

OVG Rheinland-Pfalz: Beihilfefähigkeit einer stationären Behandlung in Privatklinik

Urteil vom 4.7.2008 – 2 A 10313/08

1. § 5a Abs. 3 BVO erfordert einen Vergleich der Behandlungskosten der Privatklinik mit den Entgelten desjenigen nächstgelegenen Krankenhauses der Maximalversorgung, welches die in der Privatklinik durchgeführte Therapie anbietet.

2. War dies im Zeitpunkt der Maßnahme in keinem solchen Krankenhaus der Fall, so sind lediglich die Aufwendungen erstattungsfähig, die für die dort durchgeführte (konventionelle) Behandlung der Erkrankung entstanden wären. Nur dann, wenn diese nicht mehr als diejenige Krankenhausleistung anerkannt werden kann, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit medizinisch zweckmäßig und ausreichend ist, sind die Kosten der Privatklinik in voller Höhe beihilfefähig.

(VG Koblenz - 6 K 1557/07)

Aus dem Tatbestand:

Die Parteien streiten über die beihilferechtliche Erstattung von Behandlungskosten in Krankenhäusern, die weder das Krankenhausentgeltgesetz – KHEntgG – noch die Bundespflegesatzverordnung – BPfIV – anwenden.

Der Kläger ist Ruhestandsbeamter des beklagten Landes und gemäß § 5a Abs. 2 Beihilfenverordnung – BVO – wahlleistungsberechtigt. Zur Behandlung eines Prostatakarzinoms wurden ihm im November 2006 zunächst in einer stationären Behandlung in der Privatklinik „L.“ Lymphknoten entfernt. Hierfür stellten ihm das Krankenhaus 8 028,19 € und die behandelnden Ärzte insgesamt 2 119,19 €, d.h. zusammen 10 147,38 €, in Rechnung. Für eine histologische Begutachtung wurden ihm weitere 69,98 € berechnet. Nachfolgend unterzog sich der Kläger im Februar 2007 in drei stationären Behandlungen in der Kölner „K.“, die ebenfalls weder das Krankenhausentgeltgesetz noch die Bundespflegesatzverordnung anwendet, einer sogenannten Afterloading-Brachytherapie. Anders als bei der radikalen Prostatektomie, der bisherigen Standardmethode zur Behandlung von Prostatakarzinomen, wird hierbei die Prostata nicht entfernt, sondern punktuell bestrahlt. Die Kosten der stationären Behandlungen, welche die Klinik unter Zugrundelegung des Diagnoseschlüssels M10Z („Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane“) ermittelte, beliefen sich auf insgesamt 9 221,92 €. Hinzu kamen die Kosten für die belegärztlichen und anästhesistischen Leistungen in Höhe von zusammen 3 516,03 €, so dass sich ein Gesamtbetrag von 12 737,95 € ergab.

Mit Bescheid vom 28. Dezember 2006 erkannte die Oberfinanzdirektion Koblenz – Zentrale Besoldungs- und Versorgungsstelle – (ZBV) aufgrund einer Vergleichsberechnung mit den Gebühren der H.-Klinik Wiesbaden (HSK) als nächstgelegenen Krankenhaus der Maximalversorgung von den Kosten der Lymphknotenentfernung 8 889,81 € als beihilfefähig an. Mit weiterem Bescheid vom

5. Januar 2007 setzte sie – wiederum aufgrund eines Vergleichs gemäß § 5a Abs. 3 BVO – bezüglich der histologischen Untersuchung einen Betrag von 61,20 € als beihilfefähig fest. In seinen hiergegen gerichteten Widersprüchen machte der Kläger geltend, im Falle der bei ihm angewendeten Methode hätten die Heilungschancen weit über diejenigen der Totaloperation gelegen. Auch würden deren Nebenfolgen sowie die dort erforderliche mehrwöchige Rehabilitationsbehandlung vermieden. Die HSK könne nicht zum Vergleich herangezogen werden, weil sie die Brachytherapie nicht anbiete. Mit der Rechnung vom 13. Dezember 2006 seien keine Klinikgebühren, sondern Laborkosten abgerechnet worden.

Mit Verfügung vom 26. Juli 2007 korrigierte die ZBV einen Rechenfehler im Bescheid vom 28. Dezember 2006 und erkannte insgesamt 8 984,10 € als beihilfefähige Behandlungskosten an. Die Widersprüche wies sie mit Widerspruchsbescheid vom 6. August 2007 mit der Begründung zurück, § 5a Abs. 3 BVO unterstelle, dass in einem Krankenhaus der Maximalversorgung grundsätzlich für jede Erkrankung eine ausreichende Behandlungsmöglichkeit gegeben sei. Bei der Beurteilung, welches Krankenhaus das nächstgelegene der Maximalversorgung sei, komme es deshalb nicht darauf an, ob die vom Beihilfeberechtigten favorisierte Behandlungsmethode dort durchgeführt werde. Für die von der Klinik „L.“ mit 8 028,19 € abgerechnete Fallpauschale M01B („Große Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann“) wären in der HSK nur 7 114,23 € berechnet worden. Damit seien die ärztlichen und therapeutischen Leistungen für eine medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung abgegolten. Die Kosten für die Unterbringung im Zweibettzimmer seien nicht beihilfefähig, weil sie von der HSK nicht gesondert in Rechnung gestellt würden. Die Gebühren für die ärztlichen Behandlungen seien gemäß § 6a Abs. 1 Satz 3 der Gebührenordnung für Ärzte – GOÄ – um 25 v.H. zu mindern gewesen. Die dort für Belegärzte angeordnete geringere Verminderung von 15 v.H. bleibe unberücksichtigt, weil bei einer Behandlung in der HSK der Minderungssatz der dort tätigen liquidationsberechtigten Ärzte ebenfalls 25 v.H. betragen hätte.

Von den Kosten der Brachytherapie erkannte die ZBV nach einem Vergleich mit den Behandlungskosten der HSK mit Bescheiden vom 3. Mai und 7. August 2007 nur insgesamt 9 912,18 € als beihilfefähig an. Den die Krankenhausleistungen betreffenden Betrag berechnete sie unter Zugrundelegung der Fallpauschale M10Z und des Basisfallwerts der HSK mit insgesamt 6 815,34 €. In seinem Widerspruch trug der Kläger vor, der Sachbearbeiter der ZBV habe ihm seinerzeit mitgeteilt, er – der Kläger – müsse sich selbst um eine geeignete Klinik für den beabsichtigten Eingriff bemühen. Die HSK könne nicht zum Vergleich herangezogen werden, weil sie zur Durchführung der Brachytherapie nicht in der Lage sei. Mit Widerspruchsbescheid vom 16. August 2007, dessen Begründung demjenigen vom 6. August 2007 bezüglich der Lymphknotenentfernung entsprach, wies die ZBV den Widerspruch zurück und forderte den Kläger zur Rückzahlung der zunächst aufgrund eines Rechenfehlers im Bescheid vom 3. Mai 2007 zu viel gezahlten und mit Verfügung vom 7. August 2007 korrigierten Beihilfe in Höhe von 57,35 € auf.

Mit seiner Klage hat der Kläger ergänzend zu seinem bisherigen Vorbringen geltend gemacht, die Beihilfenverordnung müsse so verstanden und angewendet werden, dass die angemessene und nachgewiesene medizinische Versorgung beihilfefähig sei. Die vom Beklagten herangezogenen Vorschriften entstammten einer Zeit, in der die Brachytherapie nicht bekannt gewesen sei. Ihm – dem Kläger – könne nicht zum

Nachteil gereichen, dass die HSK diese Behandlung nicht anbiete. Der Beamte müsse die Möglichkeit haben, die für ihn optimale Therapie zu wählen. Aktuelle medizinische Entwicklungen müssten jedenfalls unter dem Gesichtspunkt der Fürsorge berücksichtigt werden.

Der Kläger hat beantragt,

unter Abänderung der Bescheide vom 28. Dezember 2006, 5. Januar 2007 und 26. Juli 2007 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 6. August 2007 sowie der Bescheide vom 3. Mai 2007 und 7. August 2007 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 16. August 2007 den Beklagten zu verpflichten, ihm die am 5. Dezember 2006, 28. Dezember 2006 und 22. März 2007 beantragten Beihilfen für stationäre Behandlungen in der K. in Köln über die bisher gewährte Beihilfe hinaus vollständig zu gewähren.

Der Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Er hat dargelegt, die HSK sei zu Recht als Vergleichsmaßstab herangezogen worden. Es komme nicht auf die Identität der Behandlungsmethoden, sondern darauf an, dass im Krankenhaus der Maximalversorgung eine dem Beamten zumutbare Behandlung erfolgen könne. Diese Voraussetzungen erfülle die in der HSK durchgeführte Prostatektomie. Der Beamte sei hierdurch nicht gehindert, sich anderweitig behandeln zu lassen, müsse dann jedoch anteilig die Kosten tragen.

Das Verwaltungsgericht hat der Klage teilweise stattgegeben und den Beklagten, soweit er Beihilfen des Klägers für stationäre Behandlungen in der „K.“ über die bisher gewährte Beihilfe hinaus abgelehnt hat, unter Abänderung der angefochtenen Bescheide verpflichtet, die Anträge des Klägers vom 5. und 28. Dezember 2006 sowie vom 21. März 2007 neu zu bescheiden. Die ZBV habe die nach § 5a Abs. 3 BVO erforderliche Vergleichsberechnung fehlerhaft durchgeführt, indem sie ihr den fiktiven Betrag zugrunde gelegt habe, der bei einer Behandlung in der HSK – unterstellt, sie führe die Brachytherapie durch – entstanden wäre. Dieser Ansatz lasse unberücksichtigt, dass sich der Basisfallwert eines Krankenhauses individuell nach dessen finanziellen Aufwand berechne und damit auch von den Kosten der dort durchgeführten Therapien und der hierzu eingesetzten Geräte abhängig. Zugleich könne eine neue Technologie, beispielsweise aufgrund von verkürzten stationären Aufenthalten, kostengünstiger sein und zu einer Verringerung der Fallpauschale führen. Eine Vergleichsberechnung, der sowohl die diagnosebezogene Fallpauschale der günstigeren Therapieform als auch der Basisfallwert der preiswerteren Klinik zugrunde liege, führe damit zu einem Betrag, der insoweit doppelt fiktiv sei, als mit ihm in keiner der Kliniken eine Behandlung tatsächlich möglich gewesen sei. Stelle der Dienstherr nicht die Angemessenheit der Therapieform als solche in Frage, komme deshalb nur eine Vergleichsberechnung mit der gewählten Therapieform in einem Krankenhaus der Maximalversorgung in Betracht, welches diese Behandlungsmethode auch tatsächlich anbiete. Sei dies in keinem Krankenhaus der Maximalversorgung der Fall und werde die Angemessenheit der Behandlung nicht bestritten, so seien die tatsächlich entstandenen Kosten beihilfefähig. Könne demnach die HSK auf keinen Fall als Vergleichsmaßstab herangezogen werden, so bedürfe die Frage, ob die Kosten der

Wahlleistung in den Vergleich einzubeziehen seien, keiner Entscheidung. Der Beklagte müsse vielmehr ermitteln, ob ein Krankenhaus der Maximalversorgung im Zeitpunkt der Operation des Klägers die Brachytherapie durchgeführt habe.

In seiner vom Verwaltungsgericht zugelassenen Berufung macht der Beklagte ergänzend zu seinen vorhergehenden Ausführungen geltend, für den Vergleich komme es allein darauf an, ob die Erkrankung in einem Krankenhaus der Maximalversorgung überhaupt behandelt werden könne. Die Frage einer doppelten Fiktion stelle sich deshalb nicht. Gehe man mit dem Kläger davon aus, es sei nur die modernste Behandlungsmethode zumutbar, so laufe § 5a Abs. 3 BVO leer.

Der Beklagte beantragt,

das angefochtene Urteil aufzuheben und die Klage auch insoweit abzuweisen, als das beklagte Land verurteilt werde, den Kläger bezüglich Beihilfen zu Aufwendungen für stationäre Behandlungen in der „K.“ in Köln in den Anträgen vom 5. und 28. Dezember sowie vom 21. März 2007 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

Der Kläger beantragt unter Vertiefung seiner bisherigen Darlegungen,

die Berufung zurückzuweisen sowie die Hinzuziehung eines Bevollmächtigten im Vorverfahren für notwendig zu erklären.

Wegen der Einzelheiten des Sach- und Streitstands wird auf die zur Gerichtsakte genommenen Schriftsätze sowie auf die vorgelegten Verwaltungs- und Widerspruchsakten (3 Hefte) verwiesen, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung waren.

Aus den Gründen:

Die zulässige Berufung hat teilweise Erfolg.

Das Verwaltungsgericht hat, soweit das angegriffene Urteil Gegenstand des Berufungsverfahrens ist (1.), die Beihilfebescheide vom 3. Mai und vom 7. August 2007 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 16. August 2007 (2.) sowie die Bescheide vom 28. Dezember 2006, 5. Januar und 26. Juli 2007 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 6. August 2007 (3.) im Ergebnis zu Recht abgeändert und den Beklagten zur erneuten Entscheidung verpflichtet; als zum Teil unzutreffend erweist sich jedoch die verwaltungsgerichtliche Rechtsauffassung über die bei der Neubescheidung zu beachtenden Grundsätze der Bemessung der Beihilfe nach § 5a Abs. 3 BVO. Die Berufung ist insoweit begründet. Das angefochtene Urteil war deshalb zu ändern und der Beklagte zu verpflichten, bei der Neubescheidung die Rechtsauffassung des erkennenden Senats zu beachten (vgl. BVerwG, NJW 1991, 737 [738]; VGH BW, U.v. 24.06.1998 – 13 S 1099/96 –, juris Rn. 21; BayVGH, U.v. 11.11.1999 – 12 B 95.1081 –, juris Rn. 83).

1. Das erstinstanzliche Urteil ist nur insoweit Gegenstand des Berufungsverfahrens, als das Verwaltungsgericht den Beklagten unter Abänderung der angefochtenen Bescheide zur erneuten Bescheidung des Klägers und zur Beachtung der verwaltungsgerichtlichen Rechtsauffassung verpflichtet hat. Die Abweisung der Klage

im Übrigen – insbesondere soweit sie die Verminderung der Arztrechnungen vom 21. und 28. November 2006, vom 13. Dezember 2006 sowie vom 5. und 6. März 2007 um 25 v.H. betrifft – ist hingegen nicht zu überprüfen, weil der Kläger keine (Anschluss-)Berufung eingelegt hat und somit eine (Teil-)Rechtskraft eingetreten ist.

Der Beklagte ist durch die erstinstanzliche Entscheidung insoweit beschwert, als ihn das Verwaltungsgericht zur Neubescheidung der Beihilfeanträge betreffend die Kosten für die stationäre Durchführung sowohl der Brachytherapie als auch der Lymphknotenentfernung verurteilt hat. Das Verwaltungsgericht hat der Klage allein hinsichtlich der für die Krankenhausrechnungen geltend gemachten Beihilfeansprüche (teilweise) stattgegeben und die angefochtenen Verfügungen folglich auch bloß in diesem Rahmen abgeändert. Nur bezüglich dieser Aufwendungen hat der Beklagte eine Vergleichsberechnung unter Zugrundelegung des Basisfallwertes der HSK und der diagnosebezogenen Fallgruppe nach dem Fallpauschalen-Katalog vorgenommen, die das Verwaltungsgericht als fehlerhaft und deshalb unter Berücksichtigung seiner Rechtsansicht als zu korrigieren erachtete. In Bezug auf die übrigen Rechnungen, deren Beihilfefähigkeit gleichfalls in den angefochtenen Bescheiden festgesetzt ist, hat das Gericht hingegen keine Rechtsfehler festgestellt. Beschränkt sich daher die Beschwer des Beklagten wie vorstehend beschrieben und ist mithin allein die Frage der Bemessung der Beihilfefähigkeit der Klinikrechnungen Gegenstand des Berufungsverfahrens, so sind die vom Kläger in der mündlichen Verhandlung gegen die Berechnung seines Erstattungsanspruchs bezüglich der Kosten der ärztlichen Behandlung erhobenen Einwände unbeachtlich. Sie hätten nur dadurch einer Überprüfung zugeführt werden können, dass auch der Kläger Berufung eingelegt hätte.

Allerdings ist der verwaltungsgerichtliche Tenor insoweit widersprüchlich, als darin einerseits nur auf die Aufwendungen des Klägers für die stationären Behandlungen in der „K.“, d.h. für die Brachytherapie, Bezug genommen, andererseits jedoch auch die Abänderung der Bescheide vom 28. Dezember 2006, 3. Mai und 26. Juli 2007 und des Widerspruchsbescheides vom 6. August 2007 sowie die Neubescheidung der Anträge des Klägers vom 5. und 28. Dezember 2006 angeordnet wird, die ausschließlich die Beihilfefähigkeit der auf die Lymphknotenentfernung in der Klinik „L.“ entfallenden Kosten betreffen. Diesbezüglich ist der Beklagte jedoch durch die Abänderung der Bescheide zumindest formell beschwert.

2. Das Verwaltungsgericht hat die Beihilfebescheide vom 3. Mai und vom 7. August 2007 sowie den hierzu ergangenen Widerspruchsbescheid vom 16. August 2007 betreffend die Brachytherapie im Ergebnis zu Recht abgeändert. Sie sind insoweit rechtswidrig und verletzen den Kläger in seinen Rechten (vgl. § 113 Abs. 5 Verwaltungsgerichtsordnung – VwGO –), als darin bezüglich der Rechnungen der „K.“ für die Vergleichsberechnung gemäß § 5a Abs. 3 BVO ein falscher Maßstab herangezogen (a) und die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für eine Unterbringung im Zweibettzimmer verneint wurde (b).

a) Der Beklagte hat zu Unrecht die Kosten im Krankenhaus der Maximalversorgung dadurch ermittelt, dass er der Berechnung den Basisfallwert der HSK und die Fallpauschale der Brachytherapie – M10Z – zugrunde gelegt hat, obwohl diese Klinik die vom Kläger in Anspruch genommene Behandlung nicht durchführt. Vielmehr erfordert § 5a Abs. 3 BVO einen Vergleich mit den Entgelten des nächstgelegenen Krankenhauses der Maximalversorgung, welches die durchgeführte Therapie

tatsächlich anbietet. War dies im Zeitpunkt der Maßnahme in keinem solchen Krankenhaus der Fall, so sind lediglich die Aufwendungen erstattungsfähig, die für die dort durchgeführte (konventionelle) Behandlung der Erkrankung entstanden wären. Nur dann, wenn diese nicht mehr als diejenige Krankenhausleistung anerkannt werden kann, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit medizinisch zweckmäßig und ausreichend ist, sind die Kosten der Privatklinik in voller Höhe beihilfefähig.

(1) Maßgeblich für den Umfang des Erstattungsanspruchs des Beamten für die Kosten einer medizinischen Behandlung sind die Beihilfavorschriften, die die beamtenrechtliche Fürsorgepflicht des Dienstherrn in Krankheitsfällen grundsätzlich abschließend konkretisieren. Dieser ist daher nicht zur lückenlosen Erstattung jeglicher Behandlungskosten verpflichtet (vgl. BVerfGE 106, 225 [233]), sondern nur in dem durch die Beihilfenverordnung ausgestalteten Rahmen. Insoweit bestimmt § 5a Abs. 3 BVO, dass für die Beihilfenberechnung bei Behandlungen in Privatkliniken Aufwendungen nur bis zur Höhe der Entgelte des nächstgelegenen Krankenhauses der Maximalversorgung zu berücksichtigen sind. Die Vorschrift ist damit Ausdruck und Konkretisierung des in § 4 Abs. 1 Nr. 2 BVO aufgestellten Grundsatzes, wonach aus Anlass einer Krankheit beihilfefähig nur die Aufwendungen für Krankenhausleistungen nach dem Krankenhausentgeltgesetz und der Bundespflegesatzverordnung sind. Sie basiert darüber hinaus auf der Annahme, dass Krankenhäuser der Maximalversorgung – die gemäß § 2 Abs. 5 der Landesverordnung zur Festsetzung der Jahrespauschale und Kostengrenze für die pauschale Förderung der Krankenhäuser vom 29. April 1996 (GVBl.S. 205) über mehr als 800 Planbetten, Hauptfachabteilungen für innere Medizin und Chirurgie sowie über mindestens zehn weitere Hauptfachabteilungen verfügen müssen und denen besondere Aufgaben der Hochleistungsmedizin zugewiesen sind – in aller Regel die medizinisch gebotene Behandlung jedes Krankheitsbildes ermöglichen. Indem er die Behandlungskosten dieser Krankenhäuser zum Vergleichsmaßstab bestimmt bringt der Verordnungsgeber zugleich zum Ausdruck, dass es dem Beamten zumutbar ist, seine Therapie dort durchzuführen.

Soll der Dienstherr mithin nicht mehr bezahlen müssen als für eine dem Beamten zumutbare Behandlung in einem – nach dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung abrechnenden – Krankenhaus der Maximalversorgung, so ist die Beschränkung auf das nächstgelegene derartige Krankenhaus gleichfalls Ausdruck des Zumutbarkeitsgedankens. Der Beamte muss sich nicht auf eine Behandlung in einem weit entfernten und deshalb mit zusätzlichen Erschwernissen verbundenen Hospital verweisen lassen, nur weil dieses noch günstiger als die näher gelegene, nach Fallpauschalen abrechnende Klinik arbeitet. Das Kriterium des „nächstgelegenen Krankenhauses“ beschränkt damit zugunsten des Beamten das Einsparinteresse des Dienstherrn. Diese Intention würde in ihr Gegenteil verkehrt, verweigerte man dem Beamten die Erstattung von Kosten einer aufwendigeren Therapie nur deshalb, weil sie nicht vom nächstgelegenen, sondern nur von einem anderen Krankenhaus der Maximalversorgung durchgeführt wird. Soweit ein derartiges Krankenhaus die in der Privatklinik angewandte Behandlung gleichfalls anbietet, sind daher dessen Entgelte – und bei mehreren in Betracht kommenden Kliniken diejenigen des nächstgelegenen Hospitals – als Vergleichsmaßstab des § 5a Abs. 3 BVO heranzuziehen. Dieser Ansatz vermeidet zudem den Wertungswiderspruch, der andernfalls dadurch entstünde, dass der Beihilfeberechtigte, hätte er sich in diesem Krankenhaus behandeln lassen, mangels

Anwendbarkeit des § 5a Abs. 3 BVO die Kosten unabhängig davon hätte erstattet bekommen, ob die im nächstgelegenen Krankenhaus angebotene Standardmethode preiswerter gewesen wäre.

(2) Bietet hingegen kein Krankenhaus, welches nach Fallpauschalen abrechnet, die durchgeführte Therapie an, so folgt – entgegen der Ansicht des Verwaltungsgerichts – aus dem Grundsatz des § 4 Abs. 1 Nr. 2 BVO und seiner Beschränkung der Beihilfe auf nach dem Krankenhausentgeltgesetz und der Bundespflegesatzverordnung berechnete Behandlungskosten, dass die Beihilfefähigkeit gemäß § 5a Abs. 3 BVO auf die Höhe der Entgelte der Standardbehandlung begrenzt ist.

Diese Einschränkung widerspricht nicht der Bewertung einer im Einzelfall durchgeführten Behandlung und der damit verbundenen Aufwendungen als notwendig im Sinne des § 3 Abs. 1 BVO. Das Beihilferecht differenziert zwischen den Kriterien der Notwendigkeit und der Angemessenheit. Ersteres bestimmt sich nach medizinischen Gesichtspunkten (vgl. Mildenerger, Beihilferecht in Bund, Ländern und Kommunen, Stand: März 2008, § 5 Anm. 3 Abs. 3) und betrifft das „Ob“ einer Behandlung, während letzteres daran anknüpft und sich auf die erstattungsfähige Höhe notwendiger medizinischer Maßnahmen bezieht. Die Beihilfenverordnung konkretisiert die Voraussetzung der Angemessenheit in mehreren Vorschriften, indem sie die Höhe der Beihilfefähigkeit notwendiger Aufwendungen auf Höchst- oder Festbeträge (z.B. in § 4 Abs. 4a S. 1, § 6 Abs. 4 BVO) oder auf gebührenrechtliche Regelwerke beschränkt (z.B. in § 3 Abs. 2 BVO). Um eine derartige Regelung handelt es sich auch bei § 4 Abs. 1 Nr. 2 und § 5a Abs. 3 BVO, die die Beihilfefähigkeit auf die Höhe der Entgelte für eine Behandlung im Krankenhaus der Maximalversorgung und damit auf die unter Zugrundelegung von Fallpauschalen berechneten Gebühren beschränken. Hierdurch wird nicht die Notwendigkeit einer Therapie in Frage gestellt. Die Verneinung der Notwendigkeit führte zum vollständigen Verlust des Erstattungsanspruchs (vgl. § 4 Abs. 1 Nr. 6 Halbs. 2, § 4 Abs. 3 BVO), wohingegen er durch die Regelung der Angemessenheit nur in der Höhe begrenzt wird: Der Beamte erhält die Behandlungskosten auch dann bis zu dem als angemessen festgelegten (Höchst-)Betrag erstattet, wenn sie darüber liegen. Die Vorschrift des § 5a Abs. 3 BVO schränkt damit nicht die Wahlfreiheit des Beamten bzgl. des behandelnden Krankenhauses oder der angewandten Therapie ein. Sie führt lediglich dazu, dass er unter Umständen einen Teil der Behandlungskosten selber tragen muss.

Die Beschränkung der Beihilfefähigkeit auf die Kosten einer im Krankenhaus der Maximalversorgung auf der Grundlage des Krankenhausentgeltgesetzes oder der Bundespflegesatzverordnung durchgeführten Behandlung begegnet keinen verfassungsrechtlichen Bedenken. Die Fürsorgepflicht verlangt nicht die Erstattung aller krankheitsbedingten Aufwendungen, sondern nur, dass der Beamte nicht mit erheblichen Aufwendungen belastet bleibt, die er auch über eine ihm zumutbare Eigenvorsorge nicht absichern kann (vgl. BVerfGE 106, 225 [232 f.]). Dem genügt der Dienstherr vorliegend schon deshalb, weil über § 4 Abs. 1 Nr. 2, § 5a Abs. 1 und 2 BVO sichergestellt ist, dass der Beamte alle Kosten einer nach der Art und Schwere der Erkrankung medizinisch zweckmäßigen und ausreichenden Versorgung erstattet erhält. Bei den durch das Krankenhausentgeltgesetz und die Bundespflegesatzverordnung abgedeckten und nach den vorstehenden Vorschriften beihilfefähigen Krankenhausleistungen handelt es sich nicht um eine Versorgung

unterhalb des Maßes des medizinisch Zweckmäßigen oder gar Notwendigen. Der Dienstherr schuldet eine angemessene Beihilfe zu einer als vollwertig anzusehenden stationären Behandlung. Er erfüllt seine Fürsorgepflicht deshalb auch dann, wenn er die Beihilfe auf das Maß des medizinisch Gebotenen beschränkt und dem Beamten im Fall eines notwendig werdenden Krankenhausaufenthaltes lediglich eine an den Regelsätzen für eine stationäre Behandlung ausgerichtete Beihilfe gewährt. Die Fürsorgepflicht gebietet insoweit nicht, einem Beamten als Krankenhausversorgung mehr zu gewährleisten als das, was nach dem Krankenhausentgeltgesetz und der Bundespflegesatzverordnung den Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung als medizinisch gebotene Behandlung garantiert wird (vgl. BVerfGE 106, 225 [234 ff.]).

(3) Aus den vorhergehenden Ausführungen folgt zugleich, dass nur dann, wenn die im Krankenhaus der Maximalversorgung durchgeführte Behandlung nicht (mehr) als diejenige Krankenhausleistung anerkannt werden kann, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit medizinisch zweckmäßig und ausreichend ist, die Kosten der Privatklinik in voller Höhe beihilfefähig sind (vgl. NdsOVG, B.v. 17.07.2007 – 5 ME 178/06 –, juris Rn. 11). Dies ist nicht bereits dann der Fall, wenn eine alternative Behandlungsmethode zur Verfügung steht. Voraussetzung ist vielmehr, dass die nach Fallpauschalen abgerechnete Behandlungsmethode aus medizinischer Sicht auch unter Berücksichtigung des medizinischen Fortschritts als ungeeignet und damit unvertretbar erscheint. Dies ist bzgl. der Prostatektomie, die nach wie vor Standardmethode zur Behandlung von Prostatakarzinomen ist, ungeachtet der möglichen Vorteile der Brachytherapie bislang nicht der Fall.

(4) Die vom Beklagten zugrunde gelegte Vergleichsberechnung wird diesen Vorgaben nicht gerecht, weil sie weder auf die Kosten der Behandlung mittels der Brachytherapie in einem Krankenhaus der Maximalversorgung noch auf die Aufwendungen einer Prostataoperation in der HSK, sondern auf die fiktiven Kosten einer dort durchgeführten Strahlentherapie abstellt. So lange die Basisfallwerte der Krankenhäuser nicht vereinheitlicht sind, führt dies zu einem Betrag, der keinen der beiden Vergleichswerte des § 5a Abs. 3 BVO korrekt abbildet. Dies hat das Verwaltungsgericht in der angefochtenen Entscheidung zutreffend dargelegt, weshalb insoweit auf die dortigen Ausführungen gemäß § 130b Satz 2 VwGO verwiesen wird.

Der Einwand des Beklagten, die Kosten der Standardbehandlung ließen sich nicht fiktiv ermitteln, weil hierfür deren konkreter Verlauf einschließlich etwaiger Komplikationen maßgeblich sei, rechtfertigt es nicht, von den Vorgaben der § 4 Abs. 1 Nr. 2, § 5a Abs. 3 BVO abzuweichen. Der Dienstherr ist bei seiner Vergleichsberechnung nicht verpflichtet, alle in Betracht kommenden Eventualitäten zu berücksichtigen. Im Interesse der Gewährleistung eines angemessenen Verwaltungsaufwands sind Typisierungen und Pauschalierungen im Beihilferecht zulässig. Zum Vergleich heranzuziehen sind deshalb die im Krankenhaus der Maximalversorgung für die stationäre Standardbehandlung im Normalfall – d.h. ohne Eintritt außergewöhnlicher Erschwernisse – anfallenden Kosten. Deren Ermittlung wird dem Dienstherrn dadurch erleichtert, dass er sich hierbei des Sachverständigen des Krankenhauses bedienen kann. Verbleibende Unschärfen dieses fiktiven Vergleichs sind dem Beamten zumutbar, weil er sich durch die Wahl einer nicht nach Fallpauschalen abrechnenden Klinik außerhalb des Erstattungssystems der Beihilfe begeben und hierdurch verursachte Schwierigkeiten daher mitzuverantworten hat.

Schließlich werden dem Dienstherrn durch die Notwendigkeit, ein Krankenhaus der Maximalversorgung zu ermitteln, welches die in der Privatklinik durchgeführte Therapie gleichfalls anbietet, keine unverhältnismäßigen Belastungen auferlegt. Datenbanken, derer sich der Beklagte ausweislich der Verwaltungsakten auch im vorliegenden Fall bedient hat, ermöglichen die Ermittlung der in Betracht kommenden Krankenhäuser und reduzieren so den geforderten Verwaltungsaufwand. Dennoch verbleibende Schwierigkeiten sind Folge der Regelung des § 5a Abs. 3 BVO und deshalb vom Dienstherrn zu tragen.

b) Die Bescheide vom 3. Mai und 7. August 2007 sowie der Widerspruchsbescheid vom 16. August 2007 sind darüber hinaus auch deshalb rechtswidrig, weil sie zu Unrecht die Beihilfefähigkeit der dem Kläger in Rechnung gestellten Kosten der Unterbringung im Zweibettzimmer – insgesamt 263,52 € – ablehnen. Der Verordnungsgeber hat in § 5a Abs. 3 Satz 2 BVO Wahlleistungen von der Begrenzung der beihilfefähigen Aufwendungen auf die Entgelte des Vergleichskrankenhauses ausgenommen, wenn der Beihilfeberechtigte die Voraussetzungen des § 5a Abs. 2 BVO erfüllt. Aufwendungen für die gesondert berechnete Unterkunft in einem Zweibettzimmer sind damit bereits dann beihilfefähig, wenn der Beihilfeberechtigte – wie vorliegend der Kläger – gegenüber der Festsetzungsstelle die Inanspruchnahme von Beihilfen zu Wahlleistungen fristgerecht erklärt und monatlich 13,- € bezahlt hat (vgl. Urteil des erkennenden Senats vom 7. März 2008 – 2 A 10003/08.OVG –).

3. Das Verwaltungsgericht hat im Ergebnis zu Recht die Beihilfebescheide vom 28. Dezember 2006, 5. Januar und 26. Juli 2007 sowie den hierzu ergangenen Widerspruchsbescheid vom 6. August 2007 abgeändert.

Allerdings erweist sich auch insoweit die bei der Neubescheidung zu beachtende verwaltungsgerichtliche Rechtsauffassung als unzutreffend. Denn die Rechtswidrigkeit der die Lymphknotenentfernung betreffenden Beihilfebescheide folgt nicht schon aus dem Umstand, dass die HSK Prostatakarzinome nicht mittels der Brachytherapie behandelt. Es kommt vielmehr allein darauf an, ob dort die in der Klinik „L.“ durchgeführte Behandlung ebenfalls möglich ist. Nach den Feststellungen des Beklagten, denen der Kläger nicht widersprochen hat, ist dies der Fall. Die Vergleichsberechnung der ZBV begegnet deshalb insoweit keinen rechtlichen Bedenken, als ihr die Entgelte der HSK für die stationäre Behandlung nach der Fallpauschale M01B („Große Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann“) zugrunde liegen, die auch die Klinik „L.“ in ihrer Rechnung vom 27. November 2006 angegeben hat.

Die Bescheide sind jedoch insofern rechtswidrig, als darin die Kosten der Unterbringung im Zweibettzimmer in Höhe von 324,97 € nicht berücksichtigt wurden.

Wegen der Einheitlichkeit des Beihilfeanspruchs ist der Senat nicht gehindert, hierüber zu befinden, obwohl das Verwaltungsgericht diese Frage offen gelassen und der Kläger kein Rechtsmittel eingelegt hat. Die Kosten der Wahlleistung sind Bestandteil der Rechnung der Klinik „L.“ über die Entgelte der stationären Behandlung. Das Verwaltungsgericht hat hierüber nur deshalb nicht entschieden, weil es die Aufwendungen für eine Behandlung in der HSK nicht als geeigneten Vergleichsmaßstab erachtete. Erweist sich diese Annahme als unzutreffend, so könnte die Berufung nur Erfolg haben, wenn der Beklagte die Beihilfefähigkeit dieser

Rechnung rechtmäßig beschieden hat. Dies ist vorliegend nicht der Fall. Insoweit verbleibt es allerdings bei dem Bescheidungsausspruch. Der Senat ist an der – an sich gebotenen – weiter gehenden Verpflichtung des Beklagten zur Leistung gehindert, weil der Kläger keine Berufung eingelegt hat und das verwaltungsgerichtliche Urteil insoweit rechtskräftig geworden ist.

Die Kostenentscheidung folgt aus § 155 Abs. 1 Satz 1 VwGO. Im Hinblick darauf, dass der Kläger hinsichtlich der Kosten der Lymphknotenentfernung weitgehend unterlegen ist und seine Klage in Bezug auf die Aufwendungen für die Brachytherapie nur insoweit Erfolg hat, als der Beklagte zu einer erneuten Vergleichsberechnung – nicht aber zu einer Erstattung der von der Privatklinik in Rechnung gestellten Entgelte in voller Höhe – verpflichtet ist, sind die Kosten unter Abänderung des erstinstanzlichen Urteils dahingehend verhältnismäßig zu teilen, dass die Beteiligten die Kosten des Verfahrens beider Rechtszüge jeweils zur Hälfte zu tragen haben.

Die Entscheidung zur vorläufigen Vollstreckbarkeit des Urteils wegen der Kosten folgt aus § 167 Abs. 2 VwGO i.V.m. § 708 Nr. 10 Zivilprozessordnung.

Die Revision war nicht zuzulassen, weil Gründe der in § 132 Abs. 2 VwGO, § 127 Beamtenrechtsrahmengesetz genannten Art nicht vorliegen.

Beschluss: Die Hinzuziehung des Prozessbevollmächtigten des Klägers für das Vorverfahren wird für notwendig erklärt (§ 162 Abs. 2 Satz 2 VwGO).

Der Wert des Streitgegenstandes wird für das Berufungsverfahren auf 2 798,47 € festgesetzt (§ 47 Abs. 1, § 52 Abs. 3, § 63 Abs. 2 Gerichtskostengesetz).