

Titel:

Vorlagepflicht aussagekräftiger Unterlagen bei geltend gemachtem Beihilfeanspruch für Komplextherapie

Normenkette:

BBhV § 24 Abs. 1, § 26 Abs. 2

Leitsätze:

1. Für die rechtliche Beurteilung beihilferechtlicher Streitigkeiten ist grundsätzlich die Sach- und Rechtslage maßgeblich, die zum Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen, für die Beihilfen verlangt werden, gegeben war. (Rn. 25) (redaktioneller Leitsatz)

2. Ob es sich bei erbrachten Leistungen um eine erstattungsfähige Komplextherapie handelt, ist unter Berücksichtigung der Vorgaben des jeweils anwendbaren „Operationen- und Prozedurenschlüssels, Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin (OPS)“, herausgegeben vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), anhand vom Beihilfeberechtigten vorzulegenden aussagekräftigen Unterlagen über die durchgeführte Behandlung zu ermitteln. (Rn. 30) (redaktioneller Leitsatz)

3. Der Dienstherr ist nicht verpflichtet, die Beihilfevorschriften so auszugestalten, dass die Wahl des Krankenhauses durch den Beamten immer für den Beamten wirtschaftlich neutral ausfällt. (Rn. 57) (redaktioneller Leitsatz)

Schlagworte:

Beihilfe, Komplexbehandlung, stationäre Krankenhausbehandlung in Privatklinik, Langliegerzuschlag, Abgeltung durch DRG-Fallpauschalen, vollstationäre Behandlung, Privatklinik, Prostatakarzinom, naturheilkundliche Komplextherapie, Alimentationspflicht, wirtschaftliche Neutralität, Komplextherapie

Vorinstanz:

VG Augsburg, Urteil vom 20.10.2016 – Au 2 K 14.1167

Rechtsmittelinstanz:

BVerwG, Beschluss vom 24.05.2023 – 5 B 20.22

Tenor

I. Die Berufung wird zurückgewiesen.

II. Der Kläger trägt die Kosten des Berufungsverfahrens.

III. Die Kostenentscheidung ist vorläufig vollstreckbar. Der Kläger darf die Vollstreckung durch Sicherheitsleistung oder Hinterlegung in Höhe des zu vollstreckenden Betrags abwenden, falls nicht die Beklagte vor der Vollstreckung Sicherheit in gleicher Höhe leistet.

IV. Der Streitwert für das Berufungsverfahren wird auf 5.796,94 Euro festgesetzt.

V. Die Revision wird nicht zugelassen.

Gründe

I.

1

Der Kläger begehrt weitere Beihilfeleistungen für eine vollstationäre Behandlung in einer Privatklinik.

2

Der Kläger, beihilfeberechtigter Versorgungsempfänger der Beklagten, wurde in der Zeit vom 2. April bis zum 7. Mai 2014 aus Anlass eines Prostatakarzinoms in einer Privatklinik vollstationär behandelt. Mit Rechnung vom 7. Mai 2014 stellte die Privatklinik ihm hierfür, nach pauschalen Pflegesätzen abrechnend, 10.404 Euro in Rechnung.

3

Auf einem Papiervordruck beantragte der Kläger unter dem 15. Mai 2014 bei der Beklagten für die Rechnung vom 7. Mai 2014 Beihilfe. Im Rahmen des Verwaltungsverfahrens nahm die Beihilfebehörde mittels eines sog. Webgroupers eine (hypothetische) DRG(diagnosis related group)-Fallgruppenberechnung vor. Ihr waren die Diagnosen C61, C.77.5, Z92.4, M54.16, R52.1 und F43.9 nach ICD 10 GM 2014 und die Prozeduren 8-601 (Teilkörperhyperthermie im Rahmen einer onkologischen Therapie), 8-975.24 (Naturheilkundliche Komplexbehandlung: mind. 21 Behandlungstage oder mind. 14 Behandlungstage und mind. 2520 Behandlungsminuten), 8-975.3 (naturheilkundliche und anthroposophisch-medizinische Komplexbehandlung: Anthroposophischmedizinische Komplexbehandlung) und 9-410.27 (Einzeltherapie: Gesprächspsychotherapie: An 11 und mehr Tagen) nach OPS Version 2014 über-mittelt worden. Als Gruppierungsergebnis wurde der DRG-Wert M60C (Bösartige Neubildungen der männlichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag oder Alter > 10 Jahre, ohne äußerst schwere CC, ohne hoch- und mittelgradig komplexe Chemotherapie) ermittelt.

4

Mit Bescheid vom 20. Mai 2014 setzte die Beklagte den beihilfefähigen Betrag auf 1.842,65 Euro fest und gewährte dem Kläger unter Zugrundelegung des Beihilfebemessungssatzes von 70 von 100 eine Beihilfe in Höhe von 1.289,86 Euro. Der Anlage zur „Berechnung der beihilfefähigen Beträge nach § 26 Abs. 2 BBhV“ ist zu entnehmen, dass die Beklagte auf der Basis des DRG-Werts M60C ein „effektives Entgelt“ in Höhe von 2.122,65 € errechnete, indem sie den von ihr berücksichtigten Bundesbasisfallwert in Höhe von 3.235,74 € mit der dem Fallpauschalenkatalog entnommenen Bewertungsrelation 0,656 multiplizierte. Die von ihr als nicht beihilfefähig bewerteten Kosten in Höhe von 8.281,35 Euro ermittelte die Beklagte ihrer Berechnung zufolge, indem sie die vorgenannten 2.122,65 Euro vom Rechnungsbetrag in Höhe von 10.404 Euro abzog. Von den 2.122,65 Euro wurde schließlich ein Eigenbehalt in Höhe von 280 Euro (28 Tage × 10 Euro) in Abzug gebracht und so der als beihilfefähig angesehene Betrag in Höhe von 1.842,65 Euro ermittelt.

5

Das Verwaltungsgericht hat die nach erfolglosem Widerspruchsverfahren erhobene Klage auf Gewährung weiterer Beihilfeleistungen in Höhe von 5.796,94 Euro mit Urteil vom 20. Oktober 2016 - Au 2 K 14.1167 - abgewiesen.

6

Der Verwaltungsgerichtshof hat mit Beschluss vom 15. Dezember 2017 - 14 ZB 16.2628 - die Berufung wegen besonderer tatsächlicher und rechtlicher Schwierigkeiten der Rechtssache zugelassen. Auf entsprechenden Antrag wurde die Berufungsbegründungsfrist auf Donnerstag, den 22. Februar 2018, verlängert. Der mit Anlagen neunseitige, die Berufungsbegründung enthaltende Schriftsatz vom 22. Februar 2018 ging per Post am 26. Februar 2018 beim Verwaltungsgerichtshof ein.

7

Durch Schriftsatz vom 12. März 2018 ließ der Kläger Wiedereinsetzung in den vorigen Stand hinsichtlich der Berufungsbegründungsfrist beantragen. Am 22. Februar 2018 habe die Klägerbevollmächtigte selbst den die Berufungsbegründung enthaltenden Schriftsatz auf das Fax gelegt und für die Handakte die ordnungsgemäße Versendung per Handzeichen gekennzeichnet. Das mit einem „OK-Vermerk“ versehene Faxprotokoll weise aus, dass am 22. Februar 2018 um 18:32 Uhr neun Seiten korrekt an die zutreffende Empfängernummer versandt worden seien. Die zuständige Geschäftsstelle des Verwaltungsgerichtshofs habe am 12. März 2018 mitgeteilt, in der Woche um den 22. Februar 2018 habe es technische Probleme mit dem Faxgerät gegeben. Die Klägerbevollmächtigte habe keine Möglichkeit gehabt, einen möglichen technischen Defekt beim Empfänger zu erkennen.

8

Der Verwaltungsgerichtshof hat aufgrund mündlicher Verhandlung mit Urteil vom 25. Februar 2019 - 14 B 17.2493 - die Berufung des Klägers zurückgewiesen. Zur Begründung hat er unter anderem ausgeführt, die Berufung sei zulässig. Der Kläger habe zwar die ihm antrags- und ordnungsgemäß bis zum 22. Februar 2018 verlängerte Berufungsbegründungsfrist nicht eingehalten. Hieran sei er aber ohne Verschulden gehindert gewesen, so dass ihm antragsgemäß Wiedereinsetzung in den vorigen Stand zu gewähren sei. Die Berufung sei aber unbegründet. Ein Anspruch auf weitere Beihilfe nach § 24 Abs. 1 Satz 1 BBhV scheitere an dem Fehlen eines hinreichenden Belegs, dass dem Kläger gegenüber - wie von ihm geltend

gemacht - eine Komplextherapie im Sinne dieser Bestimmung erbracht worden sei und in welcher Höhe hierfür Kosten angefallen seien. Die vorgelegte Rechnung der Privatklinik vom 7. Mai 2014 enthalte weder Ausführungen zu fachgebietsübergreifenden Behandlungen, die in Form einer vollstationären Komplextherapie erbracht worden seien, noch irgendeinen Anhaltspunkt dafür, in welcher Höhe dafür Aufwendungen angefallen sein könnten. Unabhängig von der Klinikrechnung sei die vom Kläger geltend gemachte Behandlung auch deshalb nicht als Komplextherapie anzusehen und abzurechnen, weil sie nicht in der für die Kodierung einer naturheilkundlichen Komplexbehandlung nach Operationen und Prozedurenschlüssel (OPS) 8-975.24 Version 2014 notwendigen Weise dokumentiert sei. Die in der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (U.v. 19.12.2017 - B 1 KR 19/17 R) für die Abrechnung einer geriatrischen frührehabilitativen Komplexleistung nach OPS 8-550.1 Version 2009 aufgestellten Dokumentationsanforderungen seien insoweit unter Berücksichtigung der diesbezüglichen Besonderheiten auf die vom Kläger geltend gemachte naturheilkundliche Komplexbehandlung übertragbar. Die vom Kläger im Widerspruchsverfahren vorgelegte Bescheinigung der Privatklinik vom 23. Juni 2014 genüge den Dokumentationsanforderungen schon deshalb nicht, weil sich ihr insbesondere keine zweimal wöchentlich stattfindende Teambesprechung entnehmen lasse. Ein anderes Dokument, das den Dokumentationsanforderungen genügen könnte, habe der Kläger nicht vorgelegt und sei auch sonst nicht ersichtlich.

9

Mit seiner vom Verwaltungsgerichtshof zugelassenen Revision hat der Kläger beim Bundesverwaltungsgericht sein Begehren, eine höhere Beihilfeleistung zu erhalten, weiter verfolgt.

10

Das Bundesverwaltungsgericht hat mit Urteil vom 16. Juli 2020 - 5 C 6.19 - das Berufungsurteil aufgehoben und die Sache an den Verwaltungsgerichtshof zurückverwiesen. Die Rüge, der Verwaltungsgerichtshof habe eine unzulässige Überraschungsentscheidung getroffen, die den Anspruch des Klägers auf rechtliches Gehör (Art. 103 Abs. 1 GG, § 108 Abs. 2 VwGO) verletze, sei begründet. Denn für einen gewissenhaften und kundigen Prozessbevollmächtigten sei es nicht vorhersehbar gewesen, dass der Verwaltungsgerichtshof die in der Entscheidung des Bundessozialgerichts (vgl. BSG, U.v. 19.12.2017 - B 1 KR 19/17 R - juris Rn. 35) formulierten Dokumentationsanforderungen auf die vom Kläger geltend gemachte naturheilkundliche Komplextherapie übertragen und in Anwendung dieser Rechtsprechung dahin erkannt habe, dass die bloße Angabe eines bestimmten OPS-Codes nicht genüge, um darzulegen beziehungsweise nachzuweisen, dass im konkreten Fall eine Komplextherapie durchgeführt worden sei. Die Entscheidungserheblichkeit der Gehörsverletzung sei nicht deshalb ausgeschlossen, weil die Privatklinik möglicherweise mit den Krankenkassen oder Rentenversicherungsträgern keine Vereinbarung über die Höhe der Vergütung geschlossen habe. Denn dabei handele es sich entgegen der Ansicht des Verwaltungsgerichts nicht um eine zwingende Voraussetzung dafür, dass die Aufwendungen beihilferechtlich als angemessen anerkannt werden könnten. Unter welchen Voraussetzungen und in welcher Höhe eine Beihilfe für Aufwendungen einer vollstationären Komplextherapie zu gewähren sei, sei in § 24 Abs. 1 BBhV abschließend geregelt. Der Verwaltungsgerichtshof habe zu der streitgegenständlichen vollstationären Behandlung des Klägers keine weiteren und hinreichenden Feststellungen getroffen. Erst nach einer weiteren Aufklärung des Sachverhalts könne entschieden werden, ob die Behandlung des Klägers die Voraussetzungen des Begriffs der Komplextherapie im Sinne des § 24 Abs. 1 BBhV auch dann nicht erfüllt habe, wenn für die Darlegung und den Beweis einer solchen Behandlung - in Übereinstimmung mit dem Verwaltungsgerichtshof - zwar mehr zu verlangen sein sollte, als die bloße Angabe des einschlägigen Codes des OPS, die zu stellenden Anforderungen aber geringer sein sollten, als sie der Verwaltungsgerichtshof angenommen habe. Der Verwaltungsgerichtshof müsse bei einer erneuten Verhandlung und Entscheidung in jedem Fall dem vom Kläger angebotenen Beweis, die Patientenakte vorzulegen, nachgehen. Geklärt werden müsse auch, ob es sich bei den in Rede stehenden Leistungen um stationäre Rehabilitationsmaßnahmen im Sinne des § 35 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 BBhV handele sowie ob und welche Auswirkungen in diesem Fall die nach den bindenden Feststellungen des Verwaltungsgerichtshof fehlende Durchführung des nach § 36 Abs. 1 Satz 1 BBhV erforderlichen Voranerkennungsverfahrens auf die Anwendung des § 24 Abs. 1 Satz 1 BBhV hätte.

11

Nach Aufforderung durch den Verwaltungsgerichtshof ließ der Kläger die Patientenakte im Original vorlegen. Ergänzend trug er vor, er habe eine Behandlung von mindestens 120 Therapieminuten pro Tag

durch ein klinisch-naturheilkundliches Team unter Leitung eines Facharztes mit der Zusatzbezeichnung „Naturheilverfahren“ und mit mindestens dreijähriger Erfahrung im Bereich der klassischen Naturheilverfahren erhalten. Bei den durchgeführten Therapien habe es sich um Folgendes gehandelt: hochdosierte Vitamin- und Mineralstoffgaben, ozon-angereicherte isovolumentrische Haemodilution, Faktor AF2 Injektion, subcutane Mistelgaben nach vorangegangener Austestung, Mistelhochdosisinfusionsserie, lokoregionale Tiefenhyperthermien am Unterbauch, Entgiftung mit homöopathischen Präparaten, Kaffee-Einläufe, modifizierte Sauerstoffmehrschritt-Therapie nach Prof. Dr. Dr. von A., Magnetfeldtherapie, Bewegungstherapie, Entspannungsverfahren, Qi Gong, Meditation, Klangschalenterapie, Gestalttherapie, spezielle Diätik mit Teeplan, psychotherapeutische Gespräche mit Teeplan, psychotherapeutische Einzelgespräche. Das fachgruppenübergreifende Team habe sich unter der Leitung eines Facharztes für Naturheilverfahren befunden. Dem Team hätten neben Ärzten auch fachkundiges Pflegepersonal mit mindestens einer halbjährigen naturheilkundlichen Erfahrung angehört. Das Team sei ergänzt worden durch einen Masseur/Physiotherapeuten, Heilpraktiker/Psychotherapeuten, Ernährungsberater, Meditationslehrer, Klangschalenterapeuten, Kunsttherapeuten und Qi Gong-Übungsleiter. Zu Beginn der Behandlung sei ein spezifisch naturheilkundliches, diagnostisches und therapeutisches Konzept erstellt worden. Mindestens zweimal wöchentlich habe eine Teambesprechung unter Einbeziehung somatischer, ordnungstherapeutischer und sozialer Aspekte mit patientenbezogener Dokumentation der bisherigen Behandlungsergebnisse und der weiteren Behandlungsziele stattgefunden. Es sei eine naturheilkundlich erweiterte Pflege durch fachkundiges Pflegepersonal unter Einsatz der oben genannten Therapien, unter anderem der Ernährungstherapie, Kunst- und Musiktherapie erfolgt. Nach alledem liege eine naturheilkundliche Komplexbehandlung vor. Im Übrigen trug der Kläger vor, in seinem Fall sei § 26 Abs. 2 Nr. 2 BBhV einschlägig. Der beihilfefähige Betrag errechne sich wie folgt: 36 (Tage) x 289 Euro = 10.404,00 Euro. Hieraus ergebe sich eine Beihilfe in Höhe von 7.282,80 Euro, auf die die gezahlte Beihilfe anzurechnen sei. Er habe in der Klinik vor Behandlungsbeginn angefragt, die ihm mitgeteilt habe, dass die Behandlung von der Beihilfe übernommen werde. Eine andere Auslegung verstoße gegen das Fürsorgeprinzip. Er habe unverschuldet die Kosten einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung selbst tragen müssen. Er erhalte pro Jahr 25.687,72 Euro Bezüge. Davon müsse er die Kosten der Krankenversicherung und die sonstigen Lebenshaltungskosten sowie die ratenweise Rückzahlung an die Klinik tragen. Dies sei eine besondere Härte für ihn, der zu Recht an die Kostenübernahme durch die Beihilfe geglaubt habe. Das erstinstanzliche Urteil verstoße gegen die Bundesbeihilfeverordnung und gegen Art. 33 GG.

12

Der Kläger beantragt,

13

ihm unter Abänderung des Urteils des Verwaltungsgerichts vom 20. Oktober 2016 und unter Aufhebung des Beihilfebescheids vom 20. Mai 2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 7. Juli 2014 weitere Beihilfe zu den Aufwendungen gemäß Beihilfeantrag vom 15. Mai 2014 für die Rechnung der Privatklinik vom 7. Mai 2014 über die mit Beihilfebescheid vom 20. Mai 2014 gewährte Beihilfe von 1.289,86 Euro hinaus in Höhe von 5.796,94 Euro zu gewähren.

14

Die Beklagte beantragt,

15

die Berufung zurückzuweisen.

16

Die vom Kläger durchgeführten Therapien entsprächen der Aufzählung auf Seite 3 im Arztbericht vom 7. Mai 2014 an Herrn Dr. M.. Auf der nächsten Seite dieses Arztberichts werde unter anderem ausgeführt, dass ein individuell konzipiertes naturheilkundliches Therapieprogramm, in dessen Mittelpunkt antitumorale, ausleitende und immunwirksame Maßnahmen gestanden hätten, durchgeführt worden sei. Die durchgeführten Therapien, insbesondere Hyperthermien und die Mistelhochdosisinfusionen, hätte der Patient gut vertragen. Als Therapievorschlagn sei unter anderem die Einnahme von Vitamin C, Vitamin E, Zinkorot und so weiter vorgeschlagen worden. Bei den vorgeschlagenen Therapien handele es sich durchweg um Behandlungen, die von der Erstattungsfähigkeit nach Anlage 1 zu § 6 Abs. 2 BBhV ausgeschlossen seien. Wenn diese Behandlungen im Rahmen einer Komplextherapie erstattet würden,

würden sich die gesetzlichen Regelungen in Anlage 1 zu § 6 Absatz 2 BBhV und § 24 Absatz 1 BBhV widersprechen. Auf dem Umweg über die Komplextherapie wolle der Kläger die Erstattung von Untersuchungen und Behandlungen erreichen, die nach Anlage 1 zu § 6 Absatz 2 BBhV von der Erstattung ausgeschlossen seien. Aus den vorgelegten Tagesplänen gehe hervor, dass praktisch der ganze Tag mit Maßnahmen und Betätigungen ausgefüllt gewesen sei, die nach der Bundesbeihilfeverordnung nicht erstattungsfähig seien. Außerdem scheitere die Beihilfefähigkeit nach § 24 Abs. 1 Satz 2 BBhV bereits daran, dass die Komplextherapie (falls diese überhaupt vorliege) nicht von einem berufsgruppenübergreifenden Team von Therapeutinnen und Therapeuten erbracht worden sei, dem auch Ärztinnen, Ärzte, psychologische Psychotherapeutinnen, psychologische Psychotherapeuten oder Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach Anlage 10 (zu § 23 Abs. 1 und § 24 Abs. 1 BBhV a.F.) angehörten. Von den aufgezählten Berufsgruppen seien in der Klinik zwei Ärzte tätig. Dort gebe es jedoch keine Psychologen, keine Psychotherapeuten und keine Ergotherapeuten. Nur die Berufsgruppe des Masseurs sei vertreten. Der Masseur übe diesen Beruf in der Klinik jedoch nicht aus. In dem Tagesplan für die Patienten sei von 15.00 Uhr bis 16.00 Uhr Bewegungstherapie vorgesehen. Tatsächlich sei die Bewegungstherapie jedoch nur an wenigen Tagen durchgeführt worden.

17

Mit Schreiben des Verwaltungsgerichtshof vom 18. März 2022 wurde die Klägerseite unter Fristsetzung dazu aufgefordert mitzuteilen, ob es sich bei dem auf Seite 11 des vorgelegten Qualitätsberichts der Privatklinik für das Jahr 2014 genannten „Leitenden Arzt“ um den Oberarzt W. handelte, der das in der Patientenakte vorhandene Schreiben vom 7. Mai 2014 an Dr. M. in K. unterzeichnet hat, und welchen „Facharzt“ Herr W. zum damaligen Zeitpunkt als Titel trug, und - falls es sich nicht um Herrn W. handelte - welchem Arzt ansonsten die Leitung des Klinikteams oblag und welchen Facharzt dieser Arzt 2014 hatte.

18

Der Kläger äußerte sich zu diesem Schreiben nicht.

19

Mit Schreiben des Verwaltungsgerichtshofs vom 14. April 2022 wurden die Beteiligten zu einer Entscheidung nach § 130a VwGO angehört.

20

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten zum Sach- und Streitstand wird auf die Gerichtsakten und die vorgelegten Behördenakten Bezug genommen.

II.

21

1. Der Senat konnte nach § 130a VwGO durch Beschluss entscheiden, da er die Berufung einstimmig für unbegründet hält und die Beteiligten dazu angehört worden sind. Einwände gegen eine solche Vorgehensweise wurden nicht erhoben.

22

2. Die Berufung ist zulässig. Der Kläger hat zwar die ihm antrags- und ordnungsgemäß bis zum 22. Februar 2018 verlängerte Berufungsbegründungsfrist nicht eingehalten. Hieran war er aber ohne Verschulden gehindert gewesen, so dass ihm antragsgemäß Wiedereinsetzung in den vorigen Stand zu gewähren ist. Das von der Klägerbevollmächtigten vorgelegte, mit dem Vermerk „OK“ versehene Faxprotokoll vom 22. Februar 2018, welches eine ihrerseits störungsfreie Absendung eines neunseitigen Dokuments an die Faxnummer des Verwaltungsgerichtshofs belegt, beweist weder für sich genommen noch unter Berücksichtigung sonstiger relevanter Umstände, dass der Schriftsatz der Klägerbevollmächtigten vom 22. Februar 2018, der die Berufungsanträge und die Berufungsbegründung enthält, noch rechtzeitig am Donnerstag, den 22. Februar 2018 beim Verwaltungsgerichtshof eingegangen ist. Der OK-Vermerk ist ein bloßes Indiz für den tatsächlichen Zugang beim Empfänger. Er belegt nur das Zustandekommen der Verbindung, nicht aber die erfolgreiche Übermittlung der Signale an das Empfangsgerät (vgl. nur BGH, B.v. 12.4.2016 - VI ZB 7/15 - NJW-RR 2016, 816/817). Dieses Indiz wird insbesondere nicht durch einen dem Datum des Fristablaufs entsprechenden oder wenigstens zeitlich nahekommenden Schriftgut- oder sonstigen Dateneingang seitens des Klägers zur Berufungsbegründung beim Verwaltungsgerichtshof bekräftigt. Die Berufungsbegründung vom 22. Februar 2018 ist erstmals auf dem Postweg, und zwar am

Montag, den 26. Februar 2018 und damit außerhalb der verlängerten Frist zur Berufungsbegründung beim Verwaltungsgerichtshof eingegangen.

23

Im Wiedereinsetzungsantrag vom 12. März 2018 haben die Klägerbevollmächtigten unter Vorlage der Kopie des Faxprotokolls vom 22. Februar 2018 ausgeführt, dass es sich beim demnach versandten Dokument um die unter dem 22. Februar 2018 erstellte, neunseitige Berufungsbegründung samt Anlagen gehandelt hat. Da im fraglichen Zeitraum nicht ausgeschlossen werden kann, dass an den Verwaltungsgerichtshof gerichtete Faxe aufgrund eines damals bestehenden, außergewöhnlichen technischen Defekts seiner Faxgeräte nicht angekommen sind, kann die Nichteinhaltung der Berufungsbegründungsfrist durch den Kläger nicht als schuldhaft im Sinne des § 60 Abs. 1 VwGO angesehen werden, so dass ihm Wiedereinsetzung in den vorigen Stand zu gewähren ist.

24

3. Die Berufung ist unbegründet. Das Verwaltungsgericht hat die Klage zu Recht abgewiesen. Dem Kläger steht kein Anspruch auf weitere Beihilfeleistungen zu. Der Bescheid des Beklagten vom 20. Mai 2014 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 7. Juli 2014 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten (§ 113 Abs. 5 Satz 1 VwGO).

25

Für die rechtliche Beurteilung beihilferechtlicher Streitigkeiten ist grundsätzlich die Sach- und Rechtslage maßgeblich, die zum Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen, für die Beihilfen verlangt werden, gegeben war (BVerwG, U.v. 30.4.2009 - 2 C 127.07 - juris Rn. 7). Danach finden hier die Beihilfavorschriften Anwendung, die im Kalenderjahr 2014 Gültigkeit besaßen. Das ist die auf der Grundlage von § 80 Abs. 4 BBG ergangene Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) vom 13. Februar 2009 (BGBl. I 2009, S. 326), zuletzt geändert durch Verordnung vom 12. Dezember 2012 (BGBl. I 2012, S. 2657), da die vom Kläger geltend gemachten Aufwendungen nach dem Inkrafttreten der Änderungsverordnung entstanden sind.

26

Dem beihilfeberechtigten Kläger stehen keine weiteren Leistungen nach § 24 BBhV a.F. oder nach § 26 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 Buchst. a BBhV a.F. zu.

27

3.1 Dem Kläger können keine weiteren Beihilfeleistungen zur Erstattung einer stationären Komplextherapie nach § 24 BBhV a.F. gewährt werden, denn eine solche Komplexbehandlung ist ihm gegenüber von der Klinik nicht erbracht worden.

28

Nach § 24 Abs. 1 BBhV a.F. sind Aufwendungen für Leistungen, die in Form von ambulanten, voll- oder teilstationären Komplextherapien erbracht und pauschal berechnet werden, abweichend von § 6 Abs. 3 BBhV a.F. und § 23 Abs. 1 BBhV a.F. in angemessener Höhe beihilfefähig. Die Beihilfefähigkeit setzt voraus, dass die Komplextherapie von einem berufsgruppenübergreifenden Team von Therapeutinnen und Therapeuten erbracht wird, dem auch Ärztinnen, Ärzte, psychologische Psychotherapeutinnen, psychologische Psychotherapeuten oder andere Angehörige von Gesundheits- und Medizinalfachberufen nach Anlage 10 (zu § 23 Abs. 1 und § 24 Abs. 1 BBhV a.F.) angehören müssen.

29

Komplextherapien sind fachgebietsübergreifende Behandlungen eines einheitlichen Krankheitsbildes, die gemeinsam durch ärztliches und gegebenenfalls nicht ärztliches Personal durchgeführt werden. Die Beteiligung einer Ärztin oder eines Arztes muss dabei sichergestellt werden. Zu den Komplextherapien gehören unter anderem Asthmaschulungen, COPD-Schulungen, ambulante Entwöhnungstherapien, ambulante Tinnitusstherapien (Pauschalrechnung), ambulante kardiologische Therapien, Diabetikerschulungen und Adipositaschulungen (vgl. Nr. 24.1.1. BBhVVwV 2013)

30

Ob es sich bei den erbrachten Leistungen tatsächlich um eine erstattungsfähige Komplextherapie handelt, ist dabei unter Berücksichtigung der Vorgaben des jeweils anwendbaren „Operationen- und Prozedurenschlüssels, Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin (OPS)“, herausgegeben vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), hier einschlägig: Version

2014, anhand vom Beihilfeberechtigten vorzulegenden aussagekräftigen Unterlagen über die durchgeführte Behandlung zu ermitteln (BayVGh, B.v. 11.04.2022 - 24 B 20.1990 - juris Rn. 17 zu § 20 BayBhV).

31

Im vorliegenden Fall hat der Kläger die Patientenakte vorgelegt, die unter anderem ein Klinikschreiben vom 7. Mai 2014 an den behandelnden Arzt des Klägers in K., unterzeichnet von Herrn J. (Oberarzt) und Frau Dr. M. (Frauenärztin), einen Medikamentenplan, ein Pflegeaufnahmeprotokoll, einen Anamnesebogen, Laborberichte und insbesondere Tagespläne für jeden Behandlungstag enthält. Aus den in der Patientenakte enthaltenen Unterlagen ergibt sich nicht, dass bei dem Kläger eine Komplextherapie stattgefunden hat, deren Kosten vom Beklagten erstattet werden müssten.

32

Als sog. Komplexbehandlungen wurden der Beihilfestelle die Prozeduren 8-975.24 (Naturheilkundliche Komplexbehandlung: mind. 21 Behandlungstage oder mind. 14 Behandlungstage und mind. 2520 Behandlungsminuten) und 8-975.3 (naturheilkundliche und anthroposophisch-medizinische Komplexbehandlung: Anthroposophischmedizinische Komplexbehandlung) übermittelt.

33

3.1.1 Es hat bei dem Kläger keine stationäre „anthroposophisch-medizinische Komplextherapie“ gemäß OPS-Code 8-975.3 stattgefunden. Insoweit ist schon nicht ersichtlich, dass es sich bei der hier in Rede stehenden Klinik um eine anthroposophische Klinik handelt. Bisher wurde zu speziell anthroposophischen Behandlungen auch nichts vorgetragen. Solche ergeben sich auch nicht aus der vorgelegten Patientenakte.

34

3.1.2 Ebenso ist nicht ersichtlich, dass bei dem Kläger eine „naturheilkundliche Komplextherapie“ nach OPS-Code 8-975.2 durchgeführt worden ist. Der Kläger behauptet dies zwar und trägt vor, er habe eine Behandlung von mindestens 120 Therapieminuten pro Tag durch ein klinisch-naturheilkundliches Team unter Leitung eines Facharztes mit der Zusatzbezeichnung Naturheilverfahren und mit mindestens dreijähriger Erfahrung im Bereich der klassischen Naturheilverfahren erhalten. Er führt dabei alle in den Tagesplänen erwähnten Therapien wie Magnetfeldtherapie, Bewegungstherapie usw. an. Zum Beweis bietet er schriftsätzlich die bereits vorgelegte Patientenakte, sowie als Zeugen den Oberarzt Herrn W. und den Geschäftsführer der Klinik, Herrn L., an.

35

Der Vortrag ist insoweit oberflächlich und pauschal. Es bleibt im Dunklen, inwieweit tatsächlich ein klinisch-naturheilkundliches Team unter Leitung eines Facharztes mit der Zusatzbezeichnung Naturheilverfahren und mit mindestens dreijähriger Erfahrung im Bereich der klassischen Naturheilverfahren im Fall des Klägers tätig wurde und wer im konkreten Fall dieser Facharzt war, der für die Behandlung des Klägers zuständig war. Auf das Schreiben des Verwaltungsgerichtshofs vom 18. März 2022 hat der Kläger nicht geantwortet. In diesem war er gebeten worden, Näheres zum „Leitenden Arzt“ der Klinik und im Speziellen zum Oberarzt Herrn W. mitzuteilen, der anscheinend in die Behandlung des Klägers eingebunden war, da er ein abschließendes Schreiben am Ende des Klinikaufenthalts unterschrieb. Dieses Schreiben hat zudem die Frauenärztin Dr. M. unterschrieben, zu der ebenfalls nichts Weiteres bekannt ist. Zu der Frage, wer denn konkret der Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Naturheilverfahren und mit mindestens dreijähriger Erfahrung im Bereich der klassischen Naturheilverfahren war, der das klinisch-naturheilkundliche Team leitete, das im Jahr 2014 den Kläger behandelt hat, wurde trotz gerichtlicher Hinweise in den Schreiben vom 18. März 2022 und vom 14. April 2022 nichts Konkretes vorgetragen.

36

Unklar ist auch, ob der Kläger tatsächlich eine Behandlung von mindestens 120 Therapieminuten pro Tag erfahren hat. Aus den in der Patientenakte befindlichen Tagesplänen lässt sich dies so nicht entnehmen. Es ist zum Beispiel nicht ersichtlich, wie viel Zeit eine Behandlung mit „ionisiertem Sauerstoff“ in Anspruch nimmt.

37

Nicht einmal ansatzweise ist aus den vorgelegten Unterlagen erkennbar, ob zweimal wöchentlich eine Teambesprechung mit patientenbezogener Dokumentation stattgefunden hat.

38

Es ist des Weiteren nicht ersichtlich, wer diesem Team im konkreten Fall angehört hat, und ob es sich dabei um ein berufsgruppenübergreifendes Team im Sinne des § 24 Abs. 1 Satz 2 BBhV a.F. handelte.

Psychologische Psychotherapeutinnen und psychologische Psychotherapeuten waren laut Qualitätsbericht der Klinik für 2014 im betreffenden Zeitraum in der Klinik nicht tätig. Von den in Anlage 10 (zu § 23 Abs. 1 und § 24 Abs. 1 BBhV a.F.) genannten Angehörigen von Gesundheits- und Medizinalfachberufen ist im Bericht lediglich unter der Berufsgruppe „Masseur“ zu 0,3 (Anzahl Vollzeitstellen) ein „Physiotherapeut, bei Bedarf“ genannt. Unklar ist, inwieweit dieser tatsächlich bei den Behandlungen des Klägers tätig und auch in den Teambesprechungen, soweit sie stattgefunden haben, eingebunden war. Als „psycho-onkologische Einzelsitzungen“ sind im Zeitraum von fünf Wochen drei Sitzungen vermerkt. Soweit ersichtlich, wurden diese Sitzungen von einem Heilpraktiker (s. Qualitätsbericht 2014 auf S. 11) und nicht von einem Arzt oder einer Ärztin oder einem Psychologischen Psychotherapeuten oder einer Psychologischen Psychotherapeutin durchgeführt.

39

Die zum Beweis angebotene und tatsächlich vorgelegte Patientenakte ist für die Frage, ob beim Kläger tatsächlich eine „naturheilkundliche Komplextherapie“ nach OPS-Code 8-975.2 durchgeführt worden ist, daher letztlich nicht ergiebig.

40

Soweit der Kläger für das Vorliegen einer solchen Komplextherapie schriftsätzlich als Zeugen den Oberarzt Herrn W. und den Geschäftsführer der Klinik, Herrn L., anbietet, kann dies seiner Berufung ebenfalls nicht zum Erfolg verhelfen. Es ist schon nicht ersichtlich, welche Tatsachen im Einzelnen durch deren Einvernahme bewiesen werden soll. Ein Zeugenbeweis wird nach § 98 VwGO i.V.m. § 373 ZPO durch die Benennung der Zeugen und die Bezeichnung der Tatsachen, über die die Vernehmung der Zeugen stattfinden soll, angetreten. Der Antrag muss dabei den Zeugen namentlich benennen und eine ladungsfähige Anschrift (s. § 377 ZPO) angeben (vgl. Damrau/Weinland in Münchener Kommentar zur ZPO, 6. Aufl. 2020, § 373 Rn. 20). Ein hinreichend substantiierter Beweisantrag setzt zudem voraus, dass er sich auf eine konkrete und individualisierte Tatsache bezieht und das bezeichnete Beweismittel muss - abstrakt - geeignet sein, für den entsprechenden Umstand Beweis zu erbringen. Das erfordert etwa bei einem angebotenen Zeugenbeweis, dass in nachvollziehbarer Weise dargelegt wird, weshalb die betreffende Person Kenntnis von der in ihr Wissen gestellten Tatsache haben kann (vgl. Schübel-Pfister in Eyermann, VwGO, 15. Aufl. 2019, § 86 Rn. 55). Im vorliegenden Fall ist weder dargelegt noch ersichtlich, welche Tatsachen im Speziellen die Zeugen bestätigen soll. Der Vortrag bleibt insoweit pauschal und oberflächlich und gibt die Umschreibung der naturheilkundlichen Komplextherapie nach OPS-Code 8-975.2 und eine Auflistung einzelner Therapien, wie sie insbesondere aus den in der Patientenakte enthaltenen Tagesplänen zu entnehmen sind, wieder, ohne im Einzelnen darzulegen, zu welcher konkreten und individualisierten Tatsache die als Zeugen angebotenen Personen aussagen können.

41

Es war auch nicht von Amts wegen weiter aufzuklären, ob bei dem Kläger eine stationäre Komplextherapie erbracht worden ist. In tatsächlicher Hinsicht sind Aufklärungsmaßnahmen im Rahmen der Amtsermittlungspflicht in der Regel nur dann veranlasst, wenn sich diese nach den Umständen des Einzelfalls aufdrängen (vgl. Schübel-Pfister a.a.O. Rn. 33). Aus den vorgelegten Unterlagen ergeben sich keine hinreichenden Anhaltspunkte dafür, dass eine Komplexbehandlung i.S.d. § 24 Abs. 1 BBhV a.F. stattgefunden hat.

42

3.2 Die für die Behandlung des Klägers angefallenen Kosten können auch nicht als Kosten für eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme nach § 35 Abs. 1 Nr. 1 BBhV a.F. erstattet werden, denn die Voraussetzungen dafür liegen nicht vor. Gemäß § 36 Abs. 1 Satz 1 BBhV a.F. sind Aufwendungen für Rehabilitationsmaßnahmen nach § 35 Abs. 1 Nr. 1, 2 und 4 nur beihilfefähig, wenn die Festsetzungsstelle auf entsprechenden Antrag die Beihilfefähigkeit vor Beginn der Rehabilitationsmaßnahme anerkannt hat. Weder ein Antrag noch eine diesbezügliche Anerkennung der Festsetzungsstelle im Sinne des § 36 Abs. 1 Satz 1 BBhV a.F. liegt vor.

43

3.3 Dem Kläger stehen auch keine weiteren Leistungen auf Grundlage des § 26 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 oder Nr. 2 BBhV a.F. zu.

44

Gemäß § 26 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 BBhV a.F. sind bei Behandlungen in Krankenhäusern, die nicht nach dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung abrechnen, die Aufwendungen wie folgt beihilfefähig: bei Indikationen, die mit Fallpauschalen nach dem Krankenhausentgeltgesetz abgerechnet werden können, die allgemeinen Krankenhausleistungen (§ 26 Abs. 1 Nr. 2 BBhV a.F.) bis zu dem Betrag, der sich bei Anwendung des Fallpauschalenkatalogs nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 des Krankenhausentgeltgesetzes (im Folgenden KHEntgG) für die Hauptabteilung ergibt; dabei wird die obere Grenze des nach § 10 Abs. 9 KHEntgG zu vereinbarenden einheitlichen Basisfallwertkorridors zugrunde gelegt.

45

3.3.1 Unter dem Begriff der Indikation im Sinne des § 26 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 BBhV a.F. ist die Gesamtheit derjenigen Patientendaten zu verstehen, die vorgegeben von dem in der einschlägigen Fallpauschalenvereinbarung in Bezug genommenen DRG-Ermittlungsprogramm (Grouper) zur Ermittlung der DRG-Fallpauschale abzufragen sind. Dazu gehören Diagnosen und Prozeduren sowie gegebenenfalls die sonstigen benötigten Sachverhaltsangaben - etwa das Alter des Patienten - (vgl. BSG, U.v. 8.11.2011 - B 1 KR 8/11 R - BSGE 109, 236 Rn. 19 f.). Die DRG-Bezeichnungen, die der vorliegend anwendbare Fallpauschalen-Katalog enthält, sind nicht (nur) auf Heilanzeigen im Sinne des herkömmlichen medizinischen Begriffsverständnisses der Indikation, sondern auf die vorgenannten, beihilferechtlich relevanten Patientendatenkombinationen zugeschnitten, welche die Ermittlung einer DRG-Fallpauschale erst ermöglichen (vgl. den Wortlaut des § 26 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 BBhV a.F.: „...Indikationen, die ... abgerechnet werden können, ...“). Das veranschaulicht der Fall des Klägers exemplarisch, da die DRG-Bezeichnung zum DRG-Wert M60C unter Bezugnahme auf das Lebensalter des Patienten (älter als 10 Jahre) etwa mit den Bezeichnungen „Bösartige Neubildungen der männlichen Geschlechtsorgane“ und „ohne hoch- und mittelgradig komplexe Chemotherapie“ auf eine Kombination aus medizinischer Diagnose (insbesondere C61 ICD 10 GM Version 2014) und medizinischer Heilanzeige bzw. Behandlung abstellt.

46

Dem als „Gruppierung“ bezeichneten Prozess der Zuordnung zu den in § 26 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 BBhV a.F. in Bezug genommenen Fallpauschalen (sog. DRG-Zuordnung) nach der vom DIMDI aufgebauten Systematik liegt ein festgelegter Gruppierungsalgorithmus zugrunde, der mittels zertifizierter Software-Programme (sog. Grouper) anzuwenden ist (BSG, U.v. 25.11.2010 - B 3 KR 4/10 R - BSGE 107, 140 Rn. 13; U.v. 8.11.2011 - B 1 KR 8/11 R - BSGE 109, 236 Rn. 20). Welche DRG-Fallgruppe einschlägig (und daher abzurechnen) ist, ergibt sich allein daraus, welche DRG-Positionen der Grouper nach Eingabe der entsprechenden Daten ansteuert. Das Prozesshafte des Gruppierungsvorgangs und seine Grundannahme, dass es für jede Behandlung nur eine richtige Eingabe und DRG-Position gibt, die bereits im zertifizierten Grouper durch den Algorithmus vorgezeichnet ist, bedeutet, dass die rechtlich verbindlichen Regelungen nicht in „klassischen“ Vergütungstatbeständen abgebildet werden (vgl. BSG, U.v. 8.11.2011 a.a.O. Rn. 19 f.).

47

Soweit somit eine Indikation im Sinne des § 26 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 BBhV a.F. mit Fallpauschalen nach dem Krankenhausentgeltgesetz abgerechnet werden kann, da eine DRG-Fallpauschale existiert und vom Grouper angesteuert wird, ist § 26 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 BBhV a.F. lex specialis gegenüber dessen Nummer 2, die nach ihrem Wortlaut nur „in allen anderen Fällen“ gilt.

48

Bereits an diesem Auslegungsergebnis, das von festgelegten Gruppierungsalgorithmen im Prozess der DRG-Zuordnung ausgeht, scheidet das Argument des Klägers, für ihn sei § 26 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 BBhV a.F. einschlägig, weil die erbrachten Leistungen einer Komplextherapie nicht mit der Fallpauschale abgegolten würden, da die Komplexbehandlung erst bei 21 Tagen abgerechnet werden könne, wogegen die Fallpauschale nur aufgrund einer mittleren Verweildauer von 5,2 Tagen berechnet werde. Denn auch im Fall des Klägers war eine DRG-Zuordnung möglich.

49

§ 26 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 BBhV a.F. ist dabei dahin auszulegen, dass sich diese Vorschrift für die Anwendung des Fallpauschalenkatalogs nach § 9 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG nur auf den in Spalte 4 des Teils a) „Bewertungsrelationen bei Versorgung durch Hauptabteilungen“ dieses Fallpauschalenkatalogs

enthaltenen Wert bezieht, woraus sich ergibt, dass eine Berücksichtigung des Langliegerzuschlags und aller anderen zusätzlichen Entgelte und Zuschläge, die zugelassene Krankenhäuser für allgemeine Krankenhausleistungen geltend machen können, ausgeschlossen ist.

50

§ 26 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 Halbs. 1 BBhV a.F. nimmt auf den Betrag Bezug, der sich bei Anwendung des Fallpauschalenkatalogs nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG für die Hauptabteilung ergibt. Damit verweist der Verordnungswortlaut zunächst auf Teil a) des Fallpauschalen-Katalogs, der die Bewertungsrelationen bei Versorgung durch Hauptabteilungen zum Gegenstand hat. Der Verordnungswortlaut verweist darüber hinaus aber noch genauer - weil er gerade nicht den Plural „Hauptabteilungen“, sondern den Singular „Hauptabteilung“ verwendet - innerhalb des vorgenannten Teils a) nur auf die Spalte 4, die mit den Worten „Bewertungsrelation bei Hauptabteilung“ überschrieben ist. Dagegen fällt der Langliegerzuschlag im Fallpauschalenkatalog der G-DRG-Version 2014 nicht unter Spalte 4, sondern unter die Spalten 9 und 10, die jeweils auf erster Gliederungsebene mit den Worten „Obere Grenzverweildauer“ überschrieben sind. Als erster Belegungstag, an dem nach § 1 Abs. 2 der Fallpauschalenvereinbarung 2014 ein tagesbezogenes Entgelt zusätzlich zur Fallpauschale gezahlt wird (vgl. hierzu auch den Erläuterungstext zu Fußnote 3 des Fallpauschalenkatalogs der G-DRG-Version 2014), ist dort in Spalte 9 für den im Fall des Klägers gebildeten DRG M60C der Tag 13 angegeben. Auf die Spalten 9 und 10 des vorgenannten Fallpauschalenkatalogs bezieht sich § 26 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 Halbs. 1 BBhV a.F. nach den obigen Darlegungen jedoch nicht. Deshalb schließt diese Norm die Berücksichtigung des Langliegerzuschlags aus.

51

Durch den alleinigen Verweis in § 26 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 Halbs. 1 BBhV a.F. auf den in Spalte 4 des DRG-Fallpauschalenkatalogs (Teil a) enthaltenen Wert ist auch eine Berücksichtigung aller anderen zusätzlichen Entgelte und Zuschläge, die zugelassene Krankenhäuser für allgemeine Krankenhausleistungen geltend machen können, ausgeschlossen.

52

Ausgeschlossen ist somit insbesondere die Berücksichtigung aller zusätzlicher Entgelte, etwa die Berücksichtigung sog. Zusatzentgelte gemäß Anlagen 2 bis 7 zur Fallpauschalenvereinbarung 2014, wobei der in dieser Anlage 6 enthaltene Zusatzentgelte-Katalog für den OPS-Code 8-975.24 das Zusatzentgelt ZE2014-40 vorsieht.

53

Begründet wird der dargelegte Ausschluss mit dem Ansatz der oberen Grenze des nach § 10 Abs. 9 KHEntgG zu vereinbarenden einheitlichen Basisfallwertkorridors gemäß § 26 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 Halbs. 2 BBhV a.F. (vgl. Begründung des Bundesinnenministeriums zur Dritten Verordnung zur Änderung der Bundesbeihilfeverordnung vom 8. September 2012, S. 136 Mitte; Mildenerger, Beihilferecht in Bund, Ländern und Kommunen, Stand November 2017, Anmerkung 4 zu § 26a BBhV).

54

Auch an diesem Auslegungsergebnis scheitert das Argument des Klägers, für ihn sei § 26 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 BBhV a.F. einschlägig, weil die erbrachten Leistungen einer Komplextherapie nicht mit der Fallpauschale abgegolten würden, da die Komplexbehandlung erst bei 21 Tagen abgerechnet werden könne, wogegen die Fallpauschale nur aufgrund einer mittleren Verweildauer von 5,2 Tagen berechnet werde. Denn durch den so begründeten Rückgriff auf § 26 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 BBhV a.F. würde die mit § 26 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 BBhV a.F. bezweckte, pauschalierende Deckelung der Beihilfefähigkeit allgemeiner Krankenhausleistungen - dem klar erkennbaren Willen des Ordnungsgebers zuwider - konterkariert. Das Argument des Klägers, es sei rechtswidrig, wenn das Verwaltungsgericht auf Nr. 26.2.1 Satz 3 BBhVVwV 2013 abstelle, wonach unabhängig von der tatsächlichen Verweildauer von der mittleren Verweildauer der Fallpauschale auszugehen sein solle, geht ins Leere, weil sich die Maßgeblichkeit der mittleren Verweildauer bereits aus dem in § 26 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 Halbs. 1 BBhV a.F. enthaltenen Verweis auf den in Spalte 4 des DRG-Fallpauschalenkatalogs (Teil a) enthaltenen Wert ergibt.

55

In dieser Auslegung ist § 26 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 BBhV a.F. auch verfassungsgemäß, obwohl die dort vorgesehene Deckelung in vielen Fällen - so auch im Fall des Klägers - dazu führen kann, dass der Beihilfeberechtigte selbst hohe Kosten tragen muss.

57

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 suchen wäre (BVerfG, B.v. 7.11.2002 a.a.O. S. 233). Der Dienstherr erfüllt seine Fürsorgepflicht auch dann, wenn er dem Beamten oder Versorgungsempfänger im Fall eines notwendig werdenden Krankenhausaufenthalts lediglich eine an den Regelsätzen für Unterkunft, Verpflegung und ärztliche Behandlung ausgerichtete Beihilfe gewährt und sich damit auf das Maß des medizinisch Gebotenen beschränkt (vgl. BVerfG, B.v. 7.11.2002 a.a.O. S. 234). Der Dienstherr ist nicht verpflichtet, die Beihilfavorschriften so auszugestalten, dass die Wahl des Krankenhauses durch den Beamten immer für den Beamten wirtschaftlich neutral ausfällt. Der Verweis auf eine Behandlung in Universitätskliniken entband den Dienstherrn allerdings im Einzelfall nicht davon, den Nachweis zu erbringen, dass dort auch tatsächlich die medizinisch notwendigen Maßnahmen gleichwertig hätten erbracht werden können. Das wurde allerdings erst dann relevant, wenn der Beamte vorgebracht hatte, in seinem Fall sei eine besondere Therapieform medizinisch erforderlich gewesen, die in dem Vergleichskrankenhaus nicht angeboten werde (vgl. zu all dem BVerfG, B.v. 19.8.2009 - 2 B 19.09 - juris Rn. 7 m.w.N.).

58

Diesen Vorgaben wird § 26 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 BBhV a.F. gerecht, weil er den Beihilfeberechtigten jedenfalls insoweit eine angemessene Kostenerstattung sichert, als diese sich in Krankenhäusern i.S.v. § 26 Abs. 1 BBhV a.F. 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 auch deshalb unzulässig wäre, es bei der in § 26 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 BBhV a.F. vorgesehenen Deckelung zu belassen, wenn im Einzelfall eine für eine beihilfeberechtigte Person im vorgenannten Sinn medizinisch notwendige Maßnahme ausschließlich in einer Privatklinik, nicht dagegen in einem Krankenhaus i.S.v. § 26 Abs. 1 BBhV a.F. verfügbar sein sollte. Jedoch könnte dieser verfassungsrechtlichen Problematik über eine verfassungskonforme Auslegung des § 6 Abs. 7 BBhV in der vom 20.9.2012 bis zum 25.7.2014 geltenden Fassung (a.F.) Rechnung getragen werden. Der Fall des Klägers gibt aber keinen Anlass, dem weiter nachzugehen, weil weder vorgetragen noch sonst ersichtlich ist, dass die vom Kläger genutzte Privatklinik eine medizinisch notwendige Maßnahme angeboten haben könnte, die in keinem der Krankenhäuser i.S.v. § 26 Abs. 1 BBhV a.F. gleichwertig verfügbar gewesen wäre.

59

3.3.3 Auch der allgemeine Gleichheitssatz (Art. 3 Abs. 1 GG) steht der in § 26 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 BBhV a.F. enthaltenen Deckelung hinsichtlich der von Privatkliniken in Rechnung gestellten Kosten nicht entgegen.

60

Im Beihilferecht ist bei der Prüfung des Gleichheitssatzes auch die Fürsorgepflicht in ihrem Kernbereich zu beachten (BVerwG, U.v. 13.12.2012 - 5 C 3.12 - ZBR 2013, 249 Rn. 29), wobei aber bereits sachliche Gründe ausreichen können, um einen Ausschluss von Leistungen zu rechtfertigen (BVerwG, U.v. 13.12.2012 a.a.O. Rn. 30 ff.). So liegt es hier. Der Verordnungsgeber hat § 26 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 BBhV a.F. durch die Aspekte einer besseren Einheitlichkeit der Rechtsanwendung und einer Arbeiterleichterung für die Festsetzungsstellen als gerechtfertigt angesehen (vgl. Begründung des Bundesinnenministeriums zur Dritten Verordnung zur Änderung der Bundesbeihilfeverordnung vom 8. September 2012, S. 136 oben). Diese Motive sind im Ausgangspunkt angesichts der Komplexität sowohl des DRG-Fallpauschalensystems als auch des Pflegesatzsystems nach der Bundespflegesatzverordnung legitim. Denn Privatkliniken sind

gerade nicht verpflichtet, Leistungsdokumentationen und entsprechende Klassifikationen nach diesen Systemen vorzunehmen, was dazu führt, dass „hypothetische“ Vergleichsüberlegungen für die Festsetzungsstellen nicht nur mit erheblichem Verwaltungsaufwand, sondern auch mit erheblichen Unsicherheiten verbunden sein können. Demgegenüber bleibt bei Krankenhäusern i.S.v. § 26 Abs. 1 BBhV a.F. diese Klassifikation und Dokumentation eben diesen Krankenhäusern überlassen. Darin liegt ein sachlicher Differenzierungsgrund für die - mit der in § 26 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 BBhV a.F. vorgesehenen Pauschalierung und Deckelung einhergehende - Ungleichbehandlung solcher Beihilfeberechtigter, die sich in nicht unter § 26 Abs. 1 BBhV a.F. fallenden Privatkliniken behandeln lassen. Diese Ungleichbehandlung erscheint dabei im Ergebnis hinreichend sachlich gerechtfertigt, wobei mehrere Aspekte ineinandergreifen. Zunächst ist zu betonen, dass den Beihilfeberechtigten die durch einen Auskunftsanspruch nach § 26 Abs. 2 Satz 4 BBhV a.F. flankierte Möglichkeit bleibt, durch Wahl eines Krankenhauses i.S.v. § 26 Abs. 1 BBhV a.F. die pauschalierende Deckelungsregelung des § 26 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 BBhV a.F. 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 § 26 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 BBhV a.F. 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 Rn. 13 ff.), sondern lediglich einen Teil des Spektrums möglicher Anbieter solcher Leistungen für Beihilfeberechtigte unattraktiver macht. Denn im Bereich der Krankenhäuser i.S.v. § 26 Abs. 1 BBhV a.F. findet anders als bei Privatkliniken keine Deckelung statt. Außerdem geht es selbst bei den nicht unter § 26 Abs. 1 BBhV a.F. 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 § 26 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 BBhV a.F. verbundene Deckelung durch den Beihilfeverordnungsgeber gemildert. Zu berücksichtigen ist, dass gemäß § 26 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 BBhV a.F. nicht bloß 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. Zudem kann auch im Kontext der Verhältnismäßigkeitsprüfung des allgemeinen Gleichheitssatzes berücksichtigt werden, dass Einzelfallhärten, welche die pauschalierende Abgeltung nach § 26 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 BBhV a.F. auslösen kann, durch die Anwendung der Härtefallregelung des § 6 Abs. 7 Satz 1 BBhV a.F. abgefedert werden können, wodurch wiederum der pauschalierend-abgeltende Charakter des § 26 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 BBhV a.F. abgemildert wird.

61

3.3.4 Die Beklagte hat § 26 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 BBhV a.F. im Rahmen der dargelegten Auslegung auch rechtmäßig angewendet, insbesondere die Höchstgrenze nach § 26 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 BBhV a.F. in Übereinstimmung mit dieser Vorschrift bestimmt und den beihilfefähigen Betrag auch im Übrigen rechtmäßig ermittelt.

62

Bei der Klinik, welche die Rechnung gestellt hat, handelt es sich unstreitig um eine Privatklinik, die nicht nach dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung abrechnet.

63

Im Fall des Klägers kann im Rahmen des § 26 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 BBhV a.F. von Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen ausgegangen werden.

64

Ausgehend vom DRG-Wert M60C hat die Beklagte den Wert für die Bewertungsrelation bei Hauptabteilung (0,656) in ihrem Rechenvorgang mit der oberen Grenze des nach § 10 Abs. 9 KHEntgG zu vereinbarenden einheitlichen Basisfallwertkorridors, hier 3.235,74 Euro, multipliziert und ist so zum Ergebnis eines „effektiven Entgelts“ in Höhe von aufgerundet 2.122,65 Euro gekommen.

65

Zutreffend hat die Beklagte von diesem letztgenannten, beihilfefähigen Betrag gemäß § 49 Abs. 2 Nr. 1 BBhV in der Fassung vom 12. Dezember 2013 Eigenbehalte des Klägers in Höhe von insgesamt 280 Euro (28 Tage multipliziert mit 10 Euro) abgezogen und somit rechnerisch richtig 1.842,65 Euro als beihilfefähigen Betrag ermittelt, den sie mit dem Beihilfesatz des Klägers (70%) multipliziert hat, was rechnerisch die festgesetzte Beihilfe in Höhe von aufgerundet 1.289,86 Euro ergibt.

66

3.4 Schließlich hat der Kläger auch keinen Anspruch auf Gewährung weiterer Beihilfe nach § 6 Abs. 7 BBhV a.F.

67

Nach § 6 Abs. 7 Satz 1 BBhV a.F. kann die oberste Dienstbehörde mit Zustimmung des Bundesministeriums des Innern eine Beihilfe zur Milderung der Härte gewähren, sofern im Einzelfall die Ablehnung der Beihilfe eine besondere Härte darstellen würde.

68

Selbst wenn man zugunsten des Klägers davon ausgeht, dass diese Vorschrift, auf die er sich erstmals in der Berufungsbegründung gestützt hat, ohne sie im vorausgehenden Verwaltungsverfahren geltend gemacht zu haben, im Berufungsverfahren zu prüfen ist (vgl. BVerwG, U.v. 2.4.2014 - 5 C 40.12 - NVwZ-RR 2014, 609 Rn. 25 f.), begründet auch sie den geltend gemachten Anspruch auf weitere Beihilfe nicht, ohne dass dabei entschieden werden muss, auf welchen Zeitpunkt es bei einer Prüfung einer besonderen Härte im Sinne des § 6 Abs. 7 Satz 1 BBhV a.F. durch den Verwaltungsgerichtshof ankommt.

69

Eine besondere Härte im Sinne dieser Vorschrift lag für den Kläger weder zum Zeitpunkt der Rechnungstellung vor, noch ist ersichtlich, dass sie zum jetzigen Zeitpunkt vorliegen würde.

70

Kriterien zur Annahme eines besonderen Härtefalls können nach Nr. 6.7 Satz 4 BBhVVwV etwa sein, dass eine angemessene Selbstvorsorge nicht gewährleistet werden konnte oder dass jemand aus sonstigen Gründen unverschuldet in eine Notlage gerät, in der die Belastung mit Krankheits- oder Pflegekosten den amtsangemessenen Unterhalt der beihilfeberechtigten Person und ihrer Familie gefährdet. Diese Kriterien sind mit den Härtefallkriterien, welche die Begründung des Bundesinnenministeriums zur Dritten Verordnung zur Änderung der Bundesbeihilfeverordnung vom 8. September 2012 nennt (dort S. 132), identisch.

71

Der Kläger kann schon deshalb keine besondere Härte im Sinne des § 6 Abs. 7 Satz 1 BBhV a.F. für sich in Anspruch nehmen, weil er sich seinerseits geplant und freiwillig in die Behandlung der Privatklinik begeben hat. Es ist insbesondere weder vorgetragen noch sonst ersichtlich, dass die vom Kläger genutzte Privatklinik eine medizinisch notwendige Maßnahme angeboten haben könnte, die in keinem der Krankenhäuser i.S.v. § 26 Abs. 1 BBhV a.F. gleichwertig verfügbar gewesen wäre. Die - wie hier - autonome Entscheidung des Beihilfeberechtigten führt im Beihilferecht auch sonst dazu, ihn an dieser Entscheidung festzuhalten und ihm damit gegebenenfalls auch größere Härten zuzumuten, als sie ihm zumutbar wären, wenn ihn dieselben Härten unfreiwillig trafen (vgl. nur BVerwG, U.v. 17.4.2014 - 5 C 40.13 - BVerwGE 149, 279 Rn. 10 ff. m.w.N.).

72

Unabhängig davon kann sich der Kläger im Rahmen des § 6 Abs. 7 Satz 1 BBhV a.F. auch nicht mit Erfolg darauf berufen, unverschuldet die nicht durch die Beihilfe ausgeglichenen Kosten der streitigen Rechnung tragen zu müssen.

73

Es ist unstrittig, dass sich der Kläger in die Behandlung der Privatklinik begeben hat, ohne vor der seinerseits geplanten Aufnahme in dieses Krankenhaus gemäß § 26 Abs. 2 Satz 4 BBhV a.F. eine Kostenübersicht bei der Festsetzungsstelle zur Prüfung eingereicht zu haben. Dabei kommt schon im Wortlaut des § 26 Abs. 2 Satz 4 BBhV a.F. durch die Verwendung des Wortes „voraussichtlich“ zum Ausdruck, dass sogar eine Auskunft der Festsetzungsstelle nach dieser Vorschrift dem Beihilfeberechtigten in einer Situation wie derjenigen, in der sich der Kläger befunden hat, keine Kostengewissheit für seinen bevorstehenden stationären Aufenthalt in einer Privatklinik verschaffen könnte. Eine solche Auskunft könnte

dem Beihilfeberechtigten nur eine - gerade im Hinblick auf die nicht zuverlässig absehbare Verweildauer - mit Unschärfen verbundene Kostenprognose bieten. Nimmt aber der Beihilfeberechtigte - wie der Kläger - nicht einmal seine Möglichkeit einer Auskunft nach § 26 Abs. 2 Satz 4 BBhV a.F. in Anspruch, so übernimmt er jedenfalls damit ein Kostenrisiko, dessen Realisierung er nicht nachträglich als (unverschuldeten) Härtefall im Sinne des § 6 Abs. 7 Satz 1 BBhV a.F. geltend machen kann. Die Einholung einer Auskunft der Privatlinik genügt nicht, weil eine solche Auskunft der Festsetzungsstelle nicht zurechenbar ist.

74

4. Daher war die Berufung mit der Kostenfolge des § 154 Abs. 2 VwGO zurückzuweisen. Die Entscheidung über die vorläufige Vollstreckbarkeit folgt aus § 167 Abs. 2 VwGO i.V.m. § 708 Nr. 11 und § 711 ZPO. Die Streitwertfestsetzung beruht auf § 47 Abs. 1 Satz 1, § 52 Abs. 3 Satz 1 und § 63 Abs. 2 GKG.

75

5. Die Revision war nicht zuzulassen, da keine Gründe des § 132 Abs. 2 VwGO und des § 127 BRRG vorliegen.