

## L 4 KR 2339/09

Land  
Baden-Württemberg  
Sozialgericht  
LSG Baden-Württemberg  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
4  
1. Instanz  
SG Heilbronn (BWB)  
Aktenzeichen  
S 8 KR 3299/07  
Datum  
27.04.2009  
2. Instanz  
LSG Baden-Württemberg  
Aktenzeichen  
L 4 KR 2339/09  
Datum  
05.03.2010  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen

-  
Datum

-  
Kategorie  
Beschluss

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Heilbronn vom 27. April 2009 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Gründe:

I.

Der Kläger begehrt die Gewährung einer stationären Behandlung in einer Privatklinik.

Der am 1944 geborene Kläger ist versicherungspflichtiges Mitglied der Beklagten in der Krankenversicherung der Rentner. Es besteht eine koronare Herzerkrankung mit eingeschränkter körperlicher Belastbarkeit.

Zu einem nicht dokumentierten Zeitpunkt, spätestens am 21. Dezember 2006, nahm er - wohl telefonisch - Kontakt mit der Beklagten auf und bat um die Gewährung einer stationären Behandlung in der H.-Klinik Ha.-B. I ... Hierbei handelt es sich um eine homöopathisch ausgerichtete, nicht als Vertragskrankenhaus zugelassene Privatklinik. Eine Mitarbeiterin der Beklagten teilte dem Kläger am 21. Dezember 2006 telefonisch mit, dass die Beklagte die Kosten einer Behandlung in einer solchen Privatklinik nicht übernehme und der Kläger seine Herzerkrankung in jedem Vertragskrankenhaus behandeln lassen könne. Der Kläger beantragte sodann am 02. Januar 2007 schriftlich die genannte stationäre Behandlung. Er trug vor, er leide an einer Herzschwäche Grad III, Bluthochdruck, Diabetes mellitus Grad II und einer zunehmenden Lähmung des rechten Beins. Dr. Hu., Leitender Arzt der H.-Klinik, habe eine sofortige stationäre Behandlung in seiner Klinik empfohlen. Mit Schreiben vom 03. April 2007 machte er geltend, eine schulmedizinische Behandlung sei nicht mehr möglich und er sei austherapiert. Er legte ärztliche Atteste der Fachärzte für Allgemeinmedizin Dr. E.-H. vom 18. Januar 2007 und Dr. B. vom 23. Januar 2007 (koronare Herzkrankheit, Diabetes, Fettstoffwechselstörung, Hypertonie, Gicht) vor. Beide empfahlen eine stationäre klassisch-homöopathische Behandlung. Ferner legte der Kläger eine ärztliche Verordnung für Krankenhausbehandlung von Dr. E.-H. vom 09. Januar 2007 vor, die konkret die H.-Klinik und als Diagnosen einen Zustand nach Vorderwandinfarkt, Herzinsuffizienz, Hypertonie und Diabetes mellitus nannte, sowie die Bescheinigung des Leitenden Arztes Hu. vom 14. März 2007, wonach aufgrund der Schwere der Erkrankung ein ganzheitlicher Behandlungsansatz im Sinne der klassischen Homöopathie, ergänzt durch psychotherapeutische und physiotherapeutische Maßnahmen für die Beschwerden und die Prognose für sehr Erfolg versprechend gehalten werde (Kosten für eine stationäre Behandlung EUR 1.512,00 bei einer Woche und EUR 3.780,00 bei drei Wochen). Letztlich legte der Kläger eine Pressemitteilung des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) über den Beschluss vom 06. Dezember 2005 ([1 BvR 347/98](#) = [BVerfGE 115, 25](#)) vor.

Unter dem 11. April 2007 (ohne Rechtsbehelfsbelehrung) teilte die Beklagte dem Kläger mit, die Kosten für eine Krankenhausbehandlung in der H.-Klinik könnten nicht übernommen werden, weil es sich um eine Privatklinik und zudem um eine Klinik für Rehabilitation handle. Der Kläger verwies auf den Beschluss des BVerfG. Wenn eine schulmedizinische Behandlung nicht mehr möglich sei, müssten die gesetzlichen Krankenkassen auch die Kosten alternativer Therapien übernehmen (Schreiben vom 23. April 2007). Im Auftrag der Beklagten erstattete daraufhin Herr S., Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Baden-Württemberg (MDK), das Gutachten vom 02. Mai 2007. Darin ist ausgeführt, es lägen keine Angaben zu den bislang ambulanten, im Krankenhaus oder in einer Reha-Klinik durchgeführten Behandlungen vor. Die potenzielle Lebensbedrohung und der Krankheitsprozess seien ebenfalls nicht erkennbar. Es werde um Wiedervorlage mit neuen Berichten gebeten. Mit Bescheid vom 07. Mai 2007, der eine Rechtsbehelfsbelehrung (Widerspruch binnen eines Monats) enthielt, lehnte die Beklagte den Antrag des Klägers ab. Die H.-Klinik sei nicht zugelassen. Der MDK habe keine potenzielle Lebensbedrohung festgestellt. Es sei daher auch eine Kostenübernahme ausgeschlossen.

Seinem Widerspruch vom 10. Mai 2007 fügte der Kläger u. a. ein Gutachten des Facharztes für Innere Medizin/Kardiologie Dr. H. vom 27. Oktober 2003 (koronare Herzkrankheit mit nicht-transmuralem Vorderwandinfarkt, arterielle Hypertonie Linksherzhypertrophie, Herzinsuffizienz NYHA II bis III, rezidivierende Lumbalgien, Diabetes mellitus Typ II) bei, das dieser in einem Rechtsstreit des Klägers gegen die damalige Bundesversicherungsanstalt für Angestellte beim Sozialgericht Heilbronn (SG) erstattet hatte. Im Auftrag der Beklagten erstattete Dr. Sc., MDK, das Gutachten vom 22. Juni 2007. Darin ist ausgeführt, bei dem Kläger liege keine regelmäßig tödliche Erkrankung vor. Auch Hinweise auf eine akute Lebensgefahr seien nicht zu erkennen. Seit der Beschreibung der Zunahme der linksventrikulären Hypertrophie in dem Gutachten von 2003 seien dreieinhalb Jahre vergangen. Die Herzinsuffizienz werde mit Beschwerdegrad NYHA II bis III (bei vier Stufen) angegeben. Ob die vertragsärztlichen Behandlungsmethoden ausgeschöpft seien, könne nicht beurteilt werden. Gestützt auf dieses Gutachten wies sodann der Widerspruchsausschuss der Beklagten mit Bescheid vom 17. August 2007 den Widerspruch des Klägers zurück.

Am 06. September 2007 erhob der Kläger Klage zum SG. Er behauptete, bei ihm liege eine lebensbedrohliche Krankheit vor. Die vertragsärztlichen Behandlungsmethoden seien ausgeschöpft. Die Herzinsuffizienz liege bei Grad III und neige zur Verschlimmerung. Außerdem beständen zahlreiche Zusatzerkrankungen mit Hochrisikofaktoren. Er legte u.a. die Entlassungsberichte des Nephrologen und Kardiologen Dr. Se., C.-Krankenhauses B. M., vom 20. März 2008 über eine stationäre Behandlung vom 06. bis 11. März 2008 wegen hypertensiver Dringlichkeit und Schwankschwindel sowie des Gefäßchirurgen Prof. Dr. Sc. vom 26. April 2008 über die stationäre Behandlung vom 14. bis 26. April 2008 wegen Anlage eines aorto-femorales Bypasses bei peripherer arterieller Verschlusskrankheit Stadium II b rechts vor.

Die Beklagte trat der Klage entgegen. Eine möglicherweise erforderliche Krankenhausbehandlung könne nicht in einer Klinik für Rehabilitation durchgeführt werden. Zudem handle es sich bei der H.-Klinik um eine Privatklinik. Im Jahre 2008 habe der Kläger auf ihre Kosten eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme absolviert.

Das SG vernahm die behandelnden Ärzte des Klägers schriftlich als sachverständige Zeugen. Dr. B. bekundete unter dem 31. März 2008, vorrangig seien eine Behandlung nach den Grundsätzen der klassischen Homöopathie, eine intensive Ernährungsberatung und -schulung, Heilmittelanwendungen wie physikalische Therapien, ein regelmäßiges körperliches Training und eine medikamentöse Einstellung. Wegen der medikamentösen Einstellung sei eine stationäre Behandlung dringend indiziert. Durch die ambulante Behandlung sei es bis dato nicht gelungen, die Hypertonie einzustellen. Der kardiale Status des Klägers sei instabil, 2005 sei es zu einer Notfalleinweisung gekommen. Dem Kläger sei es auf Grund seiner Ausbildung zum Heilpraktiker gelungen, bislang weitere Notfalleinweisungen zu verhindern. Internist Dr. Ba. teilte unter dem 03. Mai 2008 mit, es bestehe auch ein Bluthochdruck mit intermittierender Blutdruckentgleisung, deshalb habe der stationäre Aufenthalt vom 06. bis 11. März 2008 stattgefunden. Seit Anfang 2008 bestehe zusätzlich eine Nierenschwäche. Im Mai 2007 sei der Kläger bis 75 Watt belastbar gewesen. Vorrangig seien medikamentöse Behandlungsmaßnahmen, inzwischen sei auch die Beckenarterienstenose rechts aufgedehnt worden, dies habe die Gehstrecke und die Beschwerden verbessert, weiterhin komme eine Reha-Maßnahme mit weiterem Gehtraining in Betracht. Bei dem Kläger erscheine zumindest eine ambulante, möglicherweise besser eine stationäre Reha-Maßnahme sinnvoll.

Mit Urteil vom 27. April 2009 wies das SG die Klage ab. Der Kläger habe keinen Anspruch auf die begehrte Krankenhausbehandlung. Es sei bereits zweifelhaft, ob die H.-Klinik überhaupt ein Krankenhaus sei (oder eine Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung). Jedenfalls sei sie kein zugelassenes Krankenhaus. Weiterhin sei eine Krankenhausbehandlung des Klägers nicht erforderlich. Nach der Aussage von Dr. Ba. reichten auch ambulante Maßnahmen aus. Auch nach dem vom Kläger zitierten Beschluss des BVerfG vom 06. Dezember 2005 bestehe kein Anspruch. Wenn die vom BVerfG zur ambulanten Behandlung entwickelten Kriterien überhaupt auf den stationären Bereich übertragbar seien, dann sei jedenfalls nicht ersichtlich, dass beim Kläger eine lebensbedrohliche Krankheit vorliege, die nur in der H.-Klinik und nicht in einem zugelassenen Vertragskrankenhaus stationär behandelt werden könne.

Am 20. Mai 2009 hat der Kläger Berufung zum Landessozialgericht Baden-Württemberg (LSG) eingelegt. Er trägt vor, das Urteil des SG sei von einer totalen Fehlinterpretation der Rechtsprechung des BVerfG geprägt. Es spiele überhaupt keine Rolle, von wem und wodurch eine homöopathische Behandlung außerhalb des Vertrags erbracht werde, es müsse lediglich ein Arzt sein. Die zurzeit durchgeführte (ambulante) homöopathische Behandlung (hierzu hat der Kläger die Bescheinigung des Heinz Hu., Homöopathisches Kompetenzzentrum Bad Mergentheim, vom 14. Dezember 2009 vorgelegt) habe spürbar positive Entwicklungen ergeben, ohne die er nicht mehr leben würde. Damit sei eine nicht ganz fernliegende Aussicht auf Heilung im Sinne der Rechtsprechung des BVerfG gegeben. Auch der Europäische Gerichtshof habe homöopathische Therapieansätze nachhaltig befürwortet. Das SG habe auch die schriftliche Zeugenaussage von Dr. B. nicht angemessen berücksichtigt, sondern sich einseitig auf die Angaben Dr. Ba.s gestützt. Bei ihm bestehe eine lebensbedrohliche Erkrankung, die jederzeit "akut" lebensbedrohlich werden könne.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Heilbronn vom 27. April 2009 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheids vom 07. Mai 2007 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 17. August 2007 zu verurteilen, ihm eine stationäre Krankenhausbehandlung in der H.-Klinik Ha.-B. I. als Sachleistung zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie verteidigt das angegriffene Urteil und ihre Entscheidung.

Der Berichterstatter des Senats hat die Beteiligten unter dem 30. November 2009 darüber unterrichtet, dass eine Entscheidung durch Beschluss vorgesehen ist, und Gelegenheit zur Stellungnahme bis zum 28. Dezember 2009 gegeben.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Verwaltungsakten der Beklagten sowie auf die Gerichtsakten beider Rechtszüge Bezug genommen.

II.

Der Senat konnte über die Berufung nach [§ 153 Abs. 4 Satz 1](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) ohne mündliche Verhandlung durch Beschluss entscheiden. Er hält die Berufung einstimmig für unbegründet. Der Rechtsstreit weist auch keine besonderen Schwierigkeiten in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht auf, die mit den Beteiligten in einer mündlichen Verhandlung erörtert werden müssten. Die Beteiligten sind zu dieser Verfahrensweise gehört worden.

Die Berufung des Klägers ist zulässig, insbesondere angesichts der voraussichtlichen Kosten der begehrten Sachleistung nicht nach [§ 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG](#) zulassungsbedürftig, aber nicht begründet. Zu Recht hat das SG die Anfechtungs- und Leistungsklage ([§ 54 Abs. 1 Satz 1, Abs. 4 SGG](#)) abgewiesen. Der angegriffene Ablehnungsbescheid der Beklagten vom 07. Mai 2007 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 17. August 2007 ist rechtmäßig. Der Kläger hat keinen Anspruch auf die begehrte Krankenhausbehandlung.

Gegenstand des Rechtsstreits ist der Bescheid vom 07. Mai 2007 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 17. August 2007. Zwar hat es die Beklagte bereits zuvor unter dem 11. April 2007 abgelehnt, die Kosten der begehrten stationären Behandlung in der H.-Klinik zu übernehmen. Auch insoweit handelt es sich um Verwaltungsakte gemäß [§ 31](#) des Zehnten Buches des Sozialgesetzbuchs (SGB X). Der Bescheid vom 11. April 2007 ist aber nicht mehr wirksam, weil er auf andere Weise erledigt ist ([§ 39 Abs. 2 SGB X](#)). Denn mit dem Bescheid vom 07. Mai 2007 hat die Beklagte eine neue sachliche Entscheidung im Sinne eines sogenannten Zweitbescheides erteilt, der den Klageweg (neu) eröffnet (Bundessozialgericht [BSG] SozR 3-8100 Art 19 Nr. 5; [SozR 3-4100 § 94 Nr. 1](#)).

a) Nach [§ 11 Abs. 1 Nr. 4](#) des Fünften Buches des Sozialgesetzbuchs (SGB V) haben Versicherte Anspruch auf Leistungen zur Behandlung einer Krankheit gemäß [§§ 27 bis 52 SGB V](#). Versicherte haben Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern ([§ 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#)). Die Krankenbehandlung umfasst u. a. Krankenhausbehandlung (Satz 2 Nr. 5 der Vorschrift). Gemäß [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) haben Versicherte Anspruch auf vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus ([§ 108 SGB V](#)), wenn die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. Nach [§ 108 SGB V](#) dürfen die Krankenkassen Krankenhausbehandlung nur durch folgende Krankenhäuser (zugelassene Krankenhäuser) erbringen lassen: 1. Krankenhäuser, die nach den landesrechtlichen Vorschriften als Hochschulkliniken anerkannt sind, 2. Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind (Plankrankenhäuser), oder 3. Krankenhäuser, die einen Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen abgeschlossen haben.

Die H.-Klinik Ha.-B. I. ist keines der aufgezählten zugelassenen Krankenhäuser. Dies ist unter den Beteiligten unstrittig. Bemüht sich eine Klinik - aus welchen Gründen auch immer - nicht um eine Aufnahme unter die zugelassenen Krankenhäuser, dürfen die Krankenkassen dort Krankenhausbehandlung nicht erbringen lassen.

b) Ein Notfall im Sinne von [§ 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) besteht nicht. Ein solcher Notfall, bei dem ausnahmsweise nicht zugelassene Ärzte oder Krankenhäuser in Anspruch genommen werden können, liegt nur dann vor, wenn ein unvermittelt auftretender Behandlungsbedarf sofort befriedigt werden muss und ein fachlich zuständiger Vertragsarzt oder ein Vertragskrankenhaus nicht in der gebotenen Eile herbeigerufen bzw. aufgesucht werden kann (BSG SozR 4-2500 § 13 Nrn. 2 und 9). Eine solche medizinische Unaufschiebbarkeit oder Dringlichkeit ist hier zu verneinen. Es handelt sich bei den Krankheiten des Klägers, im Vordergrund die koronare Herzkrankheit, um eine chronische, allenfalls fortschreitende Krankheit, die keine Notfallbehandlung erfordert. Außerdem ist, wenn eine Notfallbehandlung eines Versicherten in einem nicht zugelassenen Krankenhaus notwendig ist, eine Vergütung allein für die Notfallbehandlung als solche - also bis zur umgehenden Verlegung des Patienten zu einem zugelassenen Leistungserbringer - zulässig (vgl. BSG SozR 4-2500 § 109 Nr. 6). Eine Notfallbehandlung käme bei dem Kläger beispielsweise bei einem erneuten Herzinfarkt in Frage, allerdings könnte auch diese dann voraussichtlich in einem Vertragskrankenhaus durchgeführt werden, wenn ein solches erreichbar ist.

c) Der Kläger kann sich schließlich auch nicht auf die Rechtsprechung des BVerfG zur Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung für neue Behandlungsmethoden in Fällen einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlichen Erkrankung berufen.

Im Beschluss vom 06. Dezember 2005 ([BVerfGE 115, 25](#)) hat es das BVerfG für mit dem Grundrecht aus [Art. 2 Abs. 1](#) des Grundgesetzes (GG) in Verbindung mit dem Sozialstaatsprinzip und dem Grundrecht aus [Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG](#) nicht für vereinbar erklärt, einen gesetzlich Krankenversicherten, für dessen lebensbedrohliche oder regelmäßig tödliche Erkrankung eine allgemein anerkannte, medizinischem Standard entsprechende Behandlung nicht zur Verfügung steht, von der Leistung einer von ihm gewählten ärztlich angewandten Behandlungsmethode auszuschließen, wenn eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht. Die zu einem solchen Ergebnis führende Auslegung der leistungsrechtlichen Vorschriften des Krankenversicherungsrechts sei in der extremen Situation krankheitsbedingter Lebensgefahr - oder der Gefahr des Verlusts eines wichtigen Sinnesorgans oder einer herausgehobenen Körperfunktion - verfassungswidrig. Das BSG hat diese verfassungsgerichtlichen Vorgaben näher konkretisiert (z. B. BSG SozR 4-2500 § 27 Nrn. 8 und 12; SozR 4-2500 § 31 Nr. 8). Gerechtfertigt ist hiernach eine verfassungskonforme Auslegung der einschlägigen gesetzlichen Regelungen nur, wenn eine notstandsähnliche Situation im Sinne einer in einem gewissen Zeitdruck zum Ausdruck kommenden Problematik vorliegt, wie sie für einen zur Lebenserhaltung bestehenden akuten Behandlungsbedarf typisch ist. Das bedeutet, dass nach den konkreten Umständen des Falles bereits drohen muss, dass sich der voraussichtlich tödliche Krankheitsverlauf innerhalb eines kürzeren, überschaubaren Zeitraums mit großer Wahrscheinlichkeit verwirklichen wird. Ähnliches kann für den gleichzustellenden, nicht kompensierbaren Verlust eines wichtigen Sinnesorgans oder einer herausgehobenen Körperfunktion gelten.

Es ist schon, worauf das SG zu Recht hingewiesen hat, ungeklärt, ob diese Rechtsprechung des BVerfG auch auf stationäre Behandlungen übertragbar ist. Selbst wenn sie übertragbar wäre, fehlt es jedenfalls an der besonderen Ausnahmesituation, die nach der Rechtsprechung des BVerfG und des BSG wesentliche Voraussetzung für einen Anspruch auf Versorgung mit einer nicht zugelassenen Behandlungsmethode ist. Zu solchen Ausnahmesituationen zählt nicht, dass die koronare Herzkrankheit des Klägers ggfs. fortschreitet und unter Umständen - bei einem erneuten Infarkt - in einen akut lebensbedrohlichen Zustand umschlagen kann. Es ergibt sich auch aus den Ausführungen des Klägers selbst, dass er von der stationären klassischen homöopathischen Behandlung in der H.-Klinik eher eine Besserung seines allgemeinen gesundheitlichen Gesamtzustandes begehrt, etwa eine Einstellung der Hypertonie, wie Dr. Ba. in seiner vom SG eingeholten Zeugenaussage

als möglichen Sinn einer stationären Krankenhausbehandlung beschrieben hat. Dass trotz einer Behandlung mit schulmedizinischen Methoden eine Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes ausbleibt oder sich eine Erkrankung sogar zu verschlimmern droht, wobei ein Erfolg der hier begehrten homöopathischen Methode durchaus nicht gesichert ist, kann den dargelegten eng begrenzten Ausnahmefällen nicht zugerechnet werden. Hierbei ist auch zu berücksichtigen, dass sich der Kläger zwischenzeitlich ambulant homöopathisch behandeln lässt und bereits diese ambulante Behandlung nach seinem Vortrag Verbesserungen ausgelöst hat. Vor diesem Hintergrund ist auch die Notwendigkeit einer stationären Krankenhausbehandlung bereits dem Grunde nach nicht erkennbar, eine Ausnahmesituation, die die stationäre Durchführung einer neuen Behandlungsmethode notwendig machen würde, erst recht nicht.

d) Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#).

Zur Zulassung der Revision bestand kein Anlass.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2010-03-11