

L 6 KR 21/18 B ER

Land
Sachsen-Anhalt
Sozialgericht
LSG Sachsen-Anhalt
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
6
1. Instanz
SG Halle (Saale) (SAN)
Aktenzeichen
S 16 KR 4/18 ER
Datum
13.02.2018
2. Instanz
LSG Sachsen-Anhalt
Aktenzeichen
L 6 KR 21/18 B ER
Datum
26.04.2018
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Beschluss
Die Beschwerde wird zurückgewiesen.

Kosten sind auch für das Beschwerdeverfahren nicht zu erstatten.

Gründe:

I.

Der Beschwerdeführer begehrt im Wege der einstweiligen Anordnung von der Beschwerdegegnerin die Erbringung bestimmter geschlechtsangleichender Operationen in stationärer Behandlung in einem nicht zugelassenen Krankenhaus.

Der damals 20-jährige Beschwerdeführer stellte am 27. Juli 2017 einen entsprechenden Antrag bei der Beschwerdegegnerin, der die Bitte auf Übernahme der Behandlung in einer näher bezeichneten, nicht im Sinne von [§ 108 SGB V](#) zugelassenen Klinik enthielt. Dazu führte er aus, es sei ihm wichtig, die Operationen dort durchführen zu lassen, da er zu dieser Klinik ein besonderes Vertrauensverhältnis habe. Er kenne einige Personen, die dort operiert worden seien und habe bisher nur von guten Erfahrungen gehört. Bei einem Gespräch sei er dort sofort herzlich empfangen und ihm seien mit Sorgfalt und ohne Zeitdruck Erklärungen gegeben und Fragen beantwortet worden. Wegen der Jahre langen Erfahrung erwarte er dort beste optische und funktionelle Ergebnisse. Insgesamt wolle er sich ungern einer anderen Klinik hingeben.

Aus einem beigefügten Lebenslauf geht weiter hervor, er habe etwa im Mai 2016 eine Angststörung bezogen auf den Umgang mit anderen Menschen mit entsprechenden Rückzugstendenzen entwickelt; nach psychologischer Hilfe trete auch gegenwärtig noch "die eine oder andere" Panikattacke auf. Auch im Hinblick auf diese Angststörung bevorzuge er das Angebot einer All-in-one-Operation in der Klinik gegenüber einer einzelnen Abwicklung der Operationen.

Aus den weiterhin beigefügten Kostenvoranschlägen der Klinik geht hervor, dass eine Kostenübernahme nur im Rahmen einer Einzelfallentscheidung möglich ist; darauf bezieht sich schon deren Überschrift.

Am 9. August 2017 benachrichtigte die Beschwerdegegnerin den Beschwerdeführer über die Vorlage seines Falls zur Beurteilung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung.

Mit Schreiben vom 30. August 2017 teilte die Beschwerdegegnerin mit, die Stellungnahme des Gutachters liege noch nicht vor; es könne noch keine Entscheidung getroffen werden.

Nach durchgeführter Begutachtung lehnte die Beschwerdegegnerin mit Bescheid vom 12. September 2017 die beantragte Kostenübernahme für die Behandlung in der benannten Klinik ab, weil es sich dabei nicht um ein zugelassenes Krankenhaus nach [§ 108 SGB V](#) handle. Die Operation in einem Vertragskrankenhaus sei gutachtlich befürwortet worden und könne beantragt werden.

Mit seinem am 18. September 2017 bei der Beschwerdegegnerin eingegangenen Widerspruch machte der Kläger geltend, ihm sei bewusst, dass die von ihm gewählte Klinik eine Privatklinik sei und gesetzliche Krankenkassen die Leistungen einer solchen Einrichtung ungern bezahlen. Er habe aber schon als Kind ausgeprägte Angst vor Ärzten und Behandlungen gehabt und sie nie ganz verloren. Im Vorjahr habe er die Diagnose Angststörung erhalten. Bei Krankenhausaufenthalten gelange er an seine Grenzen. Wegen des Leidensdrucks durch seine

Transidentität wolle er gleichwohl den Schritt wagen. Die gewählte Klinik sei die einzige, bei der die Geschlechtsangleichung durch Entfernung der weiblichen Geschlechtsmerkmale und den Penoidaufbau in einem Schritt durchgeführt werde, wofür er sich anderenorts 4-5-mal unters Messer legen müsse. Nur die Erektionsprothese werde in einem zweiten Eingriff implantiert; auch in anderen Kliniken erfolge dies gesondert. Durch die Vermeidung von Mehrfacheingriffen komme es zur kürzesten Belastung des Patienten. Auch die Arbeitsunfähigkeit durch den Eingriff beschränke sich auf unter 6 Wochen, was für die Beendigung seiner Ausbildung wichtig sei. Der Operateur in der gewählten Klinik verfüge über die wohl weltweit größte einschlägige Erfahrung, und die Klinik kooperiere offiziell mit der C. Auch dieser Umstand verringere seine Angst.

Die Beschwerdegegnerin habe auch ihre 5-Wochen-Frist zur Entscheidung überzogen.

Mit Schreiben vom 21. September 2017 hörte die Beschwerdegegnerin den Beschwerdeführer zu einer Aufhebung einer fiktiven Genehmigung nach [§ 13 Abs. 3a SGB V](#) an. Dazu führte sie aus, sein Antrag auf Kostenübernahme für die (näher beschriebene) Behandlung in der Privatklinik S. nach [§ 13 Abs. 3a SGB V](#) als fiktiv genehmigt. Diese fiktive Genehmigung wolle sie nach [§ 45 SGB X](#) zurücknehmen. Die Beschwerdegegnerin hörte den Beschwerdeführer dazu unter weiterer Mitteilung von Rücknahmemodalitäten an.

Der Beschwerdeführer bekräftigte sein Vorbringen durch Vorlage einer allgemeinärztlichen Bescheinigung vom 26. September 2017, wonach eine geschlechtsangleichende Operation dringend angezeigt sei. Es bestehe die medizinische Notwendigkeit der stationären Maßnahme für eine solche Operation in der benannten Klinik, da der Transsexualismus Krankheitswert habe und nicht operative Behandlungsmöglichkeiten ausgeschöpft seien.

Die angekündigte Rücknahme nahm die Beschwerdegegnerin mit Bescheid vom 5. Oktober 2017 vor. Auch dagegen erhob der Beschwerdeführer Widerspruch.

Der Widerspruchsausschuss der Beschwerdegegnerin wies die Widersprüche mit Widerspruchsbescheid vom 12. Dezember 2017 zurück: Anspruch auf die Behandlung bestehe zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung nicht, weil es sich bei der gewählten Klinik nicht um ein zugelassenes Krankenhaus handele. Gegen die Entscheidung hat der Beschwerdeführer Klage zum Sozialgericht Halle erhoben.

Am 8. Januar 2018 hat der Beschwerdeführer Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung gestellt, wonach die Beschwerdegegnerin bis zum rechtskräftigen Abschluss des Klageverfahrens die Kosten für eine Phalloplastik und eine Erektionsprothese in der benannten Klinik übernimmt. Die weiteren Operationen lasse er aufgrund massiven Leidensdrucks in einer zugelassenen Klinik durchführen. Bei weiteren Verzögerungen durch zu viele Krankenhausaufenthalte über einen längeren Zeitraum – so eine vom Beschwerdeführer eingereichte "gutachterliche Stellungnahme" des psychologischen Psychotherapeuten Priv.-Doz. Dr. S. vom 4. Januar 2018 – bestehe die Gefahr zunehmender Selbstmordneigung.

Mit Beschluss vom 13. Februar 2018 hat das Sozialgericht den Antrag abgelehnt. Es hat ausgeführt, die Voraussetzungen für eine nur denkbare Regelungsanordnung nach [§ 86b Abs. 2 S. 2 SGG](#) lägen nicht vor, weil mit einer einstweiligen Anordnung grundsätzlich die Entscheidung in der Hauptsache nicht vorweggenommen werden dürfe. Es könne hier schon nicht festgestellt werden, dass der Beschwerdeführer Anspruch auf Gewährung der stationären Behandlung nach [§ 27 Abs. 1 S. 1, 2 Nr. 5, § 39 S. 1 SGB V](#) in der gewählten Privatklinik habe. Diese sei kein zugelassenes Krankenhaus im Sinne von [§ 39 Abs. 2 SGB V](#). Die geschilderten psychischen Probleme seien behandelbar und könnten im Rahmen der Krankenhausaufenthalte Gegenstand therapeutischer Begleitung sein. Mit Vertrauen in ein bestimmtes Behandlungsteam allein lasse sich eine Durchführung von Operationen in einem nicht zugelassenen Krankenhaus nicht begründen.

Auch sei eine Genehmigungsfiktion nach [§ 13 Abs. 3a SGB V](#) nicht eingetreten. Der Beschwerdeführer habe seinen Antrag von vornherein auf eine Leistung gerichtet, die er nicht habe für erforderlich halten dürfen, weil sie außerhalb des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung gelegen habe. Dazu gehöre die Behandlung in einer Privatklinik – wie dem Beschwerdeführer nach seinem Widerspruchsschreiben auch klar gewesen sei – nicht. Die ggf. fingierte Genehmigung könne nicht über den Sachleistungsanspruch hinausgehen, den die Beschwerdegegnerin über ein zugelassenes Krankenhaus erfüllen müsse.

Mit der am 23. Februar 2018 beim Landessozialgericht Sachsen-Anhalt eingegangenen Beschwerde verfolgt der Beschwerdeführer sein Anliegen weiter. Er macht geltend, Leistungen in einer Privatklinik unterfielen dem möglichen Inhalt der Genehmigungsfiktion (Hinweis auf BSG, Urt. v. 17.7.2017 – [B 1 KR 1/17 R](#)). Er habe diese hier für erforderlich halten dürfen, weil er Fälle der Kostenübernahme für versicherte Patienten der Privatklinik gekannt habe und es jedenfalls Ausnahmen vom Grundsatz der vertragsärztlichen Behandlung gebe. Die Frage der Erforderlichkeit beziehe sich lediglich auf die Leistung im Sinne der Krankenhausbehandlung, nicht aber auf den Leistungserbringer. Es stehe jetzt als nächste Operation der Penoidaufbau an, der für den 13. Juni 2018 vorgesehen sei; die vorgehenden Operationen seien in zugelassenen Krankenhäusern durchgeführt worden.

Der Beschwerdeführer beantragt,

den Beschluss des Sozialgerichts Halle vom 13. Februar 2018 aufzuheben und die Beschwerdegegnerin im Wege des einstweiligen Rechtsschutzes zu verurteilen, vorläufig die Kosten für eine Phalloplastik und eine Erektionsprothese in der Klinik S., P., zu übernehmen.

Die Beschwerdegegnerin beantragt,

die Beschwerde zurückzuweisen.

Sie schließt sich dem Beschluss des Sozialgerichts an.

Bei der Entscheidung hat neben der Gerichtsakte die Akte der Beklagten – KV.-Nr. S579054267 – vorgelegen.

II.

Die gem. [§ 172 Abs. 1](#), 3 Nr. 1 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) statthafte Beschwerde hat keinen Erfolg.

Die angestrebte Regelungsanordnung gem. [§ 86b Abs. 2 S. 2 SGG](#) erscheint nicht im Sinne der Vorschrift als zur Abwendung wesentlicher Nachteile des Beschwerdeführers nötig. Dies gilt insbesondere, weil die begehrte Vorwegnahme der Hauptsache die Beschwerdegegnerin in die Gefahr bringt, im Falle eines letzten Obsiegens in der Hauptsache keine Rückabwicklung erbrachter Leistungen mehr durchsetzen zu können. Denn in dem Wort "nötig" kommt die Erforderlichkeit zum Ausdruck, auch die möglichen Nachteile des jeweiligen Antragsgegners im Falle des Erlasses der einstweiligen Anordnung in eine Abwägung einzustellen.

Die demgegenüber vom Beschwerdeführer geltend gemachten Nachteile bestehen darin, entweder zeitnah die bereits bewilligte Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus durchführen zu lassen, unter Verzögerung die Entscheidung in der Hauptsache abzuwarten oder auf eigenes Risiko die Operation bereits in der ausgewählten Klinik durchführen zu lassen. Zumindest die beiden ersten Entscheidungsmöglichkeiten zeigen auf, dass ein Anordnungsgrund nicht besteht, weil die Nachteile der derzeit bestehenden Lage für den Beschwerdeführer tragbar sind. Insbesondere ist nicht - worauf der Beschwerdeführer sich jeweils beruft - hinreichend glaubhaft, dass er ohne die sofortige Ermöglichung der geltend gemachten Behandlung am geltend gemachten Ort schweren psychischen Belastungen unterliegt. Seine Vorbehalte gegen die schrittweise Durchführung der Operationen hat er ausweislich der schon erfolgten Operationen aufgegeben; die verbleibenden beiden Operationen werden nach eigenem Vortrag des Beschwerdeführers auch in der gewählten Klinik getrennt durchgeführt. Daran zeigt sich, dass der Beschwerdeführer die Inhalte der Angststörung, durch die er sich zur Vornahme einer All-in-one-Operation gedrängt sah, überwunden hat. Der verbleibenden Argumentation, die gewählte Klinik verdiene aufgrund der dort vorhandenen Erfahrung besonderes Vertrauen, kommt bei der Abwägung kein bedeutendes Gewicht zu. Der Beschwerdeführer behauptet nämlich umgekehrt nicht, die geplanten Operationen erforderten solch ungewöhnliche Fähigkeiten, dass sie nur in dieser Klinik überhaupt zu erwarten wären. Darauf kann es aber nur ankommen, weil die grundsätzliche Beschränkung der Versorgung auf zugelassene Krankenhäuser nicht von dem Einwand abhängen kann, der jeweilige Versicherte kenne bessere Krankenhäuser.

Auch der Anordnungsanspruch des Beschwerdeführers ist zweifelhaft. Insbesondere liegt nicht so eindeutig, wie dieser meint, ein Fall einer fiktiven Genehmigung der Behandlung gerade in der gewählten Klinik vor. Erhellend ist insoweit der eigene Vortrag des Beschwerdeführers, Antrag und fiktive Genehmigung nach [§ 13 Abs. 3a SGB V](#) bezögen sich auf die "Leistung" als solche, nicht aber auf einen Leistungserbringer. Angesichts dessen erscheint es naheliegend, der Beschwerdegegnerin auch bei Eintritt der Fiktion einer Genehmigung der Operationen die Befugnis einzuräumen, den immer noch nur bestehenden Naturalleistungsanspruch auf die gesetzlich vorgesehene Inanspruchnahme zugelassener Krankenhäuser im Sinne von [§ 39 Abs. 1 S. 2 SGB V](#) zu beschränken. Anderes geht auch aus der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts bislang nicht hervor. Es sind nämlich zwei unterschiedliche Sachverhalte, ob der jeweilige Versicherte Kosten einer schon erfolgten Privatbehandlung, die er mangels konkreter Genehmigung innerhalb des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung kraft Natur der Sache "von vornherein privatärztlich" in Anspruch nehmen muss, zur Erstattung abrechnet (dazu BSG, Urt. v. 11.7.2017 - [B 1 KR 1/17 R](#), Juris, Rdnr. 24) oder ob er einen als konkret im Naturalleistungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung vorgesehenen Anspruch als solchen geltend macht. Dann nämlich spricht viel dafür, dass der zur Erbringung der Naturalleistung verpflichtete und auch willige Träger die Leistung allein durch zugelassene Leistungserbringer bewirken lassen kann (vgl. BSG, a.a.O., Rdnr. 20, zum grundsätzlich darauf auch beschränkten Verständnis des zu Grunde liegenden Leistungsantrags). Dass der Versicherte dieses System umgehen kann, indem er den beim Träger der gesetzlichen Krankenversicherung gestellten Antrag - und dies hier auch nur vorrangig - auf die Durchführung in einer Privatklinik eingrenzt, erscheint fragwürdig.

Die Kostenentscheidung folgt entsprechend [§ 193 SGG](#) hier aus dem Unterliegen des Beschwerdeführers.

Der Beschluss ist gem. [§ 177 SGG](#) unanfechtbar.

Rechtskraft

Aus

Login

SAN

Saved

2018-05-30