorithmus wird entsprechend dem vom Krankenhaus angegebenen Code nach dem ICD-10 eine bestimmte DRG angesteuert (vgl. BSG, U.v. 18.7.2013 - B 3 KR 7/12 R - juris Rn. 12). Die Verbindlichkeit der in dem jeweiligen Vertragswerk angesprochenen Klassifikationssysteme folgt aus dem Umstand, dass sie in die zertifizierten Grouper einbezogen sind (BSG, U.v. 14.10.2014 - B 1 KR 25/13 R - juris Rn. 12 m.w.N.). Stationäre Krankenhausleistungen werden gemäß § 17b KHG nach dem Vergütungssystem DRG abgerechnet.

27
Nach diesen Grundsätzen hat der Beklagte hier unstreitig auf die in der Klinikrechnung genannte Diagnose I44D „Andere Endoprotheseneingriffe am Kniegelenk oder Einbringen einer Entlastungsfeder am Kniegelenk“ abgestellt und diese seiner Vergleichsberechnung zutreffend zugrunde gelegt.

28
Für das Jahr 2018 liegt die obere Korridorgrenze des Basisfallwertes bei 3.553,98 €. Für die DRG (Fallpauschale) I44D ergeben sich nach Teil b des Fallpauschalenkatalogs 2018 verschiedene Bewertungsrelationen, die in den Spalten dargestellt sind. Nach § 28 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 BayBhV ist der sich für die mittlere Verweildauer ergebende Multiplikator aus Spalte 4 zu wählen, welcher vorliegend 1,518 beträgt. Bei Multiplikation von 3.553,98 € mit 1,518 ergeben sich beihilfefähige Aufwendungen in Höhe von 5.394,94 €, was bei einem Beihilfebemessungssatz von 70% eine zu gewährende Beihilfe von 3.776,46 € (70% von 5.394,94 €) ergibt.

29
2.2.2 Nach § 28 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 BayBhV ist bei gesondert berechneten Wahlleistungen für Unterkunft im Sinn des § 28 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 BayBhV ein Betrag bis zur Höhe von 1,5 v.H. der oberen Korridorgrenze des Basisfallwerts gemäß § 10 Abs. 9 KHEntgG abzüglich der Eigenbeteiligung gemäß Art. 96 Abs. 2 Satz 7 BayBG beihilfefähig. Da in der … Privatklinik M … das Zweibettzimmer Standardleistung ist, sind diese Kosten bereits durch die in der Fallpauschale erfassten allgemeinen Krankenhausleistungen abgedeckt. Der wahlweise in Anspruch genommene Komfortzuschlag, der zusätzliche Leistungen (u.a. Flachbildfernseher 32 Zoll, kostenfreies Telefon, 3-Gänge Mittag- und Abendessen, Getränkeversorgung, täglicher Hand- und Badetuchwechsel) umfasst, ist nicht beihilfefähig.

30
3. Die Regelung des § 28 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 BayBhV verstößt nicht gegen Verfassungsrecht, selbst wenn die vorgesehene Deckelung im Einzelfall dazu führen kann, dass der Beihilfeberechtigte hohe Kosten selbst tragen muss. Die diesbezügliche Argumentation des Bayerischen Verwaltungsgerichtshofs (BayVGH) zur Vorgängerfassung des § 28 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 BayBhV (vgl. BayVGH, U.v. 22.2.2019 - 14 BV 17.1251 - juris) ist auf die hier maßgebliche Fassung des § 28 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 BayBhV übertragbar.

31
a) Es liegt kein Verstoß gegen Art. 33 Abs. 5 GG vor. Der BayVGH, dem das Gericht vollumfänglich folgt, führt hierzu aus (a.a.O., Rn. 27 f.):

32
Ausgangspunkt ist dabei die Erkenntnis, dass die Beihilfe selbst in ihrer gegenwärtigen Gestalt nicht zu den hergebrachten Grundsätzen des Berufsbeamtentums gehört (BVerfG, B.v. 7.11.2002 - 2 BvR 1053/98 - BVerfGE 106, 225/232). Auch die zu den hergebrachten Grundsätzen gehörende Fürsorgepflicht des Dienstherrn gebietet nicht eine lückenlose Erstattung jeglicher Aufwendungen (BVerfG, B.v. 7.11.2002 a.a.O. S. 233). Dabei ist das zugehörige Alimentationsprinzip erst dann verletzt, wenn die Krankenversicherungsprämien, die zur Abwendung von krankheitsbedingten und nicht von der Beihilfe ausgeglichenen Belastungen erforderlich sind, einen solchen Umfang erreichen würden, dass der angemessene Lebensunterhalt nicht mehr gewährleistet wäre, wobei die Lösung insoweit allerdings nicht im Beihilfe-, sondern im Besoldungs- und Versorgungsrecht zu sehen wäre (BVerfG, B.v. 7.11.2002 a.a.O. S. 233). Inhaltlich darf zwar aus Fürsorgegesichtspunkten der Maßstab des medizinisch Gebotenen nicht unterschritten werden - eine lückenlose Erstattung aller Kosten ist aber nicht geboten (BVerwG, U.v. 13.12.2012 - 5 C 3.12 - ZBR 2013, 249 Rn. 19 f.). Insbesondere ist der Dienstherr nicht verpflichtet, die Beihilfevorschriften so auszugestalten, dass die Wahl des Krankenhauses durch den Beamten für diesen immer wirtschaftlich neutral ausfällt (BVerwG, B.v. 19.8.2009 - 2 B 19.09 - juris Rn. 7).

33
Dem wird § 28 BayBhV gerecht, weil er den Beihilfeberechtigten jedenfalls insoweit eine angemessene Kostenerstattung sichert, als diese sich in Krankenhäusern i.S.v. § 108 SGB V behandeln lassen können. Zwar sind nach dem gegenwärtigen System Aufwendungen nicht ausschließbar, wenn der absehbare Erfolg einer Maßnahme von existenzieller Bedeutung oder notwendig ist, um wesentliche Verrichtungen des täglichen Lebens erledigen zu können (BVerwG, U.v. 28.5.2008 - 2 C 1.07 - NVwZ 2008, 1380 Rn. 26 m.w.N.), so dass es unzulässig wäre, es bei der in § 28 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 BayBhV vorgesehenen Deckelung zu belassen, wenn im Einzelfall eine für eine beihilfeberechtigte Person medizinisch notwendige Behandlung ausschließlich in einer Privatklinik, nicht dagegen in einem Krankenhaus i.S.v. § 108 SGB V i.V.m. § 28 Abs. 1 BayBhV verfügbar sein sollte. Jedoch könnte dieser verfassungsrechtlichen Problematik über eine verfassungskonforme Auslegung des § 49 Abs. 2 BayBhV Rechnung getragen werden.

34
Auch wenn die Entscheidung des BayVGH vom 22. Februar 2019 zu § 28 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 BayBhV in der vom 1. Oktober 2014 bis 31. August 2017 maßgeblichen Fassung ergangen ist, welcher noch keine Beschränkung auf die mittlere Verweildauer vorsah, jedoch auch die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen bis zum Betrag aus dem Produkt der oberen Korridorgrenze des Basisfallwerts gemäß § 10 Abs. 9 KHEntgG mit der Bewertungsrelation gemäß Teil a des DRG-Fallpauschalenkatalogs deckelte, ist die Rechtsprechung des BayVGH auf die hier maßgebliche Rechtslage übertragbar. Die Argumentation des BayVGH zeigt gerade, dass es aus Fürsorgegesichtspunkten ausreicht, dass sich der Beihilfeberechtigte in nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern behandeln lassen kann mit der Folge, dass § 28 Abs. 1 BayBhV anzuwenden ist, der keine Deckelung vorsieht. Es ist nicht ersichtlich und wurde auch nicht vorgetragen, dass die … Privatklinik M … eine medizinisch notwendige Leistung angeboten hat, die in keinem der Krankenhäuser i.S.v. § 108 SGB V gleichwertig verfügbar gewesen wäre. Der klägerseits angeführte Umstand, dass der Arzt, Herr Prof. Dr. G …, der den Kläger in der Privatklinik operiert hat, nicht über eine kassenärztliche Zulassung verfügt und deshalb nicht in einem Krankenhaus i.S.v. § 108 SGB V tätig werden dürfte, hat nicht zur Folge, dass die medizinisch notwendige Leistung nur von der Privatklinik angeboten wird. Es bestehen keine Anhaltspunkte dafür, dass die beim Kläger durchgeführte Operation ausschließlich von Herrn Prof. Dr. G … und nicht auch von einem anderen qualifizierten Arzt ausgeführt werden hätte können.

35
b) Auch der Gleichheitssatz (Art. 3 Abs. 1 GG) steht der in § 28 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 BayBhV vorgesehenen Deckelung nicht entgegen. Bei der Prüfung des Gleichheitssatzes im Beihilferecht spielt auch der Kernbereich der Fürsorgepflicht eine Rolle, wobei aber sachliche Gründe ausreichen können, um einen Ausschluss von Leistungen zu rechtfertigen (vgl. BVerwG, U.v. 13.12.2012 - 5 C 3.12 - juris Rn. 29). Ein solcher sachlicher Grund ist hier gegeben. Der der Regelung des § 28 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 BayBhV zugrundeliegende Aspekt der Verwaltungsvereinfachung ist angesichts der Komplexität des DRG-Fallpauschalensystems und des Pflegesatzsystems nach Bundespflegesatzverordnung legitim. Da Privatkliniken keine Verpflichtung zur Leistungsdokumentation und zu entsprechenden Klassifikationen nach

diesen Systemen unterliegen, führt dies dazu, dass hypothetische Vergleichsberechnungen für die Beihilfestellen nicht nur mit erheblichem Verwaltungsaufwand, sondern auch mit erheblichen Unsicherheiten verbunden sein können. Demgegenüber bleibt bei Krankenhäusern i.S.v. § 108 SGB V diese Klassifikation und Dokumentation diesen Krankenhäusern überlassen. Damit ist ein sachlicher Differenzierungsgrund für die - mit der in § 28 Abs. 2 BayBhV vorgesehenen Pauschalierung und Deckelung einhergehende - Ungleichbehandlung solcher Beihilfeberechtigter, die sich in nicht unter § 108 SGB V fallenden Privatkliniken behandeln lassen. Der BayVGH führt hierzu aus (a.a.O., Rn. 33):

36
Diese Ungleichbehandlung erscheint dabei im Ergebnis hinreichend sachlich gerechtfertigt, wobei mehrere Aspekte ineinandergreifen. Zunächst ist zu sehen, dass den Beihilfeberechtigten die Möglichkeit bleibt, durch Wahl eines Krankenhauses i.S.v. § 108 SGB V die pauschalierende Deckelungsregelung des § 28 Abs. 2 BayBhV zu vermeiden. Knüpft eine Ungleichbehandlung an freiwillige Entscheidungen der Betroffenen an, spricht dies für einen entsprechenden normgeberischen Spielraum (vgl. BVerwG, U.v. 17.4.2014 - 5 C 40.13 - BVerwGE 149, 279/282 Rn. 11). Dabei ist unter spezifisch gleichheitsbezogenem Blickwinkel zu berücksichtigen, dass § 28 Abs. 2 BayBhV nicht die Erstattung von Aufwendungen für eine stationäre medizinische Leistung als solche ausschließt (vgl. BVerwG, U.v. 13.12.2012 - 5 C 3.12 - ZBR 2013, 249), sondern lediglich einen Teil des Spektrums möglicher Anbieter solcher Leistungen für Beihilfeberechtigte unattraktiver macht. Denn im Bereich der Krankenhäuser i.S.v. § 108 SGB V i.V.m. § 28 Abs. 1 BayBhV findet anders als bei Privatkliniken keine Deckelung statt. Außerdem geht es selbst bei den nicht unter § 108 SGB V fallenden Privatkliniken nicht um einen kompletten Ausschluss, sondern nur um eine Deckelung der Beihilfefähigkeit. Damit wird die im Beihilfesystem angelegte Sachgesetzlichkeit, dass notwendige und angemessene Aufwendungen beihilfefähig sind (BVerwG, U.v. 17.4.2014 - 5 C 40.13 - BVerwGE 149, 279/283 Rn. 11 a.E.), nicht verlassen. Außerdem wird für diejenigen Beihilfeberechtigten, die sich gleichwohl für eine Privatklinik entscheiden, die mit § 28 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 BayBhV verbundene Deckelung durch den Beihilfeverordnungsgeber gemildert. Zu berücksichtigen ist, dass gemäß § 28 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 BayBhV nicht bloß der auf Landesebene vereinbarte Basisfallwert nach § 10 Abs. 1 Satz 1 KHEntG und auch nicht der bundesweit einheitliche Basisfallwert im Sinne der Vereinbarung gemäß § 10 Abs. 9 Satz 1 KHEntgG, sondern die obere Korridorgrenze des bundesweit einheitlichen Basisfallwertkorridors (vgl. § 10 Abs. 9 Satz 1 und 5 KHEntgG) anzuwenden ist, worin eine zugunsten der Beihilfeberechtigten wirkende Pauschalierung zu sehen ist.

37
Auch hinsichtlich der Vereinbarkeit des Art. 28 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 BayBhV mit Art. 3 Abs. 1 GG ist die Argumentation des BayVGH zur Vorgängerfassung des § 28 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 BayBHV (vgl. BayVGH, U.v. 22.2.2019 - 14 BV 17.1251) auf den hier zu entscheidenden Fall des Klägers übertragbar (vgl. VG Ansbach, U.v. 14.11.2019 - AN 18 K 18.1855, juris Rn. 32).

38
Das Argument der Klägerseite, dass Beihilfeberechtigte, die sich in Privatkliniken behandeln ließen, nicht schlechter gestellt werden dürften als solche, welche sich in öffentlichen Krankenhäusern behandeln ließen, überzeugt nach alledem nicht.

39
4. Die Änderung der Vorschrift des § 28 Abs. 2 BayBhV durch § 2 Nr. 13 i.V.m. § 3 Abs. 1 Satz 2 der Verordnung zur Änderung der Bayerischen Beihilfeverordnung vom 24. Juli 2017 (GVBl. S. 418) verstößt nicht gegen Verfassungsrecht.

40
a) Die vor dem 1. September 2017 geltende Fassung des § 28 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 BayBhV sah keine Beschränkung auf die mittlere Verweildauer vor. Das Finanzministerium hat die Vorschrift des § 28 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 BayBhV durch § 2 Nr. 13 i.V.m. § 3 Abs. 1 Satz 2 der Verordnung zur Änderung der Bayerischen Beihilfeverordnung vom 24. Juli 2017 dahingehend konkretisiert, dass die mittlere Verweildauer maßgeblich ist. Mit der Änderung der Verordnung wurde die Terminologie entsprechend der schon zuvor vom Finanzministerium vertretenen Auffassung geändert (vgl. BayVGH, U.v. 22.2.2019 - 14 BV 17.1251 - Rn. 19). § 28 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 BayBhV verweist nun nicht mehr pauschal auf den Katalog, sondern nennt explizit die mittlere Verweildauer, die in Spalte 8 des Katalogs angegeben ist. Die sich für diesen Wert ergebende Bewertungsrelation folgt aus Spalte 4 des Katalogs. Mit der Formulierung „unter

Ansatz der mittleren Verweildauer“ wird nicht nur auf einen Grund- oder Regelfall, sondern auf einen abschließenden Wert Bezug genommen. Insofern lehnt sich die Regelung des § 28 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 BayBhV der Bundesregelung des § 26a Abs. 1 Nr. 1 Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) an. Der Begriff „Bewertungsrelation“ im Zusammenspiel mit der mittleren Verweildauer liefert einen konkreten sich aus der Tabelle ergebenden Wert. Nach der Formulierung „unter Ansatz“ (§ 28 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 BayBhV) ist die genannte „mittlere Verweildauer“ stets, d.h. unabhängig von der individuellen Krankengeschichte, anzusetzen. Eine Verletzung von Verfassungsrecht ist nicht ersichtlich und wurde auch nicht substantiiert vorgetragen.

41
b) Die Einfügung des § 28 Abs. 2 Satz 2 BayBhV, wonach § 28 Abs. 1 Nr. 1 BayBhV bei anderen Krankenhäusern, die vergleichbar einer Belegklinik geführt werden, mit der Maßgabe gilt, dass die Bewertungsrelation gemäß Teil b des DRG-Fallpauschalenkatalogs anzusetzen ist, verstößt nicht gegen Verfassungsrecht. Für Aufwendungen, die bis zum 30. August 2017 entstanden sind, wurde unabhängig davon, ob die Privatklinik die Leistungen in Form von Haupt- oder Belegabteilungen erbracht hat, die Bestimmung des beihilfefähigen Höchstbetrages stets anhand des Teils a des DRG-Fallpauschalenkatalogs festgelegt. Hintergrund der Änderung der BayBhV, die die Unterscheidung vorsieht, ob die Organisation der Privatklinik im Vergleich mit einem öffentlichen Krankenhaus dem Grunde nach einem Krankenhaus mit Hauptabteilungen oder einer Belegklinik entspricht, war die Vermeidung einer doppelten Berücksichtigung von ärztlichen Leistungen und Materialkosten bei Privatkliniken, die vergleichbar einer Belegklinik geführt werden. In Teil a des DRG-Fallpauschalenkatalogs werden bei der Kalkulation der Bewertungsrelationen ärztliche Leistungen und erforderliche Sachmittel miterfasst, da im Regelfall - sofern keine wahlärztlichen Leistungen in Anspruch genommen werden - keine Abrechnung von ärztlichen Leistungen auf der Basis der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) mit der Möglichkeit des Ansatzes von erforderlichen Sachmitteln i.S.d. § 10 GOÄ erfolgt. Bei einer belegärztlichen Behandlung hingegen können Gebühren für ärztliche Leistungen und erforderliche Sachmittel als Auslagen i.S.d. § 10 GOÄ verrechnet werden.

42
Entgegen der Auffassung des Klägerbevollmächtigten verstößt die zum 1. September 2017 eingeführte Regelung nicht gegen den allgemeinen Gleichheitssatz (Art. 3 Abs. 1 GG), weil Beihilfeberechtigte, die eine Privatklinik, die vergleichbar einer Belegklinik geführt wird, wählen, anders behandelt werden, als Beihilfeberechtigte, die eine Privatklinik wählen, die einem Krankenhaus mit Hauptabteilungen entspricht. Wie oben dargestellt liegt der sachliche Grund für die unterschiedliche Behandlung in der Verhinderung eines doppelten Ansatzes von ärztlichen Leistungen und Materialkosten. Die Neuregelung nimmt im Rahmen der Bestimmung des beihilfefähigen Höchstbetrages auf die DRG-Fallpauschale Bezug, die der tatsächlichen rechtlichen Beziehung des behandelnden Arztes zur Privatklinik entspricht. Sind in den tatsächlichen Kosten der Klinik auch ärztliche Leistungen enthalten und werden ärztliche Leistungen - mit Ausnahme von wahlärztlichen Leistungen - daneben nicht gesondert verrechnet, sind die DRG-Fallpauschalen nach Teil a maßgebend. Werden demgegenüber - wie hier - neben den Kostensätzen der Privatklinik ärztliche Leistungen gesondert berechnet, sind die DRG-Fallpauschalen nach Teil b maßgebend (vgl. zum Ganzen: Mildenberger, Beihilferecht in Bund, Ländern und Kommunen, Stand Dezember 2020, Bd. 2 Anm. 4 ff. zu § 28 Absatz 2 BayBhV).

43
Die vom Klägerbevollmächtigten zitierte Entscheidung des VGH Baden-Württemberg (U.v. 15.8.2013 - 2 S 1085/13) ist auf den vorliegenden Fall nicht übertragbar. Das Urteil betraf die Regelung des § 7 Abs. 7 Satz 4 der im Zeitpunkt der Entscheidung geltenden Fassung der Beihilfeverordnung des Landes Baden-Württemberg (BVO), die eine Deckelung der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für Behandlungen in Rehabilitationseinrichtungen auf die Höhe des für Sozialversicherte vereinbarten Tagessatzes vorsah. Der VGH Baden-Württemberg sah in dieser Begrenzung der Beihilfefähigkeit einen Verstoß gegen Art. 3 GG, da dadurch erhebliche krankheitsbedingte Aufwendungen trotz ihrer Notwendigkeit und Angemessenheit ohne einen zureichenden Grund von der Beihilfegewährung ausgeschlossen werden würden. Einem einzelnen Beihilfeberechtigten sei es im Regelfall nicht möglich, mit den für sie in Betracht kommenden Rehabilitationseinrichtungen eine Preisvereinbarung zu treffen, die dem für Sozialversicherte vereinbarten Tagessatz entspreche. Vorliegend knüpft der Verordnungsgeber die Unterscheidung zwischen der Behandlung in einer Privatklinik, die einem Krankenhaus mit Hauptabteilungen entspricht und einer Privatklinik, die vergleichbar einer Belegklinik geführt wird, an die unterschiedlichen rechtlichen

Rahmenbedingungen mit dem Ziel der Verhinderung von Doppelabrechnungen. Preisvereinbarungen einzelner Beihilfeberechtigter mit Privatkliniken werden nicht gefordert. Der Beihilfeberechtigte hat vielmehr auch die Möglichkeit, sich in einem nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus behandeln zu lassen. In Ausnahmefällen, in denen eine für eine beihilfeberechtigte Person medizinisch notwendige Behandlung ausschließlich in einer Privatklinik, nicht dagegen in einem Krankenhaus i.S.v. § 108 SGB V i.V.m. § 28 Abs. 1 BayBhV verfügbar sein sollte, kann dieser Problematik über § 49 Abs. 2 BayBhV Rechnung getragen werden (vgl. oben 3.a). Ein solcher Fall liegt jedoch vorliegend nicht vor.

44
Auch ein Verstoß gegen Art. 33 Abs. 5 GG ist nicht ersichtlich. Insoweit wird auf die Ausführungen unter 3.a) verwiesen.

45
Der Kläger kann sich auch nicht auf einen Vertrauensschutz berufen, denn es entspricht ständiger Rechtsprechung, dass Beihilfeberechtigte nicht auf den unveränderten Fortbestand einer ihnen günstigen Regelung vertrauen dürfen (vgl. hierzu: BVerfG, B.v. 7.11.2002 - 2 BvR 1053/98 - juris). Der Kläger wurde zudem vor der Behandlung mit Schreiben der Beihilfestelle vom 6. Dezember 2017 darüber informiert, dass bei der beabsichtigten stationären Behandlung in der … Privatklinik M … die Kosten nach § 28 Abs. 2 Satz 1 und 2 BayBhV nur eingeschränkt beihilfefähig sind. Hierbei wurde von der Beihilfestelle die geltende Rechtslage erläutert.

46
5. Entgegen der Auffassung des Klägerbevollmächtigten hat ein Beihilfeberechtigter keinen Anspruch darauf, im Hinblick auf die ärztlichen Aufwendungen als Privatpatient behandelt zu werden. Auch wenn es zutreffen mag, dass die Beihilfefähigkeit bestimmter Aufwendungen nach der BayBhV im Einzelfall der Erstattung entsprechender Aufwendungen nach dem privaten Krankenversicherungsvertrag eines Beihilfeberechtigten entspricht, unterscheiden sich die Regelungssysteme der beamtenrechtlichen Krankenfürsorge und der privaten Krankenversicherung jedoch derart grundlegend voneinander, dass ein Vergleich nicht möglich ist (vgl. VG München, U.v. 10.12.2015 - M 17 K 15.1578 VG München, U.v. 06.03.2014 - M 17 K 13.3223; U.v. 11.02.2003 - M 12 K 02.4913 und U.v. 20.03.2001 - M 12 K 97.3887 - jeweils juris). Der Leistungsumfang privater Krankenversicherungen ist nicht deckungsgleich mit der Beihilfe, sondern richtet sich nach den individuell zwischen den Parteien vereinbarten Versicherungsbedingungen. Entscheidungen der privaten Krankenversicherung sind daher auf die Entscheidung über die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen nicht übertragbar.

47
Aus diesem Grund ändert auch der Einwand des Klägers, die private Krankenversicherung habe die streitgegenständlichen Aufwendungen vollumfänglich anerkannt, an der Rechtmäßigkeit der Kürzung der Beihilfestelle nichts.

48
6. Eine andere Beurteilung ergibt sich auch nicht aus der vom Klägerbevollmächtigten zitierten Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichts vom 23.4.2015 (Az. 5 C 2/14). In dem Urteil, das zum vergleichbaren rheinland-pfälzischen Beihilferecht ergangen ist, stellt das BVerwG vielmehr fest, dass die Aufwendungen des Klägers für allgemeine Krankenhausleistungen vom Beklagten zu Recht nach § 26 Abs. 2 Nr. 1 der Beihilfenverordnung Rheinland-Pfalz (RhPfBVO) lediglich in Höhe eines Teilbetrags als beihilfefähig anerkannt wurden (BVerwG, a.a.O. Rn. 13, 14). Streitgegenständlich sind vorliegend nur Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen; Aufwendungen für auf der Grundlage der Gebührenordnung für Ärzte gesondert abgerechnete belegärztliche Leistungen sind in der streitgegenständlichen Rechnung nicht enthalten.

49
7. Entgegen der Auffassung des Klägerbevollmächtigten lässt sich aus dem zitierten Beschluss des BVerwG vom 19. August 2009 (Az. 2 B 19/09) nicht entnehmen, dass Maßstab für die Angemessenheit die Höhe der Aufwendungen für Krankenhäuser der Maximalversorgung sei. Das BVerwG hatte über die im Zeitpunkt der Entscheidung geltende Rechtsgrundlage des § 6 Abs. 1 Nr. 6 Satz 2 der Beihilfeverordnung des Bundes (BhV) zu befinden, die vorsah, dass die Aufwendungen für die stationäre Behandlung in einem privaten Krankenhaus lediglich in Höhe der Aufwendungen für ein Krankenhaus der Maximalversorgung beihilfefähig sind. Der Senat stellte fest, dass eine solche Kostenbegrenzung in den Beihilfevorschriften

zulässig ist (BVerwG, a.a.O., Rn. 7 juris). Da die vorliegend einschlägige Rechtsgrundlage des § 28 Abs. 2 Satz 1 und 2 BayBhV sieht keine Beschränkung der Höhe der Aufwendungen für ein Krankenhaus der Maximalversorgung vor, sondern eine fiktive Bewertung anhand von DRG-Fallpauschalen. Die Höhe der Aufwendungen für ein Krankenhaus der Maximalversorgung spielen in diesem Zusammenhang keine Rolle. Auch dem Beschluss der BVerwG (a.a.O.) ist diesbezüglich nichts zu entnehmen.

50
8. Ein Anspruch des Klägers auf weitere Beihilfeleistungen ergibt sich auch nicht aus der vom Klägerbevollmächtigten angeführten Regelung des § 7 Abs. 3 Satz 4 BayBhV.

51
§ 7 Abs. 3 BayBhV enthält Regelungen zur Möglichkeit, Verträge über Beihilfeangelegenheiten abzuschließen, wenn hierdurch eine wirtschaftlichere Erbringung von Krankenfürsorgeleistungen zu erwarten ist (vgl. Mildenberger, Beihilferecht in Bund, Ländern und Kommunen, Stand Dezember 2020, Bd. 2 Anm. 16 zu § 7 Absatz 3 BayBhV). Nach § 7 Abs. 3 Satz 4 BayBhV können Notwendigkeit und Angemessenheit von Leistungen auch auf der Basis von Verträgen und Vereinbarungen bewertet werden. Nach § 7 Abs. 3 Satz 4 BayBhV können vom Verband der privaten Krankenversicherung e.V., den entsprechenden Landesverbänden, privaten Krankenversicherungsunternehmen oder anderen Beihilfeträgern des Bundes, der Länder und sonstiger Dienstherren vereinbarte Leistungsgrundsätze in mit Leistungserbringern geschlossenen Verträgen im Sinn des Satzes 2 ebenfalls der Beihilfefestsetzung zugrunde gelegt werden. Der Versand eines Rundschreibens und die rügelose Erstattung durch „die meisten privaten Krankenversicherungen“ stellt keinen Vertragsschluss im Sinne von § 7 Abs. 3 Satz 2 BayBhV dar. Außerdem enthalten die Abrechnungsunterlagen keine Bezugnahme auf das private Krankenversicherungsunternehmen und den Vertragsschuss (vgl. Nr. 1 der Verwaltungsvorschriften zur BayBhV - VV-BayBhV). Soweit der Klägerbevollmächtigte auf die Kooperationsvereinbarung der D … mit den … Privatkliniken vom 30. August 2009 / 2. September 2009 verweist, hat das Finanzministerium diesbezüglich mit Schreiben vom 14. Oktober 2009 darauf hingewiesen, dass eine im Sinn des § 7 Abs. 3 Satz 2 BayBhV kostengünstigere Erbringung der medizinischen Leistung auf der Basis der von der D … getroffenen Vereinbarung nicht möglich sei.

52
9. Schließlich ergibt sich ein Anspruch des Klägers auf Beihilfegewährung auch nicht unmittelbar aus der verfassungsrechtlichen Fürsorgepflicht.

53
Nach der ständigen Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts (vgl. z.B. U.v. 24.1.2012 - 2 C 24/10 - juris) erstreckt sich die in Art. 33 Abs. 5 GG verankerte Pflicht des Dienstherrn zur Sicherstellung des amtsangemessenen Lebensunterhalts auf Lebenslagen, die einen erhöhten Bedarf begründen. Die verfassungsrechtliche Alimentations- bzw. Fürsorgepflicht gebietet dem Dienstherrn, Vorkehrungen zu treffen, dass die notwendigen und angemessenen Maßnahmen im Falle von Krankheit, Pflegebedürftigkeit, Geburt und Tod nicht aus wirtschaftlichen Gründen unterbleiben, weil sie der Beamte mit der Regelalimentation so nicht bewältigen kann, und dass der amtsangemessene Lebensunterhalt wegen der finanziellen Belastungen in diesen Ausnahmesituationen nicht gefährdet wird. Sind die Dienst- und Versorgungsbezüge so bemessen, dass sie eine zumutbare Eigenvorsorge nur im Hinblick auf einen Teil der durch Krankheit, Pflegebedürftigkeit, Geburt und Tod begründeten Belastungen ermöglichen, so hat der Dienstherr zusätzliche Vorkehrungen zu treffen, damit der Beamte die Belastungen, die den Umfang der Eigenvorsorge überschreiten, ebenfalls tragen kann. Wenn sich der Dienstherr für ein Mischsystem aus Eigenleistungen des Beamten und Beihilfen entscheidet, muss gewährleistet sein, dass der Beamte nicht mit erheblichen Aufwendungen belastet bleibt, die er auch über eine ihm zumutbare Eigenvorsorge nicht abzusichern vermag. Die Fürsorgepflicht verlangt aber nicht, dass Aufwendungen in Krankheits- bzw. Pflegefällen durch ergänzende Beihilfen vollständig gedeckt werden oder dass die von der Beihilfe nicht erfassten Kosten in vollem Umfang versicherbar sind (vgl. BVerwG, U.v. 30.4.2009 - 2 C 127/07 - juris Rn. 8,12; U.v. 10.6.1999 - 2 C 29/98 - juris Rn. 22f.). Der Beamte muss wegen des ergänzenden Charakters der Beihilfe auch Härten und Nachteile hinnehmen, die sich aus der am Alimentationsgrundsatz orientierten pauschalierenden und typisierenden Konkretisierung der Fürsorgepflicht ergeben und keine unzumutbare Belastung bedeuten (vgl. BayVGH, B.v. 8.1.2007 - 14 ZB 06.2911 - juris Rn. 13 m.w.N.). Anhaltspunkte dafür, dass der Kläger durch den Umstand, dass er einen Teil der Aufwendungen für die

streitgegenständliche Behandlung selbst tragen muss, derart unzumutbar belastet wäre, sind weder substantiiert vorgetragen noch sonst ersichtlich.

54
Die Klage war daher mit der Kostenfolge aus § 154 Abs. 1 VwGO abzuweisen.

55
Die Entscheidung über die vorläufige Vollstreckbarkeit beruht auf § 167 Abs. 2 VwGO i.V.m §§ 708 ff. ZPO.