



Verwaltungsgericht Hamburg

Urteil

Im Namen des Volkes

In der Verwaltungsrechtssache

...

hat das Verwaltungsgericht Hamburg, Kammer 20, am 27. Mai 2021 im schriftlichen Verfahren durch ...

für Recht erkannt:

Die Beklagte wird unter Aufhebung ihrer Bescheide vom 10. Mai 2017 und 18. Juli 2017 sowie des Widerspruchsbescheides vom 28. November 2017, soweit entgegenstehend, verpflichtet, der Klägerin weitere Beihilfe zu ihren Aufwendungen für die teilstationäre psychiatrische Behandlung in der psychiatrischen Tagesklinik der V-GmbH in der Zeit vom 23. Januar bis zum 24. März 2017 i.H.v. 1.045,62 Euro zu gewähren. Im Übrigen wird die Klage abgewiesen.

Die Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens.

Das Urteil ist wegen der Kosten vorläufig vollstreckbar. Die Beklagte kann die Vollstreckung durch Sicherheitsleistung in Höhe von 110 % des aufgrund des Urteils vollstreckbaren Betrages abwenden, wenn nicht die Klägerin vor der Vollstreckung Sicherheit in Höhe von 110 % des jeweils zu vollstreckenden Betrages leistet.

Die Zuziehung eines Bevollmächtigten für das Vorverfahren wird für notwendig erklärt.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt weitere Beihilfe zu ihren Aufwendungen für eine teilstationäre Behandlung in einer psychiatrischen Tagesklinik.

Die am ... 1982 geborene Klägerin ist gegenüber der Beklagten mit einem Bemessungssatz von 50 % beihilfeberechtigt. Im Zeitraum vom 23. Januar bis zum 24. März 2017 befand sie sich wegen verschiedener Erkrankungen – namentlich einer schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome (F32.2) sowie Krankheiten des Nervensystems oder der Sinnesorgane in der Eigenanamnese (Z86.6) – für insgesamt 37 Tage in teilstationärer

psychiatrischer Behandlung in der psychiatrischen Tagesklinik der V-GmbH (im Folgenden: Tagesklinik V.). Die Tagesklinik V. war zu diesem Zeitpunkt nicht in den Krankenhausplan der Freien und Hansestadt Hamburg aufgenommen und wurde mithin nicht nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) gefördert. Unter dem 28. März 2017 stellte die Tagesklinik V. der Klägerin einen Betrag von insgesamt 7.585,00 Euro in Rechnung, dem ein Tagessatz pro Behandlungstag i.H.v. 205,00 Euro zugrunde lag.

Nachdem die Klägerin die Gewährung von Beihilfe zu diesen Behandlungskosten beantragt hatte, erkannte die Beklagte mit Bescheid vom 10. Mai 2017 Aufwendungen i.H.v. von 4.797,05 Euro als beihilfefähig an und bewilligte der Klägerin entsprechend ihrem Bemessungssatz eine Beihilfe i.H.v. 2.398,53 Euro. Zur Begründung führte sie aus, Aufwendungen für die Behandlung in einem Krankenhaus, für das KHG nicht gelte, seien gemäß § 18 Abs. 3 der Hamburgischen Beihilfeverordnung (HmbBeihVO) bis zur Höhe der Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen eines Hamburger Krankenhauses, für das das KHG gelte, beihilfefähig.

Hiergegen erhob die Klägerin am 9. Juni 2017 Widerspruch. Zur Begründung führte sie im Wesentlichen aus, aus dem als beihilfefähig anerkannten Betrag sei ersichtlich, dass die Beklagte einen Tagessatz i.H.v. 129,65 Euro als beihilfefähig zugrunde gelegt habe. Dabei handele es sich um den Tagessatz des B-Krankenhauses Bergedorf, dem billigsten Hamburger Krankenhaus für allgemeine Psychiatrie, das auch teilstationäre Behandlung anbiete. Diese Vorgehensweise der Beklagten sei unzulässig. Die von der Tagesklinik V. berechneten Sätze seien angemessen; die Sätze des billigsten Anbieters in Hamburg seien insoweit kein tauglicher Vergleichsmaßstab. Das B-Krankenhaus Bergedorf unterscheide sich nach Behandlungsprogramm und Therapieintensität stark von der Tagesklinik V. und erbringe nur einen Bruchteil der Behandlungen, die die Behandlerin in der Tagesklinik V. im vorliegenden Fall durchgeführt habe; dementsprechend sei auch die durchschnittliche Verweildauer im B-Krankenhaus naturgemäß wesentlich länger. Sofern man dennoch eine Vergleichsberechnung anstellen wolle, sei vielmehr das U-Klinikum als Krankenhaus der Maximalversorgung maßgeblicher Vergleichsmaßstab. Dieses rechne zwar – anders als die Tagesklinik V. – nach dem PEPP-Entgeltsystem ab; auch dieses führe jedoch letztlich zu Tagespflegesätzen.

Daraufhin bewilligte die Beklagte der Klägerin mit Bescheid vom 18. Juli 2017 weitere Beihilfe i.H.v. 262,51 Euro, wobei sie nunmehr Aufwendungen i.H.v. insgesamt 5.322,08 Euro als beihilfefähig anerkannte. Ausweislich der Begründung lag dieser Berechnung nunmehr ein Tagessatz i.H.v. 143,84 Euro zugrunde, wobei es sich um den ab dem

1. Januar 2017 geltenden täglichen Höchstsatz für teilstationäre Psychiatrie („Erwachsene“) des B-Krankenhauses handelte.

Mit Schreiben vom 9. August 2017 teilte die Klägerin der Beklagte mit, dass Sie ihren Widerspruch trotz der teilweisen Abhilfe aufrechterhalte. Mit Schreiben vom 28. September 2017 trug sie zur Begründung weiter vor, den einschlägigen beihilferechtlichen Regelungen lasse sich nicht entnehmen, dass der einschlägige Vergleichsparameter der günstigste in Hamburg verlangte Tagessatz sei. Beihilfefähig müsste mindestens der im U-Klinikum als Anbieter der Maximalversorgung verlangte Tagessatz sein, der 187,91 Euro betrage. Wenn die Beihilfeberechtigten der Beklagten sich im U-Klinikum behandeln ließen, würde die Beklagte die entsprechenden Aufwendungen auch ohne Weiteres erstatten.

Mit Widerspruchsbescheid vom 28. November 2017 wies die Beklagte den Widerspruch der Klägerin zurück. Zur Begründung führte sie aus, die Voraussetzungen einer weiteren Beihilfegewährung nach § 80 Abs. 4 HmbBG seien nicht erfüllt. Welche Aufwendungen der Höhe nach angemessen seien, werde für Krankenhausleistungen in § 18 HmbBeihVO konkretisiert. Die Tagesklinik V. werde unstreitig nicht nach dem KHG gefördert, so dass die für eine dortige Behandlung entstandenen Aufwendungen gemäß § 18 Abs. 3 HmbBeihVO höchstens bis zu dem Betrag beihilfefähig seien, der bei einer Behandlung in einem Hamburger Krankenhaus, das nach dem KHG gefördert werde, beihilfefähig wäre. Eine Vergleichbarkeit zwischen zwei Krankenhäusern sei nur gegeben, soweit diese nach einem vergleichbaren Abrechnungssystem abrechneten. Die Tagesklinik V. und das B-Krankenhaus rechneten jeweils nach Tagessätzen ab. § 18 Abs. 3 HmbBeihVO erfordere nicht, zur Vergleichsberechnung ein Krankenhaus der Maximalversorgung heranzuziehen; vielmehr genüge „ein“ Krankenhaus, für das das KHG gelte. Das U-Klinikum könne jedenfalls schon deswegen nicht als Vergleichsmaßstab herangezogen werden, da es mittlerweile nach PEPP abrechne. Die Abrechnung nach PEPP folge einem gänzlich anderen Berechnungsansatz. Jedem PEPP sei mindestens eine tagesbezogene Bewertungsrelation hinterlegt, deren Höhe sich aus den unterschiedlichen Vergütungsklassen des PEPP-Entgeltkataloges ergebe und die jährlich variieren könne. Die für die Berechnung jeweils maßgebliche Vergütungsklasse ergebe sich aus der jeweiligen Verweildauer des Patienten im Krankenhaus. Der Bewertungsrelation sei sodann ein in Euro ausgedrückter Basisentgeltwert zugeordnet, der ebenfalls jährlichen Veränderungen unterliege. Nicht ausgeschlossen sei auch, dass eine Berechnung nach PEPP zu einem für die Klägerin ungünstigeren Ergebnis führe.

Die Klägerin hat am 27. Dezember 2017 Klage erhoben. Zur Begründung wiederholt sie zunächst ihre Ausführungen aus dem Widerspruchsverfahren. Ergänzend führt sie aus, für die Auswahl des als Vergleichsmaßstab heranzuziehenden Krankenhauses sei es unerheblich, nach welchem Abrechnungssystem dieses abrechne und wie die Vergütung hierbei errechnet werde. Jedenfalls sei aber die Annahme der Beklagten falsch, dass die Abrechnung nach PEPP nicht nach Tagessätzen erfolge; vielmehr führe auch PEPP letztlich zu Tagessätzen. Auch spielten etwaige Unterschiede bei den Bewertungsrelationen bei einem Behandlungszeitraum von 37 Tagen noch gar keine Rolle. Vielmehr gebe es bei teilstationärer psychiatrischer Behandlung in einer Tagesklinik nur eine einzige Bewertungsrelation, die überhaupt keinen kostendifferenzierenden Effekt habe. Der Tagessatz des jeweiligen Krankenhauses werde errechnet, indem man diese Bewertungsrelation mit dem sog. krankenhausindividuellen Basisentgeltwert multipliziere. Letzterer habe im Jahr 2017 für das U-Klinikum 258,72 Euro betragen, woraus sich der bereits angeführte Tagessatz i.H.v. 187,91 Euro ergeben habe. Der Basisentgeltwert der A-Klinik habe sogar 275,87 Euro, der dortige Tagessatz also 200,36 Euro betragen. Dies sei vorliegend der richtige Vergleichsmaßstab. Im Ergebnis seien jedoch die von der Tagesklinik V. in Rechnung gestellten Sätze in voller Höhe zugrunde zu legen, da die dortige Behandlung in medizinischer Hinsicht ein spezifisches Konzept verfolge, das eine besonders enge Verzahnung der ambulanten mit der tagesklinischen Behandlung vorsehe und dadurch der Vermeidung vollstationärer Krankenhausaufenthalte diene. Auf diese Weise würden die Patienten nicht aus ihrem täglichen Umfeld gerissen und könnten in der Tagesklinik Erlerntes unmittelbar in ihrem gewöhnlichen Alltag umsetzen. Zudem sei die Behandlungsintensität wesentlich höher als in klassischen, gleichsam alteingesessenen hamburgischen Krankenhäusern. Daher sei die Therapie auch wesentlich wirksamer und könne in kürzerer Zeit absolviert werden.

Die Klägerin beantragt,

1. die Beklagte unter Aufhebung ihres Bescheides vom 10. Mai 2017 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 28. November 2017 dazu zu verpflichten, weitere Beihilfe i.H.v. 1.131,46 Euro für ihre Behandlung in der Tagesklinik V. vom 23. Januar bis 24. März 2017 festzusetzen und an sie auszus zahlen,
2. festzustellen, dass die Hinzuziehung eines Bevollmächtigten im Widerspruchsverfahren notwendig war.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Zur Begründung nimmt sie zunächst Bezug auf ihre Ausführungen im Verwaltungsverfahren. Ergänzend führt sie aus, die Vergleichsberechnung nach § 18 Abs. 3 HmbBeihVO könne im Falle der Tagesklinik V. nur mit einem Hamburger Krankenhaus erfolgen, das nach dem KHG gefördert werde und (noch) nicht nach PEPP abrechne. Dies treffe auf das B-Krankenhaus zu. In jedem Fall gebe § 18 Abs. 3 HmbBeihVO nicht vor, welches Krankenhaus für die Vergleichsberechnung heranzuziehen sei. Selbst wenn der Satz eines nach PEPP abrechnenden Krankenhauses grundsätzlich taugliche Vergleichsgrundlage sei, sei es also möglich, irgendein Krankenhaus, das nach dem KHG gefördert werde, zum Vergleich heranzuziehen. Dass als Vergleichsgrundlage dasjenige nach dem KHG geförderte Krankenhaus heranzuziehen sei, das den höchsten Satz berechne, folge auch nicht aus dem Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 6. November 2014 (Az. 5 C 37/13). Die dort streitgegenständliche Vorschrift der baden-württembergischen Landesbeihilfeverordnung habe die fraglichen Aufwendungen als beihilfefähig angesehen, wenn und soweit sie „in Krankenhäusern nach § 6a“ beihilfefähig gewesen wären. Dabei habe es sich um sämtliche nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser im gesamten Bundesgebiet gehandelt. § 18 Abs. 3 HmbBeihVO schränke hingegen nicht nur den Kreis der heranzuziehenden Krankenhäuser auf Hamburger Krankenhäuser, die nach dem KHG gefördert werden, ein, sondern sehe zudem „ein“ Krankenhaus als ausreichende Vergleichsgrundlage an. Daher könne allenfalls die Frage aufgeworfen werden, ob das von ihr, der Beklagten, gewählte B-Krankenhaus eine ausreichende medizinische Versorgung sicherstelle. Insoweit sei auf das Urteil des Verwaltungsgerichts Hamburg vom 21. Oktober 2012 (Az. 21 K 3385/10) hinzuweisen, in dem das Gericht ausgeführt habe, dass eine Vergleichsberechnung lediglich dann ausscheide, wenn im Vergleichskrankenhaus hinsichtlich des betreffenden Krankheitsbildes entweder überhaupt keine Behandlungsmöglichkeit gegeben sei oder diese aus medizinischer Sicht als ungeeignet und damit unvertretbar erscheine. Angesichts der Aufnahme des B-Krankenhauses in den Krankenhausplan der Freien und Hansestadt Hamburg sei dies jedoch nicht erkennbar. Auch habe die Klägerin bereits nicht dargelegt, dass in ihrem Fall überhaupt eine besondere Therapie medizinisch notwendig gewesen wäre. Wenn sich ein Beamter nach alledem nicht für eine Behandlung im B-Krankenhaus, sondern für eine Behandlung in einem Privatkrankenhaus entscheide, liege keine Ungleichbehandlung seitens des Dienstherrn vor, da diese Wahl auf den persönlichen Wünschen und Vorstellungen des Beamten beruhe, die keine über die Vorgabe des § 80 Abs. 4 HmbBG hinausgehende Verpflichtung des Dienstherrn hervorrufen könnten.

Die Beteiligten haben ihr Einverständnis mit einer Entscheidung durch den Berichterstatter im schriftlichen Verfahren erklärt. Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Gerichtsakte sowie die beigezogenen Sachakten der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

I.

Die Entscheidung ergeht im Einverständnis der Beteiligten durch den Berichterstatter anstelle der Kammer (§ 87a Abs. 2 und 3 VwGO) im schriftlichen Verfahren (§ 101 Abs. 2 VwGO).

II.

Das Klagebegehren ist gemäß § 88 VwGO dahingehend auszulegen, dass es auf die ausdrücklich begehrte Verpflichtung der Beklagten zur Bewilligung weiterer Beihilfe unter Aufhebung – soweit diese der begehrten Bewilligung entgegenstehen – nicht nur des Bescheides vom 10. Mai 2017 und des Widerspruchsbescheides vom 28. November 2017, sondern zugleich des Bescheides vom 18. Juli 2017 gerichtet ist, mit dem die Beklagte der Klägerin bereits weitere Beihilfe bewilligt und den Bescheid vom 10. Mai 2017 insoweit aufgehoben hatte.

III.

Die als Verpflichtungsklage statthafte und auch im Übrigen zulässige Klage hat in der Sache nur im tenorierten Umfang Erfolg.

Die Bescheide vom 10. Mai 2017 und 18. Juli 2017 und der Widerspruchsbescheid vom 28. November 2017 sind rechtswidrig und verletzen die Klägerin in ihren Rechten, soweit dieser hiermit eine Beihilfe zu ihren Aufwendungen für die teilstationäre psychiatrische Behandlung in der psychiatrischen Tagesklinik der Tagesklinik V. im Zeitraum vom 23. Januar bis zum 24. März 2017 i.H.v. weniger als 3.706,66 Euro bewilligt wurde; insoweit ist die Sache auch spruchreif (§ 113 Abs. 5 Satz 1 VwGO). Im Übrigen sind die angegriffenen Bescheide rechtmäßig.

Die Klägerin hat einen Anspruch auf Beihilfe zu den streitgegenständlichen Aufwendungen, der sich der Höhe nach jedoch auf einen Betrag von 3.706,66 Euro beschränkt, so dass sich bei Berücksichtigung der bereits bewilligten Beihilfe i.H.v. 2.661,04 Euro ein Anspruch

auf weitere Beihilfe i.H.v. 1.045,62 Euro ergibt. Dieser Anspruch ergibt sich aus § 80 Abs. 1 Satz 1 des Hamburgischen Beamtengesetzes (HmbBG). Nach dieser Vorschrift erhalten die nach § 80 Abs. 2 Satz 1 HmbBG Beihilfeberechtigten in Krankheitsfällen zu ihren beihilfefähigen Aufwendungen Beihilfen.

Die Klägerin ist mit einem Bemessungssatz von 50 % beihilfeberechtigt.

Die Aufwendungen der Klägerin für die streitgegenständliche Behandlung sind jedoch nur i.H.v. 7.413,32 Euro beihilfefähig.

Gemäß § 80 Abs. 4 Satz 1 HmbBG sind Aufwendungen in Krankheitsfällen beihilfefähig, wenn sie dem Grunde nach notwendig und soweit sie der Höhe nach angemessen sind. Die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen in bestimmten Fällen ist in der aufgrund von § 80 Abs. 11 Satz 1 HmbBG in der zum streitgegenständlichen Zeitpunkt geltenden Fassung des Gesetzes vom 15. Dezember 2009 (HmbGVBl. S. 405) erlassenen Hamburgischen Beihilfeverordnung (HmbBeihVO) näher geregelt. Gemäß § 18 Abs. 1 Satz 1 Fall 2 HmbBeihVO sind Aufwendungen für teilstationäre Krankenhausleistungen grundsätzlich bis zur Höhe der Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen beihilfefähig. Innerhalb der allgemeinen Krankenhausleistungen differenziert der Verordnungsgeber zwischen den Anwendungsbereichen der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) und des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG). (Teil-)stationäre Krankenhausleistungen auf dem Fachgebiet der Psychiatrie unterfallen dabei grundsätzlich nicht dem KHEntgG und seinem Vergütungssystem der sog. „Diagnosis Related Groups“ (DRG), sondern werden nach der BPfIV vergütet (vgl. § 1 Abs. 1 Satz 1 BPfIV sowie § 1 Abs. 2 Satz 2 KHEntgG; instruktiv hierzu Starzer, in: Spickhoff, Medizinrecht, 3. Aufl. 2018, § 1 BPfIV Rn. 1 f.). Die demnach für teilstationäre Krankenhausleistungen auf dem Fachgebiet der Psychiatrie anwendbare Regelung des § 18 Abs. 1 Satz 1 Fall 2 Nr. 1 HmbBeihVO gilt gemäß § 18 Abs. 3 Satz 1 HmbBeihVO auch für Aufenthalte in Krankenhäusern, für die das KHG nicht gilt, also auch für die Behandlung der Klägerin in der Tagesklinik V. Dabei sind die Aufwendungen gemäß § 18 Abs. 3 Satz 2 HmbBeihVO höchstens bis zu dem Betrag beihilfefähig, der bei einer Behandlung in einem Hamburger Krankenhaus, für das das KHG gilt, beihilfefähig wäre.

Die Aufwendungen der Klägerin für die streitgegenständliche Behandlung wären bei einer Behandlung in einem Hamburger Krankenhaus, für das das KHG galt, jedenfalls bis zu einem Betrag von 200,36 Euro pro Behandlungstag beihilfefähig gewesen, woraus sich bei 37 Behandlungstagen ein beihilfefähiger Gesamtbetrag von 7.413,32 Euro ergibt. Auf einen Betrag von 200,36 Euro belief sich die tägliche Vergütung für eine entsprechende

Behandlung in der A-Klinik (hierzu unter 1.). Hätte die Klägerin sich der streitgegenständlichen Behandlung in diesem Krankenhaus unterzogen, wären ihre Aufwendungen in dieser Höhe beihilfefähig gewesen (hierzu unter 2.). Einer Heranziehung dieses Betrages steht auch nicht entgegen, dass die Behandlung in anderen Hamburger Krankenhäusern, für die ebenfalls das KHG galt, für einen niedrigen Betrag zu erhalten gewesen wäre (hierzu unter 3.) bzw. die Abrechnung der Tagesklinik V. und der A-Klinik, nach unterschiedlichen Abrechnungssystemen erfolgten (hierzu unter 4.). Nicht beihilfefähig sind die Aufwendungen der Klägerin hingegen, soweit sie über diesen Betrag hinausgehen (hierzu unter 5.).

1. Nach dem unstreitigen Vorbringen der Klägerin betrug die tägliche Vergütung für eine teilstationäre psychiatrische Behandlung in der A-Klinik zum fraglichen Zeitpunkt 200,36 Euro. Hierbei handelte es sich um ein Hamburger Krankenhaus, für das das KHG galt.

2. Hätte die Klägerin sich der streitgegenständlichen Behandlung in diesem Krankenhaus unterzogen, wären ihre Aufwendungen in dieser Höhe unmittelbar nach § 18 Abs. 1 Satz 1 Fall 2 Nr. 1 HmbBeihVO i.V.m. den einschlägigen Vorschriften der BPfIV beihilfefähig gewesen. Kern des Regelungsregimes der BPfIV ist seit dem Jahr 2013 die nähere Ausgestaltung des sog. PEPP (Pauschalierendes Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik), das auf § 17d KHG beruht. Bis zum 31. Dezember 2017 war die Einführung des PEPP der Entscheidung des jeweiligen Krankenhauses überlassen. Für Krankenhäuser, die das PEPP noch nicht eingeführt hatten, galt bis dahin gemäß § 18 Abs. 1 BPfIV in der Fassung des Gesetzes vom 19. Dezember 2016 (BGBl. I S. 2986) die BPfIV in der am 31. Dezember 2012 geltenden Fassung mit Modifikationen fort. Zum Zeitpunkt der streitgegenständlichen Behandlungen waren also bei Behandlungen in Krankenhäusern, für die das KHG galt, sowohl Vergütungen nach dem PEPP als auch solche nach der alten Fassung der BPfIV beihilfefähig. Die teilstationäre psychiatrische Behandlung in der A-Klinik wurde zu diesem Zeitpunkt bereits nach dem PEPP vergütet. Das tägliche Entgelt wurde dabei gemäß § 1 Abs. 2 Satz 4 der Vereinbarung zum pauschalierenden Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen für das Jahr 2017 zwischen dem GKV-Spitzenverband, dem Verband der Privaten Krankenversicherung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (PEPPV 2017) durch Multiplikation der im einschlägigen Entgeltkatalog ausgewiesenen Bewertungsrelation mit dem sog. Basisentgeltwert ermittelt. Das eingangs genannte tägliche Entgelt i.H.v. 200,36 Euro ergab sich dabei aus der einschlägigen Bewertungsrelation TA20Z nach Anlage 2a zur PEPPV 2017 („psychotische, affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme, Schlaf-,

Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen oder andere Störungen, Alter < 65 Jahre, ohne komplizierende Diagnose“), die pro Tag 0,7263 betrug, und dem Krankenhausindividuellen Basisentgeltwert der A-Klinik, der sich nach dem unstreitigen Vorbringen der Klägerin auf 275,87 Euro belief.

3. Entgegen der Auffassung der Beklagten steht einer Berücksichtigung dieses Betrages bei der Bestimmung der beihilfefähigen Aufwendungen gemäß § 18 Abs. 3 Satz 2 HmbBeihVO auch nicht entgegen, dass eine entsprechende Behandlung in anderen Hamburger Krankenhäusern, für die das KHG galt, für einen niedrigen Betrag zu erhalten gewesen wäre. § 18 Abs. 3 Satz 2 HmbBeihVO ist vielmehr dahingehend zu verstehen, dass er die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für eine Behandlung in einem Privatkrankenhaus nicht auf den niedrigsten, sondern auf den höchsten Betrag an Aufwendungen beschränkt, der im Falle einer entsprechenden Behandlung in einem öffentlich geförderten Krankenhaus anfallen würde und beihilfefähig wäre. Dieses Verständnis ergibt sich bereits aus dem Wortlaut sowie dem Sinn und Zweck der Vorschrift (hierzu unter a.), und es steht auch im Einklang mit der jüngeren Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts (hierzu unter b.). Auch die frühere Rechtsprechung des Verwaltungsgerichts Hamburg steht diesem Verständnis nicht entgegen (hierzu unter c.).

a) Das eingangs dargestellte Verständnis des § 18 Abs. 3 Satz 2 HmbBeihVO ergibt sich bereits aus dem eindeutigen Wortlaut sowie dem Sinn und Zweck der Regelung. Die Formulierung „in einem Hamburger Krankenhaus, für das das KHG gilt“ nimmt sämtliche öffentlich geförderte Hamburger Krankenhäuser in den Blick und grenzt deren Kreis gerade nicht anhand sonstiger Parameter – wie insbesondere der im jeweiligen Krankenhaus abgerechneten Vergütung – ein, obwohl mit dem PEPP-Vergütungssystem gerade eine nicht unerhebliche Bandbreite der Vergütungen je nach Krankenhaus einhergeht. Vielmehr stellt die Vorschrift darauf ab, ob und inwieweit ein bestimmter Betrag beihilfefähig wäre, wenn der Beihilfeberechtigte diesen für eine Behandlung in einem solchen Krankenhaus aufgewendet hätte. Diese Regelung soll ersichtlich sicherstellen, dass die Kosten für Behandlungen in Privatkrankenhäusern, die die Kosten für in öffentlich geförderten Krankenhäusern durchgeführte, medizinisch gleichwertige Behandlungen erfahrungsgemäß oft übersteigen, nicht unbegrenzt beihilfefähig sind; mithin sollen Beihilfeberechtigte, die sich in einem Privatkrankenhaus behandeln lassen, nicht bevorzugt werden. Es spricht jedoch nichts dafür, dass die Vorschrift zugleich bezwecken könnte, Beihilfeberechtigten, die sich in einem Privatkrankenhaus behandeln lassen, dahingehend zu benachteiligen, dass ihre Aufwendungen stets allein bis zu dem Betrag erstattungsfähig wären, für den eine entsprechende Behandlung im günstigsten öffentlich geförderten

Krankenhaus angeboten wird, während die – ggf. ganz erheblich höheren – Aufwendungen von Beihilfeberechtigten, die sich im teuersten öffentlich geförderten Krankenhaus behandeln lassen, vollumfänglich beihilfefähig wären.

b) Dieses Verständnis steht auch im Einklang mit der jüngeren Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts. Dieses hatte eine ähnliche Vorschrift, nämlich § 7 Abs. 7 Satz 1 der Landesbeihilfeverordnung (BVO) des Landes Baden-Württemberg in der seinerzeit geltenden Fassung, auszulegen, wonach bei Behandlung in Krankenhäusern, die die Voraussetzungen des § 107 Abs. 1 SGB V erfüllten, aber nicht nach § 108 SGB V zugelassen waren, und die die BPfIV sinngemäß anwendeten, pauschal berechnete Aufwendungen für die dortigen Leistungen beihilfefähig waren, wenn und soweit sie in Krankenhäusern nach § 6a BVO a. F. beihilfefähig gewesen wären (BVerwG, Urt. v. 6.11.2014, 5 C 37/13, juris). Hierzu hat das Bundesverwaltungsgericht ausgeführt:

„Für den nach § 7 Abs. 7 Satz 1 BVO a. F. anzustellenden Kostenvergleich ist das zugelassene Krankenhaus mit der bundesweit höchsten Pauschale für die konkrete Behandlung des Beihilfeberechtigten heranzuziehen. Das ist bereits dem Wortlaut der Vorschrift zu entnehmen. Die Rechtsfolgenanordnung dieser Vorschrift bezieht sich auf „Krankenhäuser nach § 6a“. Mangels jedweder eingrenzender Vorgaben sind damit alle nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser gemeint, die unter § 6a BVO a. F. fallen. Das sind sämtliche im Bundesgebiet zugelassenen Krankenhäuser, die nach der Bundespflegesatzverordnung oder dem Krankenhausentgeltgesetz vergütet werden. Somit ist für die Vergleichsbetrachtung die gesamte Bandbreite der Entgelte allgemeiner Krankenhausleistungen in Bezug genommen worden, die im maßgeblichen Zeitraum von den bundesweit zugelassenen Krankenhäusern in Rechnung gestellt werden.“ (BVerwG, Urt. v. 6.11.2014, a.a.O., Rn. 28)

Diese Erwägungen, denen sich das erkennende Gericht aus eigener Überzeugung anschließt, sind auf die Regelung des § 18 Abs. 3 Satz 2 HmbBeihVO übertragbar. Das Gericht verkennt insoweit nicht, dass die beiden Vorschriften nicht identisch sind: § 7 Abs. 7 Satz 1 BVO a. F. spricht von „Krankenhäusern“, nimmt keine geographische Eingrenzung vor und stellt maßgeblich auf die Zulassung nach § 108 SGB V ab; § 18 Abs. 3 Satz 2 HmbBeihVO spricht von „einem (...) Krankenhaus“ und nimmt eine Eingrenzung auf das Gebiet der Freien und Hansestadt Hamburg sowie die Förderung nach dem KHG vor. Soweit das Bundesverwaltungsgericht ausführt, „mangels jedweder eingrenzender Vorgaben“ seien „alle nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser gemeint, die unter § 6a BVO a. F. fielen“, lässt sich dieser Rechtssatz jedoch ohne Weiteres – lediglich mit der Modifikation, dass hier eben alle Hamburger Krankenhäuser gemeint sind, für die das KHG gilt – auf den vorliegenden Fall übertragen; die inhaltlich abweichende Eingrenzung des Kreises der Vergleichskrankenhäuser steht der Übertragbarkeit dieser grundsätzlichen, an

die Grammatik der Vorschrift anknüpfenden Erwägung ersichtlich nicht entgegen. Gleiches gilt für die Verwendung der Begriffe „Krankenhäuser“ und „Krankenhaus“. Die Verwendung des Singulars in § 18 Abs. 3 Satz 2 HmbBeihVO bezweckt ersichtlich nicht, die Vergleichsbetrachtung auf ein bestimmtes Krankenhaus zu beschränken. Wie bereits ausgeführt, nimmt die Vorschrift selbst gerade keine solche nähere Bestimmung – etwa anknüpfend an die jeweilige Höhe der Vergütung – vor. Noch weniger ist anzunehmen, dass der Ordnungsgeber – wie die Beklagte offenbar selbst suggerieren will, indem sie ausführt, der Wortlaut der Vorschrift verpflichte sie nicht, das preisgünstigste Krankenhaus zu „nehmen“ – die Wahl eines Vergleichskrankenhauses einer willkürlichen Entscheidung der handelnden Behörde im jeweiligen Einzelfall hätte überantworten wollen.

c) Etwas Anderes ergibt sich auch nicht aus dem von der Beklagten angeführten Urteil des Verwaltungsgerichts Hamburg (Urt. v. 12.10.2012, 21 K 3385/10, juris). Gegenstand des dortigen Verfahrens war die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für eine stationäre psychiatrische Behandlung in einem Privatkrankenhaus. Diese richtete sich zum maßgeblichen Zeitpunkt der dort streitgegenständlichen Behandlung allein danach, ob die Aufwendungen als angemessen i.S.d. § 80 Abs. 4 Satz 1 HmbBG anzusehen waren, da die spezielle Regelung des § 18 HmbBeihVO zu diesem Zeitpunkt noch nicht in Kraft war. Hierzu führte das Gericht seinerzeit aus, dass die Heranziehung des U-Klinikums als Vergleichskrankenhaus zur Ausfüllung des unbestimmten Rechtsbegriffs der Angemessenheit der Aufwendungen durch die Beklagte rechtlich nicht zu beanstanden sei. Zwischenzeitlich hat der Ordnungsgeber die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für (teil-)stationäre Krankenhausbehandlungen jedoch aufgrund seiner Verordnungsermächtigung aus § 80 Abs. 11 Satz 1 HmbBG in der zum streitgegenständlichen Zeitpunkt geltenden Fassung des Gesetzes vom 15. Dezember 2009 (HmbGVBl. S. 405) ausdrücklich im oben eingehend dargestellten Sinne geregelt, so dass es eines Rekurses auf den unbestimmten Rechtsbegriff der Angemessenheit insoweit gerade nicht mehr bedarf.

4. Einer Heranziehung der täglichen Vergütung für eine teilstationäre psychiatrische Behandlung in der A-Klinik im Rahmen der Vergleichsbetrachtung gemäß § 18 Abs. 3 Satz 2 HmbBeihVO steht – anders als die Beklagte meint – auch nicht entgegen, dass diese Vergütung auf einer Abrechnung nach dem PEPP beruht, während die Abrechnung der streitgegenständlichen Behandlung durch die Tagesklinik V. auf der Grundlage „starrer“ Tagessätze erfolgte. Gemäß der Auskunft der Hamburgischen Krankenhausgesellschaft e.V., der Arbeitsgemeinschaft der Krankenhausträger in der Freien und Hansestadt Hamburg, die das Gericht im vorliegenden Verfahren zu dieser Frage eingeholt hat, sind

die jeweils verwendeten Abrechnungsmethoden in Bezug auf Behandlungen in psychiatrischen Tageskliniken vergleichbar, da sie beide zu einem einzig möglichen Tagespflegesatz führen. Insbesondere führt die Abrechnung nach dem PEPP in dieser Konstellation zur Abrechnung genau einer definierten Bewertungsrelation, die sich über die Behandlungsdauer nicht verändert.

5. Nicht beihilfefähig sind die Aufwendungen der Klägerin schließlich, soweit sie einen Betrag von 200,36 Euro pro Behandlungstag übersteigen. Für eine Berücksichtigung höherer Aufwendungen ist angesichts der ausdrücklichen Regelung der fraglichen Materie in § 18 HmbBeihVO grundsätzlich kein Raum. Das Vorliegen eines besonderen Ausnahmefalles, der gemäß § 80 Abs. 9 Satz 11 HmbBG in der zum streitgegenständlichen Zeitpunkt geltenden Fassung des Gesetzes vom 13. Februar 2015 (HmbGVBl. S. 40) unter strengen Voraussetzungen die Gewährung einer Beihilfe über die Vorschriften der HmbBeihVO hinaus gebieten könnte, ist weder substantiiert vorgetragen noch sonst ersichtlich.

III.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 155 Abs. 1 Satz 3 VwGO. Demnach waren die Kosten des Verfahrens vollumfänglich der Beklagten aufzuerlegen, da die Klägerin nur zu etwa 7,5 % unterlegen ist und ihre Beteiligung an den Kosten – auch vor dem Hintergrund des verhältnismäßig geringen Streitwertes und ihrer im Laufe des gerichtlichen Verfahrens wiederholt zum Ausdruck gebrachten Vergleichsbereitschaft – nicht sachgerecht erscheint.

Die Entscheidung über die vorläufige Vollstreckbarkeit ergibt sich aus § 167 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2 VwGO i.V.m. §§ 708 Nr. 11, 711, 709 Satz 2 ZPO.

Die Zuziehung eines Bevollmächtigten für das Vorverfahren war antragsgemäß nach § 162 Abs. 2 Satz 2 VwGO für notwendig zu erklären. Die Notwendigkeit bemisst sich danach, ob sich ein vernünftiger Bürger mit gleichem Bildungs- und Erfahrungsstand bei der gegebenen Sachlage mit Blick auf die Schwierigkeit und Bedeutung der Sache eines Rechtsanwalts bedienen hätte (BVerwG, Beschl. v. 27.2.2019, 2 A 1.18, juris, Rn. 5). Dies war hier mit Blick auf die streitgegenständlichen Fragen der Auslegung des § 18 HmbBeihVO sowie der Einzelheiten der Abrechnung von Krankenhausbehandlungen der Fall.