VG Ansbach, Urteil v. 11.06.2021 – AN 18 K 19.01286

Titel:

Beihilfefähigkeit von Kosten für manuelle Therapie und Krankengymnastik

Normenkette:

BBhV § 6 Abs. 3, § 51 Abs. 1

Leitsatz:

Die Beihilfestelle darf die medizinische und beihilferechtliche Notwendigkeit einer verordneten manuellen Therapie und Krankengymnastik nicht verneinen, wenn das von ihr eingeholte Sachverständigengutachten eine andere Diagnose als der behandelnde Arzt zugrunde legt. (Rn. 30, 32 und 43) (redaktioneller Leitsatz)

Schlagworte:

Beihilfe, manuelle Therapie, Beihilfefähigkeit, medizinische, Notwendigkeit, Sachverständigengutachten, Krankengymnastik, ärztlich verordnet, Diagnose

Tenor

Die Postbeamtenkrankenkasse wird unter entsprechender Aufhebung des Leistungsbescheids vom 7. März 2019 in der Fassung des Leistungsbescheids vom 12. März 2019 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 13. Juni 2019 verpflichtet, dem Kläger Beihilfe in Höhe von 189,00 EUR zu gewähren.

Die Postbeamtenkrankenkasse wird unter entsprechender Aufhebung des Leistungsbescheids vom 17. Juni 2019 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 26. September 2019 verpflichtet, dem Kläger Beihilfe in Höhe von 225,89 EUR zu gewähren.

Die Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens.

Hinsichtlich der Kosten ist das Urteil vorläufig vollstreckbar. Die Beklagte kann die Vollstreckung durch Sicherheitsleistung oder Hinterlegung in Höhe der festgesetzten Kosten abwenden, wenn nicht der Kläger Sicherheit in gleicher Höhe leistet.

Tatbestand

1
Die Beteiligten streiten im Wesentlichen über die Beihilfefähigkeit der Kosten einer sogenannten manuellen Therapie. Der Kläger ist als Bundesbeamter im Ruhestand Versorgungsempfänger im Sinne von § 80 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 BBG. Die Postbeamtenkrankenkasse (PBeaKK) erbringt Beihilfedienste im Auftrag der Bundesanstalt für Post und Telekommunikation Deutsche Bundespost (BAnst PT).

2
1. Mit Leistungsantrag vom 12. Juni 2018 beantragte der Kläger bei der Beklagten die Kostenerstattung u.a. für 10 Einzelanwendungen manueller Therapie in Höhe von 225,00 EUR basierend auf der ärztlichen Verordnung vom 29. März 2018, ausgestellt von Herrn Dr. med. …, Facharzt für Orthopädie, … Die Beklagte leitete daraufhin ein Begutachtungsverfahren ein, welches in das ärztliche Gutachten der IMB Consult, Gesellschaft für medizinische Gutachten, erstellt von Prof. Dr. … vom 10. Oktober 2018 mündete. Auf der Basis der vom Kläger vorgelegten Befundberichte der ihn behandelnden Ärzte und von 8 Rechnungsstellungen von April 2017 bis September 2018, welche jeweils auf die Kostenerstattung von „Massage, Wärme, manuelle Therapie“ gerichtet waren, kam der Gutachter „nach Aktenlage“ zu folgendem Ergebnis:

„(…) So wurden im Zeitraum von 02/2017 bis 06/2018 insgesamt 8 derartiger Rezepturen mit jeweils 10 Anwendungen ausgestellt unter der Diagnose eines Wirbelsäulensyndroms mit multiplen tendomyotischen Beschwerden. Es wurden somit im Zeitraum von 02/2017 bis 09/2018, also in 18 Monaten, insgesamt 220 Einzelanwendungen verabreicht, aufgeteilt auf 72 Behandlungstermine. (…) Unter Berücksichtigung dieser Unterlagen ist festzustellen, dass bei dem Versicherten trotz Verabreichung einer umfangreichen physikalischen Therapie innerhalb von 18 Monaten keine nachhaltige Beschwerdelinderung eingetreten ist, eher sogar eine Beschwerdezunahme. Die kernspintomographisch gesicherte Spinalkanalstenose der LWS

ist aus gutachterlicher Sicht federführend ursächlich für die andauernden Beschwerden, die trotz umfangreicher konservativer Therapien bestehen. Aus gutachterlicher Sicht bedarf es primär erst einmal der Prüfung weiterer interventioneller bzw. operativer Behandlungsmaßnahmen an der LWS, um eine Dekompression des Spinalkanals zu erreichen. Die Fortführung der laufenden, insbesondere auch passiv ausgerichteten Maßnahmen wird nicht weiter als zielführend angesehen (…).

Die bislang gleichförmig durchgeführte Rezeptur von Massage, Wärme und manueller Therapie wird nicht weiter als zielführend angesehen. Nach Verabreichung von 220 Einzelanwendungen innerhalb von 18 Monaten ist festzustellen, dass eine nachhaltige Beschwerdelinderung nicht eingetreten ist. Insofern macht eine Fortführung des bisherigen Behandlungskonzeptes, wie es sowohl von dem Versicherten als auch von dem behandelnden Arzt eingefordert wird, medizinisch keinen Sinn.

Im vorliegenden Fall kann allenfalls eine Verordnung Krankengymnastik mit 10 Anwendungen pro Quartal zur erforderlichen Kräftigung der Rückenmuskulatur dem Versicherten weiter zugestanden werden. Darüber hinaus bedarf es einer Prüfung bezüglich Dekompression des Spinalkanals mit Sanierung der betroffenen Etage L4/5."

3
2. Mit Leistungsantrag vom 21. Februar 2019 beantragte der Kläger bei der Beklagten die Kostenerstattung u.a. für 10 Einzelanwendungen Krankengymnastik in Höhe von 234,00 EUR und für 10 Einzelanwendungen manueller Therapie in Höhe von 270,00 EUR basierend auf der ärztlichen Verordnung vom 6. Dezember 2018, ausgestellt von Herrn Dr. med. …, Facharzt für Orthopädie, …, mit der Diagnose: „Trochantertendomyose li.".

4
Mit Leistungsbescheid vom 12. März 2019 teilte die Beklagte dem Kläger mit, dass die Kosten für die manuelle Therapie in Höhe von 270,00 EUR auf der Basis des Sachverständigengutachtens nicht anerkannt werden könnten.

5
Mit Schreiben vom 5. April 2019 erhob der Kläger dagegen Widerspruch und führte zur Begründung aus, dass die Aussage des Gutachters für ihn zu kurz gegriffen sei. Sein behandelnder Arzt sei der Meinung, dass heutzutage an der Wirbelsäule nur operiert werde, wenn sich die Schmerzen über Wochen verstärken würden oder ein Taubheitsgefühl im Bein festgestellt werde.

6
Es sei zwar richtig, wie vom Gutachter dargelegt, dass die Verordnungen vom 13. Februar 2017 und vom 24. April 2017 als Fortführung der Physiotherapie aus einer vorherigen ärztlichen Behandlung ausgestellt worden seien. Die weiteren Verordnungen jedoch resultierten aus einer schmerzhaften Blockade der Halswirbelsäule.

7
Anfang Juni (2018) habe er starke Schmerzen im Gesäßbereich bekommen, so dass er nach dem Aufstehen sein linkes Bein fast nicht habe belasten können. Da die Schmerzen nach ärztlicher und osteopathischer Behandlung nicht nachgelassen hätten, sei Ende August (2018) ein MRT von der Lendenwirbelsäule gemacht worden. Im Gegensatz zum Gutachter habe sein Arzt die Schmerzen daraufhin nicht als ursächlich, sondern als erschwerend für die Behandlung der Myogelosen eingestuft. Die physiotherapeutischen Behandlungen ab Mai 2017 seien entgegen der Meinung des Gutachters keine vorbeugenden, sondern begleitende Maßnahmen bei den Problemen mit der Halswirbelsäule und den Myogelosen im Gesäßbereich gewesen.

8
Mit Widerspruchsbescheid vom 13. Juni 2019 wies die Beklagte den Widerspruch des Klägers zurück und bezog sich zur Begründung im Wesentlichen auf das Sachverständigengutachten vom 10. Oktober 2018, welches die „Diagnose eines Wirbelsäulensyndroms mit multiplen tendomyotischen Beschwerden" zugrunde gelegt und entsprechend gewürdigt habe. Gemäß § 51 Abs. 1 BBhV bestehe demnach kein Anspruch auf Erstattung der Aufwendungen für die manuelle Therapie. Danach entscheide die Festsetzungsstelle über die Notwendigkeit und wirtschaftliche Angemessenheit von Aufwendungen und könne dazu ein Sachverständigengutachten einholen. Ergänzend werde darauf hingewiesen, dass die vom

Kläger vorgetragenen Schmerzen im HWS-Bereich ebenfalls vom Gutachter dokumentiert worden seien. Davon abgesehen betreffe die hier zugrundeliegende Verordnung aber nicht den HWS-Bereich.

9
3. Mit Leistungsantrag vom 27. Mai 2019 beantragte der Kläger bei der Beklagten die Kostenerstattung für 10 Einzelanwendungen Krankengymnastik in Höhe von 257,00 EUR und für 10 Einzelanwendungen manueller Therapie in Höhe von 297,00 EUR (Kostenrechnung der … vom 27. Mai 2019) basierend auf der ärztlichen Verordnung vom 19. Februar 2019, ausgestellt von Herrn Dr. med. …, Facharzt für Orthopädie, A* …, mit der Diagnose: „Trochantertendomyose li.“.

10
Mit Leistungsbescheid vom 17. Juni 2019 teilte die Beklagte dem Kläger mit, dass die Kosten für die manuelle Therapie und für einmal Krankengymnastik am 13. März 2019 auf der Basis des Sachverständigengutachtens nicht anerkannt werden könnten.

11
Mit Schreiben vom 13. Juli 2019 erhob der Kläger dagegen Widerspruch und machte inhaltsgleiche Ausführungen wie im Widerspruchsschreiben vom 5. April 2019 (vgl. oben Ziffer 2).

12
Mit Widerspruchsbescheid vom 26. September 2019 wies die Beklagte den Widerspruch des Klägers zurück und bezog sich zur Begründung im Wesentlichen auf das Sachverständigengutachten vom 10. Oktober 2018. Darin sei die Krankengymnastik auf 10 Anwendungen pro Quartal beschränkt worden, so dass im Hinblick darauf, dass im 1. Quartal 2019 bereits 8 Anwendungen Krankengymnastik bewilligt worden seien, nur noch zwei Anwendungen anerkannt würden.

13
4. Unter dem gerichtlichen Aktenzeichen AN 18 K 19.01286 erhob der Kläger mit Schriftsätzen vom 30. Juni 2019 und vom 2. Oktober 2019 jeweils Klage, begründete diese im Wesentlichen wie die unter 2. und 3. genannten Widersprüche und beantragte zuletzt sinngemäß,

die Postbeamtenkrankenkasse unter Aufhebung des Leistungsbescheids vom 7. März 2019 in der Fassung des Leistungsbescheids vom 12. März 2019 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 13. Juni 2019 und des Leistungsbescheids vom 17. Juni 2019 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 26. September 2019 zu verpflichten, dem Kläger Beihilfe in Höhe von 189,00 EUR und 225,89 EUR zu gewähren.

14
Mit Schriftsätzen vom 1. August 2019 und vom 4. Juni 2021 ließ die Beklagte den Klagen entgegentreten und beantragen,

die Klagen abzuweisen.

15
Zur Begründung bezog sich die Beklagte im Wesentlichen auf das Sachverständigengutachten vom 10. Oktober 2018 und auf die ergangenen Widerspruchsbescheide.

16
Nach richterlichem Hinweis vom 10. Juni 2021 auf die in den streitgegenständlichen Verordnungen vom 6. Dezember 2018 und vom 19. Februar 2019 jeweils angegebene Diagnose „Trochantertendomyose li.“ teilte die Beklagte durch Schriftsatz vom 11. Juni 2021 mit, dass ihrer Auffassung nach dennoch eine Beihilfefähigkeit nicht gegeben sei. Die vom Gutachter berücksichtigte Diagnose „Wirbelsäulensyndrom“ sei eine relativ diffuse Bezeichnung für verschiedene unklare Schmerzzustände im Bereich der Wirbelsäule. Die Diagnose „Wirbelsäulensyndrom“ sei daher als die etwas ungenauere Diagnose von Schmerzen im gesamten Bereich der Wirbelsäule zu verstehen, wohingegen die Diagnose der streitgegenständlichen Verordnungen diesen Bereich stärker eingrenze auf den Bereich des unteren Rückens und damit der Lendenwirbelsäule. Damit sei die Diagnose der streitgegenständlichen Verordnungen in der Diagnose der dem Gutachter vorgelegten Verordnungen enthalten.

17
In der mündlichen Verhandlung am 11. Juni 2021 erklärte der Kläger, dass er vor den streitgegenständlichen Verordnungen starke Schmerzen im Gesäßbereich gehabt habe. Die aufgrund der

Verordnungen durchgeführten manuellen Therapien und auch die Krankengymnastik hätten ihm sehr gut geholfen, so dass er aktuell in diesem Bereich beschwerdefrei sei.

18
Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf die Gerichts- und Behördenakten sowie auf die Niederschrift zur mündlichen Verhandlung am 11. Juni 2021 und auf die Gerichts- und Behördenakten im Verfahren des Klägers unter dem gerichtlichen Aktenzeichen AN 18 K 19.02464 Bezug genommen.

Entscheidungsgründe

19
Nach gebotener Auslegung der schriftsätzlich gestellten Klageanträge des anwaltlich nicht vertretenen Klägers gemäß § 88 VwGO handelt es sich vorliegend um zwei Verpflichtungsklagen gemäß § 42 Abs. 1, 2. Alt. VwGO gerichtet auf die Gewährung von Beihilfe unter entsprechender Aufhebung der versagenden Bescheide. Wie der Kläger in der mündlichen Verhandlung auf Nachfrage des Gerichts klargestellt hat, misst er der im Klageschriftsatz unter „Antrag“ formulierten „Bitte“ auf Feststellung, „dass - wenn Herr Dr. … weitere Behandlungen durch Krankengymnastik und manuelle Therapie für erforderlich hält - die Kosten der Behandlungen von der Beihilfestelle zu tragen sind“, keine eigenständige Bedeutung zu. Von daher erübrigen sich weitere Ausführungen, was die Zulässigkeit eines etwaigen Feststellungsantrages angeht.

20
Die so verstandenen Klagen sind zulässig und auch begründet, weil die angefochtenen Bescheide, soweit darin die Kosten für manuelle Therapie und Krankengymnastik nicht anerkannt worden sind, vom 7. März 2019 in der Fassung des Leistungsbescheids vom 12. März 2019 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 13. Juni 2019 (1.) und vom 17. Juni 2019 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 26. September 2019 (2.) rechtswidrig sind und den Kläger daher in seinen Rechten verletzen (§ 113 Abs. 1 und 5 VwGO). Der Kläger hat einen Anspruch auf Kostenerstattung im begehrten Umfang.

21
1. Die hinsichtlich der Leistungsbescheide vom 7. und 12. März 2019 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 13. Juni 2019 (§ 79 Abs. 1 Nr. 1 VwGO) erhobene Verpflichtungsklage gemäß § 42 Abs. 1 VwGO ist zulässig und begründet, so dass die Behörde gemäß § 113 Abs. 5 VwGO im tenorierten Umfang zu verpflichten war, dem Kläger Beihilfe zu gewähren.

22
Bei der ärztlich verordneten manuellen Therapie (Verordnung vom 6. Dezember 2018) mit zehn Einzelanwendungen handelt es sich nach Auffassung der Kammer um eine im Sinne der hier anwendbaren Bundesbeihilfeverordnung vom 13. Februar 2009 (BGBl. I S. 326 BBhV), notwendige und wirtschaftlich angemessene, mithin beihilfefähige Aufwendung. Diese belief sich auf 270,00 EUR, wovon dem zu 70% beihilfeberechtigten Kläger 189,00 EUR zu erstatten sind.

23
Bei der sog. manuellen Therapie handelt es sich um eine spezielle physiotherapeutische Behandlungsmethode, die wie folgt beschrieben wird: „Die Manuelle Therapie ist ein Behandlungsansatz, bei dem Funktionsstörungen des Bewegungsapparates untersucht und behandelt werden. Grundlage der Manuellen Therapie sind spezielle Handgriff- und Mobilisationstechniken, bei denen Schmerzen gelindert und Bewegungsstörungen beseitigt werden. Physiotherapeuten untersuchen dabei die Gelenkmechanik, die Muskelfunktion sowie die Koordination der Bewegungen, bevor ein individueller Behandlungsplan festgelegt wird.

24
Die Manuelle Therapie bedient sich sowohl passiver Techniken als auch aktiver Übungen. Zum einen werden blockierte oder eingeschränkte Gelenke von geschulten Physiotherapeuten mithilfe sanfter Techniken mobilisiert, zum anderen können durch individuelle Übungen instabile Gelenke stabilisiert werden. Ziel des Behandlungskonzeptes: Wiederherstellung des Zusammenspieles zwischen Gelenken, Muskeln und Nerven.“ (Deutscher Verband für Physiotherapie (ZVK) e.V., https://www.physio-deutschland.de/patienten-interessierte/wichtige-therapien-auf-einen-blick/manuelle-therapie.html, zuletzt abgerufen am 24.6.2021, 15:44 Uhr)

25

Die manuelle Therapie stellt zwar ein grundsätzlich beihilfefähiges Heilmittel dar, wie sich aus § 23 Abs. 1 BBhV i.V.m. Ziffer 11 Anlage 9 zur BBhV ergibt.

26
Gemäß § 6 Abs. 3 BBhV sind grundsätzlich jedoch nur notwendige und wirtschaftlich angemessene Aufwendungen beihilfefähig. Über die Notwendigkeit und die wirtschaftliche Angemessenheit von Aufwendungen entscheidet gemäß § 51 Abs. 1 Satz 1 BBhV die Festsetzungsstelle. Die Festsetzungsstelle ist berechtigt, auf eigene Kosten ein Sachverständigengutachten einzuholen, § 51 Abs. 1 Satz 4 BBhV.

27
Grundsätzlich sind Aufwendungen in Krankheitsfällen (§ 80 Abs. 3 Nr. 1 BBG) nach der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts notwendig, „wenn sie für eine medizinisch gebotene Behandlung entstanden sind, die der Wiedererlangung der Gesundheit, der Besserung oder Linderung von Leiden sowie der Beseitigung oder zum Ausgleich körperlicher Beeinträchtigungen dient. Entsprechend dem Zweck der Beihilfengewährung müssen die Leiden und körperlichen Beeinträchtigungen Krankheitswert besitzen. Die Behandlung muss darauf gerichtet sein, die Krankheit zu therapieren. Zusätzliche Maßnahmen, die für sich genommen nicht die Heilung des Leidens herbeiführen können, können als notwendig gelten, wenn sie die Vermeidung oder Minimierung von mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwartenden Behandlungsrisiken und Folgeleiden bezwecken.“ (BVerwG, B.v.30.9.2011 - 2 B 66.11 -, Rn. 11, juris)

28
Bei der beihilferechtlich notwendigen Aufwendung handelt es sich um einen - der gerichtlichen Überprüfung voll zugänglichen - unbestimmten Rechtsbegriff (BVerwG, U.v. 20.3.2008 - 2 C 19.06, Rn. 9 -, juris).

29
Vorliegend ist das Heilmittel, um dessen medizinische Notwendigkeit es geht, nämlich die manuelle Therapie, ärztlich verordnet worden (Verordnung vom 6. Dezember 2018). Eine ärztliche Verordnung lässt grundsätzlich auf die medizinische Notwendigkeit der verordneten Heilbehandlung schließen. So ist der (fach-)ärztlichen Meinung, die sich in der entsprechenden Verordnung eines Heilmittels niederschlägt, durch das Gericht bei seiner Beurteilung ein hohes Gewicht beizumessen und ihr grundsätzlich zu folgen (BVerwG, aaO, Rn. 11 - juris), es sei denn, es sprechen gewichtige Anhaltspunkte gegen die Annahme der medizinischen Notwendigkeit.

30
Die Beihilfestelle muss dementsprechend davon ausgehen, dass die auf einer ärztlichen Verordnung beruhende manuelle Therapie medizinisch und beihilferechtlich notwendig ist. Sie ist aber berechtigt, ein Sachverständigengutachten einzuholen, wenn dennoch begründete Zweifel an der Notwendigkeit geltend gemachter Aufwendungen bestehen (BVerwG, B.v.22.8.2018, 5 B 3.18, Rn. 10 - juris).

31
Für die Beklagte haben sich wohl aus den zwischen Februar 2017 und Juni 2018 eingereichten Verordnungen jeweils mit der Diagnose „Wirbelsäulensyndrom“ derartige Zweifel ergeben, die aus Sicht der Kammer angesichts der Vielzahl der bis dahin eingereichten und bewilligten Aufwendungen auf der Grundlage der o.g. Diagnose nicht unberechtigt gewesen sein mögen. Allerdings bietet das daraufhin eingeholte Sachverständigengutachten keine geeignete Grundlage, über die medizinische Notwendigkeit der hier streitgegenständlichen Aufwendungen für manuelle Therapie zu befinden und von der fachärztlichen Verordnung vom 6. Dezember 2018 abzuweichen, weil in dem Gutachten gerade keine Auseinandersetzung mit der in der Verordnung vermerkten Diagnose „Trochantertendomyose li.“ stattgefunden hat.

32
So hat der Gutachter stattdessen „nach Aktenlage“ folgende Diagnose zugrunde gelegt: „Spinalkanalstenose LWS“. Diese sei kernspintomographisch gesichert und aus gutachterlicher Sicht federführend ursächlich für die andauernden Beschwerden. Außerdem konstatiert der Gutachter, dass der Kläger „nun über zusätzliche Schmerzen in der HWS“ berichte „und über andauernde lumbale Schmerzen, die nach links ausstrahlen“. Die in der streitgegenständlichen Verordnung genannte Diagnose wird hingegen nicht einmal ansatzweise erwähnt, so dass die Beihilfefähigkeit der manuellen Therapie zur Behandlung der „Trochantertendomyose li.“ mit dem von der Beklagten herangezogenen Gutachten nicht in Frage gestellt werden konnte.

33
Laut Pschyrembel Klinisches Wörterbuch, 260. Aufl., Berlin 2004, handelt es sich bei dem Trochanter nicht um einen Teil der Wirbelsäule, sondern um den „Rollhügel; am Oberschenkelknochen als Trochanter major (außen) und Trochanter minor (einwärtsliegend)“.

34
Eine Tendomyose ist eine entzündliche Reaktion im Bereich der Sehnen (Tendo: Sehne, Myositis: entzündliche Reaktion von Muskeln, vgl. Pschyrembel, aaO).

35
Auf den mit der streitgegenständlichen Verordnung umfassten Bereich des Oberschenkelknochens wird im Gutachten, welches bezogen auf die dort bezeichnete Diagnose „Spinalkanalstenose LWS“ zwar schlüssig und nachvollziehbar ist, nicht eingegangen.

Denn: „Bei einer Spinalkanalstenose (Spinalstenose, spinale Stenose, Wirbelkanalstenose) ist der Kanal in der Wirbelsäule verengt, durch den das Rückenmark verläuft. Der entstehende Druck auf Rückenmark, Nerven und Blutgefäße kann Rückenschmerzen und bleibende Nervenschädigungen verursachen.“ (https://www.netdoktor.de/krankheiten/spinalkanalstenose/, zuletzt abgerufen am 24. Juni 2021, 15:17 Uhr).

36
Der Einwand der Beklagten durch Schriftsatz an das Gericht vom 11. Juni 2021, die Diagnose „Wirbelsäulensyndrom“ umfasse auch die Diagnose „Trochantertendomyose“, ist für das Gericht nicht nachvollziehbar. Denn zum einen ist die Diagnose („Spinalkanalstenose LWS“) des Gutachters wesentlich spezifischer als die von der Beklagten herangezogene Diagnose („Wirbelsäulensyndrom“). Zum anderen mag es zwar sein, dass Probleme im Bereich der Wirbelsäule sich symptomatisch auch auf den übrigen, damit zusammenhängenden Bewegungsapparat auswirken und Schmerzen auslösen können. Allerdings ist dieser Einwand insoweit bei Weitem nicht hinreichend konkret und substantiiert, um die Aussagekraft einer ärztlichen Verordnung, was die medizinische Notwendigkeit einer Behandlung angeht, derart pauschal in Zweifel zu ziehen.

37
Dass an den mit Trochanter bezeichneten „Knochenvorsprüngen“ die Gesäß-, Hüft- und Lendenmuskeln ansetzen, „so dass Schmerzen in diesem Bereich den gesamten unteren Rücken erfassen“, ist zunächst einmal nur eine nicht begründete Behauptung und entzieht sich sowohl der Expertise der Beklagten als auch der des Gerichts. Die medizinische Notwendigkeit auf dieser Basis in Frage zu stellen, hätte einer (ergänzenden) gutachterlichen Stellungnahme bedurft. Eine solche hat die Beklagte weder eingeholt, noch hat sie einen entsprechenden Beweisantrag gestellt. Die Einholung eines Gutachtens durch das Gericht war auch im Rahmen der gerichtlichen Amtsermittlungspflicht nicht geboten, weil sich dem Gericht hinsichtlich der ärztlichen Diagnose „Trochantertendomyose“ keine Zweifel aufgedrängt haben.

38
Insoweit war durch die Kammer zu berücksichtigen, dass der Kläger in der mündlichen Verhandlung, an der die Beklagte nicht teilgenommen hat, von Schmerzen im Gesäßbereich berichtet hat. Diese seien ursächlich für die streitgegenständliche Verordnung gewesen. Die daraufhin durchgeführten manuellen Therapien hätten ihm so gut geholfen, dass er aktuell in diesem Bereich beschwerdefrei sei.

39
Dieser Vortrag lässt die ärztliche Diagnose und Indizierung der medizinischen Notwendigkeit durch die hier streitgegenständliche Verordnung nachvollziehbar erscheinen und wurde von der Beklagten nicht einmal ansatzweise in Frage gestellt.

40
Nach alledem handelt es sich bei den Aufwendungen für 10 Einzelanwendungen manueller Therapie um medizinisch und damit auch beihilferechtlich notwendige Kosten, die von der Beklagten im Rahmen der 70 prozentigen Beihilfeberechtigung des Klägers zu erstatten sind.

41
2. Auch die hinsichtlich des Leistungsbescheids vom 17. Juni 2019 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 26. September 2019 (§ 79 Abs. 1 Nr. 1 VwGO) erhobene Verpflichtungsklage gemäß § 42 Abs. 1

VwGO ist zulässig und begründet, so dass die Behörde gemäß § 113 Abs. 5 VwGO im tenorierten Umfang zu verpflichten war, dem Kläger Beihilfe zu gewähren.

42
Bei der ärztlich verordneten manuellen Therapie und Krankengymnastik (Verordnung vom 19. Februar 2019) mit jeweils zehn Einzelanwendungen handelt es sich nach Auffassung der Kammer ebenfalls um eine im Sinne der BBhV notwendige und wirtschaftlich angemessene, mithin beihilfefähige Aufwendung. Diese belief sich auf 297,00 EUR für zehn Einzelanwendungen manuelle Therapie, wovon dem zu 70% beihilfeberechtigten Kläger 207,90 EUR zu erstatten sind, und streitgegenständlich auf 25,70 EUR für eine Anwendung Krankengymnastik, wovon dem zu 70% beihilfeberechtigten Kläger 17,99 EUR zu erstatten sind.

43
Was die Kosten für die manuelle Therapie angeht, wird voll umfänglich auf die Ausführungen unter 1.) Bezug genommen, weil auch die hier streitgegenständliche ärztliche Verordnung vom 19. Februar 2019 die Diagnose „Trochantertendomyose li." beinhaltet, die Beklagte sich aber auf das Sachverständigengutachten vom 10. Oktober 2018 stützt, welches auf der Diagnose „Spinalkanalstenose LWS" beruht.

44
Im Hinblick auf die darüber hinaus streitgegenständlichen Kosten für eine Einzelanwendung Krankengymnastik gilt nichts Anderes. Denn die von der Beihilfestelle vorgenommene Beschränkung auf zehn Einzelanwendungen pro Quartal beruht ebenfalls auf den Feststellungen des Sachverständigen basierend auf der Diagnose „Spinalkanalstenose LWS".

45
Unklar ist auch nach Durchführung der mündlichen Verhandlung geblieben, weshalb die Beklagte entgegen ihren Ausführungen, es könnten nur noch zwei Einzelanwendungen Krankengymnastik bewilligt werden, weil im ersten Quartal bereits 8 Einzelanwendungen bewilligt worden seien, die Kosten für neun Anwendungen als beihilfefähig anerkannt und nur die Aufwendung für eine Einzelanwendung versagt hat.

46
Denn nach der hier vertretenen Auffassung war auch die Beschränkung auf zehn Einzelanwendungen Krankengymnastik pro Quartal entgegen der ärztlichen Verordnung auf der Grundlage des Gutachtens vom 10. Oktober 2018 rechtswidrig, so dass unabhängig von einem etwaigen Rechenfehler der Beklagten der Kläger einen Anspruch auf Gewährung von Beihilfe auch für die Aufwendungen für eine Einzelanwendung Krankengymnastik hat.

47
3. Nach alledem war den Klagen daher mit der Kostenfolge des § 154 Abs. 1 VwGO stattzugeben und die Beklagte entsprechend zu verpflichten. Die Entscheidung zur vorläufigen Vollstreckbarkeit beruht auf § 167 VwGO i.V.m. §§ 708 Nr. 11, 711 ZPO, der Streitwertbeschluss auf § 52 Abs. 3 GKG.