

## L 4 KR 47/13 B ER

Land

Sachsen-Anhalt

Sozialgericht

LSG Sachsen-Anhalt

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

4

1. Instanz

SG Magdeburg (SAN)

Aktenzeichen

S 17 KR 238/13 ER

Datum

08.07.2013

2. Instanz

LSG Sachsen-Anhalt

Aktenzeichen

L 4 KR 47/13 B ER

Datum

10.09.2013

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Beschluss

Der Beschluss des Sozialgerichts Magdeburg vom 8. Juli 2013 wird aufgehoben und der Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung abgelehnt.

Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

Gründe:

I.

Die Antragstellerin und Beschwerdegegnerin (im Folgenden Antragstellerin) ist bei der Antragsgegnerin und Beschwerdeführerin (im Folgenden Antragsgegnerin) krankenversichert. Sie begehrt im Wege der einstweiligen Anordnung die Gewährung einer stationären Krankenhausbehandlung in der T.-Klinik B.K. – Erste deutsche Klinik für traditionell chinesische Medizin, Fachklinik für Psychosomatik und Psychotherapie.

Die Antragstellerin leidet u. a. an Asthma Bronchiale, einer chronischen obstruktiven Lungenerkrankung sowie einem Glaukom. Unter dem 12. Juli 2012 verordnete der Facharzt für Allgemeinmedizin MR Dr. S. unter Angabe der vorgenannten Diagnosen eine Krankenhausbehandlung in jener Einrichtung. Unter Vorlage dieser Verordnung beantragte die Antragstellerin bei der Antragsgegnerin die Kostenübernahme. Zusätzlich legte sie ein Schreiben der T.-Klinik B.K. vom 6. Juli 2012 vor, wonach sie in dieser Klinik behandelt werden könne.

Nach einer von der Antragsgegnerin erbetenen Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung in Bayern vom 15. Oktober 2012 handelt es sich bei der T.-Klinik B.K. um eine psychosomatische Akut-Klinik. Aus den Unterlagen sei die Notwendigkeit für eine stationäre psychosomatische Behandlung nicht ersichtlich. Auch in der Verordnung der Krankenhausbehandlung sei keine solche Erkrankung benannt. Zunächst solle durch Vorstellung bei einem Facharzt für Psychiatrie/Psychotherapie/Psychosomatik geklärt werden, ob eine solche Erkrankung vorliege.

Mit Bescheid vom 25. Oktober 2012 lehnte die Antragsgegnerin daraufhin den Antrag auf Kostenübernahme ab. Hiergegen legte die Antragstellerin noch im selben Monat Widerspruch ein und wies darauf hin, dass die Klinik ihr bestätigt habe, sie könne ihre chronische Erkrankung behandeln. Sie leide immer wieder unter ihrer Atemnot. Aufgrund ihres Glaukoms könne sie Medikamente, die das Asthma Bronchiale linderten, nicht einnehmen. Mit Widerspruchsbescheid vom 30. Januar 2013 wies der Widerspruchsausschuss der Antragsgegnerin den Widerspruch zurück und führte aus, die Notwendigkeit einer stationären psychosomatischen Behandlung sei nicht ersichtlich.

Hiergegen hat die Antragstellerin mit einem am 15. Februar 2013 beim Sozialgericht Magdeburg eingegangenen Schreiben Klage erhoben und auf ihre Atemwegs- und Augenerkrankung hingewiesen.

Mit Fax vom 24. Juni 2013 hat die Antragstellerin einen Antrag auf einstweiligen Rechtsschutz gestellt und erneut ihre gesundheitliche Belastung durch das Glaukom sowie die Atemwegserkrankung geschildert.

Die Antragsgegnerin hat darauf hingewiesen, dass sie die Kosten nur für Krankenhausbehandlungen in zugelassenen Krankenhäusern übernehmen dürfe ([§ 108](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – SGB V). Bei der T.-Klinik B.K. handele es sich um ein Akut-Krankenhaus mit

Versorgungsauftrag für Psychosomatik, ergänzt um traditionelle chinesische Medizin. Die Behandlungsbedürftigkeit in dieser Klinik setze folglich ein psychiatrisch-psychosomatisches Behandlungsbild voraus, das hier nicht erkennbar sei. Die bestehenden Erkrankungen (COPD, Allergie, Glaukom) könnten in einem dafür vorgesehenen Vertragskrankenhaus behandelt werden.

Mit Beschluss vom 8. Juli 2013 hat das Sozialgericht Magdeburg die Antragsgegnerin verpflichtet, der Antragstellerin vorläufig ab sofort eine stationäre Krankenhausbehandlung in der T.-Klinik B.K. als Sachleistung zu gewähren und die Antragsgegnerin weiter verpflichtet, vorab schriftlich innerhalb von zwei Wochen ab Zugang dieses Beschlusses die Kostenübernahme gegenüber der Antragstellerin zu erklären. Zur Begründung hat das Sozialgericht ausgeführt, im summarischen Verfahren könne nicht geklärt werden, inwieweit die Voraussetzungen für einen Anspruch tatsächlich vorlägen. Bei der T.-Klinik B.K. handele es sich um ein zugelassenes Krankenhaus, in dem nach den Angaben auf seiner Homepage ([www.t ...de](http://www.t...de)) auch Erkrankungen der Atemwege behandelt werden könnten. Die Antragstellerin habe glaubhaft dargelegt, dass sie wirksame Medikamente gegen ihre Lungenerkrankung nicht einnehmen könne. Dies würde auch durch die weiteren medizinischen Unterlagen bestätigt. In der Hauptsache müsse zur Beurteilung der Erfolgsaussichten wohl noch weiter ermittelt werden, was im Eilverfahren nicht möglich sei. Eine Folgenabwägung gehe zu Gunsten der Antragstellerin aus.

Gegen den ihr am 22. Juli 2013 zugestellten Beschluss hat die Antragsgegnerin am 29. Juli 2013 Beschwerde eingelegt und erneut darauf hingewiesen, dass die T.-Klinik B.K. ein Akut-Krankenhaus sei mit eingeschränktem Versorgungsauftrag allein für Psychosomatik, ergänzt um traditionelle chinesische Medizin. Ein psychosomatisches Krankheitsbild sei hier aber nicht ersichtlich.

Die Antragsgegnerin beantragt nach ihrem schriftlichen Vorbringen,

den Beschluss des Sozialgerichts Magdeburg vom 8. Juli 2013 aufzuheben und den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung abzulehnen.

Die Antragstellerin beantragt sinngemäß,

die Beschwerde zurückzuweisen.

Der Senat hat den Krankenhausplan des Freistaates Bayern in der aktuellen Fassung vom 1. Januar 2011 beigezogen. Danach verfügt die T.-Klinik B.K. ausschließlich über eine Zulassung in der Fachrichtung psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Ferner hat es den Versorgungsvertrag zwischen der T.-Klinik B.K. als Trägerin der "T.-Klinik B.K., Fachklinik für Psychosomatik und Psychotherapie, B.K." beigezogen. Danach erbringt diese Klinik für die Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen "akute vollstationäre Behandlung ([§ 39 Abs. 1 SGB V](#)) bei Erkrankungen im Rahmen der psychosomatischen Medizin und Psychotherapie in insgesamt 70 Vertragsbetten, wenn ambulante vor- und nachstationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung nicht ausreichen. Ergänzend dazu werden nach dem Klinikkonzept auch Leistungen der traditionellen Chinesischen Medizin erbracht".

Der Berichterstatter hat die Antragstellerin telefonisch darauf hingewiesen, dass ausweislich dieser Unterlagen die T.-Klinik B.K. damit für die Behandlung der Atemwegsbeschwerden nicht zugelassen sei. Eine psychosomatische Erkrankung, deren Behandlung dort gegebenenfalls erfolgen könne, sei nicht ersichtlich. Dementsprechend werde die Beschwerde voraussichtlich Erfolg haben. Die Antragstellerin hat daraufhin, vertreten durch ihren Prozessbevollmächtigten, dem Ehemann, telefonisch mitteilen lassen, die Sachlage sei ihr durchaus verständlich. Juristisch sei für sie die Angelegenheit klar. Die T.-Klinik B.K. könne die Antragstellerin nicht zu Lasten der Antragsgegnerin behandeln. Zu einer Rücknahme des Antrages auf Erlass einer einstweiligen Anordnung war die Antragstellerin im Weiteren nicht bereit; sondern beantragt die Zwangsvollstreckung aus dem Beschluss des Sozialgerichts.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den Inhalt der beigezogenen Verwaltungsakte sowie der Gerichtsakte Bezug genommen.

II.

Die Beschwerde der Antragsgegnerin ist zulässig und begründet.

Nach [§ 86b Abs. 2 Satz 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) kann das Gericht der Hauptsache auf Antrag eine einstweilige Anordnung in Bezug auf den Streitgegenstand treffen, wenn die Gefahr besteht, dass durch eine Veränderung des bestehenden Zustands die Verwirklichung eines Rechts des Antragstellers vereitelt oder wesentlich erschwert werden könnte (Sicherungsanordnung). Einstweilige Anordnungen sind auch zur Regelung eines vorläufigen Zustands in Bezug auf ein streitiges Rechtsverhältnis zulässig, wenn eine solche Regelung zur Abwendung wesentlicher Nachteile nötig erscheint ([§ 86b Abs. 2 Satz 2 SGG](#)). Eine solche Regelungsanordnung setzt das Bestehen eines Anordnungsanspruchs und eines Anordnungsgrundes voraus, Anordnungsanspruch und Anordnungsgrund sind glaubhaft zu machen ([§ 86b Abs. 2 Satz 4 SGG](#) i.V.m. [§ 920 Abs. 2](#) Zivilprozessordnung).

Es fehlt bereits an der Glaubhaftmachung eines Anordnungsanspruchs. Dieser ist auch sonst nicht ersichtlich. Nach [§ 108 SGB V](#) darf die Antragsgegnerin Krankenhausbehandlungen nur in einem zugelassenen Krankenhaus erbringen. Bei der T.-Klinik B.K. handelt es sich weder um eine anerkannte Hochschulklinik ([§ 108 Nr. 1 SGB V](#)) noch um ein Plankrankenhaus nach [§ 108 Nr. 2 SGB V](#). Zwar hat es einen Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen abgeschlossen ([§ 108 Nr. 3 SGB V](#)); insoweit ist es aber sowohl nach dem beigezogenen Krankenhausplan als auch dem vorliegenden Versorgungsvertrag nur zur Erbringung von Leistungen bei Erkrankungen im Rahmen der psychosomatischen Medizin und Psychotherapie berechtigt; eine solche Erkrankung liegt bei der Antragstellerin nicht vor. Hierüber besteht zwischen den Beteiligten im Beschwerdeverfahren auch kein Streit mehr.

Zu Recht hat die Antragsgegnerin bereits in ihrem Schreiben vom 25. Juni 2013 darauf hingewiesen, dass die T.-Klinik B.K. noch nicht einmal einen Kostenübernahmeantrag für die stationäre Behandlung der Antragstellerin eingereicht habe. Grundsätzlich kann die Antragstellerin ohne vorherige Rücksprache mit der Antragsgegnerin insbesondere in Akutfällen jedes zur Behandlung dieser Erkrankung zugelassene Krankenhaus in Deutschland in Anspruch nehmen. Dies wird so von der Antragstellerin bei akuten Fällen auch gehandhabt. Üblich ist es daher, wenn die T.-Klinik nicht nur eine aktuelle Krankenhauseinweisung für die stationäre Aufnahme fordert, sondern darüber hinaus von der Antragstellerin auch die formularmäßige Kostenübernahmeerklärung der Krankenkasse, ohne diese – wie es sonst üblich ist – selbst bei

der Krankenkasse zu beantragen. Diese Verfahrensweise deutet darauf hin, was die Antragsgegnerin zutreffend erwähnt, dass die T.-Klinik B.K. entweder Zweifel an der Notwendigkeit von stationärer Krankenhausbehandlung hat oder sogar positiv weiß, dass sie zur Behandlung dieser Krankheit nicht zugelassen ist. Der Hinweis, dass die Erkrankung der Antragstellerin dort nach den Regeln der ärztlichen Kunst behandelt werden könnte, ändert daran nichts. Selbstverständlich kann die Antragstellerin diese Klinik privat auf ihre Kosten in Anspruch nehmen. Nichts anderes hat die T.-Klinik B.K. bescheinigt.

Die Antragstellerin erfüllt auch nicht die in [§ 2 Abs. 1a SGB V](#) und vor Inkrafttreten dieser Norm bereits vom Bundesverfassungsgericht aufgestellten Voraussetzungen (BVerfG, Beschluss des Ersten Senats vom 6. Dezember 2005, [1 BvR 347/98](#), juris) für einen darüber hinausgehenden Anspruch. Nach dieser Norm haben Versicherte mit einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlichen Erkrankung oder mit einer zumindest wertungsmäßig vergleichbaren Erkrankung, für die eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung nicht zur Verfügung steht, Anspruch auf Leistung, wenn eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht. Ähnlich hat das Bundesverfassungsgericht entschieden, dass es mit [Art. 2 Abs. 1](#) Grundgesetz (GG) in Verbindung mit dem grundgesetzlichen Sozialstaatsprinzip nicht vereinbar ist, den Einzelnen unter den Voraussetzungen des [§ 5 SGB V](#) einer Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung zu unterwerfen und für seine an der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit ausgerichteten Beiträge die notwendige Krankheitsbehandlung gesetzlich zuzusagen, ihn andererseits aber, wenn er an einer lebensbedrohlichen oder sogar regelmäßig tödlichen Erkrankung leidet, für die medizinische Behandlungsmethoden nach allgemein anerkanntem Standard nicht vorliegen, von der Leistung einer bestimmten Behandlungsmethode durch die Krankenkasse auszuschließen und ihn auf eine Finanzierung der Behandlung außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung zu verweisen. Voraussetzung ist, dass die vom Versicherten gewählte andere Behandlungsmethode eine auf Indizien gestützte, nicht ganz fern liegende Aussicht auf Heilung oder wenigstens auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf verspricht (vgl. BVerfG, a.a.O.).

Alle diese Voraussetzungen, die kumulativ bejaht werden müssten, liegen nach dem derzeitigen Sachstand nicht vor. Die Antragstellerin leidet soweit bisher ersichtlich nicht an einer lebensbedrohlichen oder einer wertungsmäßig vergleichbaren Erkrankung. Es ist auch nicht erkennbar, aus welchen Gründen eine anerkannte Behandlung der bei der Antragstellerin diagnostizierten Erkrankungen in einer der zugelassenen Kliniken nicht möglich sein sollte. Schließlich gibt es bis jetzt außer dem schlichten Umstand, dass die T.-Klinik selbst pauschal angegeben hat, sie könne die Erkrankung der Antragstellerin behandeln, noch keinen Hinweis auf Erfolgsaussichten einer Behandlung in dieser Klinik.

Es ist auch letztlich – ohne dass es noch darauf ankäme – weder erkennbar noch wird behauptet, dass eine Behandlung in zugelassenen Kliniken schwere und unzumutbare, anders nicht abwendbare Nachteile für die Antragstellerin haben könnte. Im Gegenteil ist nach dem derzeitigen Sachstand völlig offen, ob eine solche Behandlung an einer zugelassenen Vertragsklinik für die Antragstellerin nicht auch medizinisch besser wäre. Nach allem steht derzeit nicht fest, dass die zugelassenen ambulanten und stationären Behandlungsmethoden – auch unter Berücksichtigung einer eingeschränkten Medikamentenverträglichkeit der Antragstellerin – ausgeschöpft sind.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§§ 183 Satz 1, 193 Abs. 1 SGG](#).

Dieser Beschluss ist gemäß [§ 177 SGG](#) unanfechtbar.

Rechtskraft

Aus

Login

SAN

Saved

2013-11-22