

S 12 KR 10/12 ER

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Kassel (HES)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
12
1. Instanz
SG Kassel (HES)
Aktenzeichen
S 12 KR 10/12 ER
Datum
27.03.2012
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 8 KR 142/12 B ER
Datum
12.06.2012
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie
Beschluss
Leitsätze

Zum Anspruch auf eine vollstationäre Krankenhausbehandlung zur Geschlechtsanpassung in einem Nichtvertragskrankenhaus bei Frau-zu-Mann-Transsexualität und geltend gemachter unzumutbarer Wartezeit in Vertragskrankenhäusern.
Der Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung wird abgelehnt.

Die Beteiligten haben einander keine Kosten zu erstatten.

Gründe:

I.

Zwischen den Beteiligten ist im einstweiligen Rechtsschutz ggf. unter Vorwegnahme der Hauptsache im Streit, ob die Antragsgegnerin verpflichtet ist, dem Antragsteller die diesem im Rahmen einer bestehenden Frau-zu-Mann-Transsexualität bereits dem Grunde nach bewilligten, geschlechtsadaptierenden operativen Maßnahmen statt allein in einem Vertragskrankenhaus auch - wie von ihm beansprucht - in der D-Klinik in D-Stadt, einem Nichtvertragskrankenhaus zu gewähren.

Der 19 ... im weiblichen Geschlecht geborene, bei der Antragsgegnerin seit 01.01.2012 als Rechtsnachfolgerin der E-Krankenkasse in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versicherte Antragsteller, beantragte am 11.08.2011 noch bei der E-Krankenkasse eine geschlechtsangleichende Operation von der Frau zum Mann. Er führte aus, fälschlicherweise mit dem weiblichen Geschlecht geboren zu sein. Er fühlte sich seit Kleinkind als Junge. Die Pubertät, von der er sich eine männliche Entwicklung erhofft hätte, sei für ihn dann der Beginn seines Untergangs gewesen, da er sich nie dem weiblichen Geschlecht zugehörig gefühlt habe. Aus Scham und Angst vor der Familie und Gesellschaft habe er versucht, der weiblichen Rolle gerecht zu werden. Er habe sehr darunter gelitten, sei aggressiv, depressiv, nicht zugänglich, verletzt und traurig darüber gewesen, dass seine Seele, in der er männlich sei, nicht zu seinem Geschlecht gepasst habe. Er habe sich im Laufe der Jahre outen wollen, dies dann zuletzt wegen einer schweren Erkrankung seiner Mutter zunächst jedoch nicht getan. Er sei so weit gewesen, dass er keinen Sinn für sein Leben mehr gesehen habe. Er habe an der Gesellschaft nicht mehr teilgenommen, sich dann in 2010 auf Drängen seiner zwischenzeitlich verstorbenen Mutter aber doch geoutet. An diesen Tag sei er neu geboren und für ihn habe festgestanden, dass er seinen Weg der Geschlechtsanpassung nunmehr endlich gehen könne. Er habe sich in der Familie, an der Arbeit und im Freundeskreis nach und nach geoutet; damit habe eine Entlastung und Befreiung seiner Seele stattgefunden. Er habe sich nicht mehr zu verstecken oder verstellen brauchen und lebe seitdem im Privaten und in der Öffentlichkeit als Mann. Als halber Mann sehe er seine Zukunft jedoch nicht, d.h. er wolle auch als Mann angesprochen und dem männlichen Geschlecht so gut wie möglich angepasst werden. Im August 2010 habe er daher zunächst eine Namens- und Personenstandsänderung beantragt. In diesem Zusammenhang seien - dem Antrag beigefügte - Gutachten der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie F. vom 08.06.2011 und Dr. G. vom 20.07.2011 erstellt worden, die dieses Begehren gestützt hätten, so dass seinem Antrag schließlich auch stattgegeben worden sei. Zuvor hätte er im September 2010 als Grundlage hierfür beim vorgenannten Facharzt F. eine Psychotherapie begonnen gehabt. Am 16.02.2011 dann eine Hormonbehandlung (3 Wochen Rhythmus Testosteron), mit der er ein weiteres Stück Entlastung und Befreiung erreicht habe. Die daraus folgenden körperlichen Veränderungen in Richtung Männlichkeit (wie z.B. Stimme, Behaarung, Muskelaufbau, markanteres Gesicht usw ...) habe er als positiv empfunden. Seine Geschlechtsmerkmale stimmten dagegen noch nicht mit denen eines Mannes überein. Aufgrund der noch vorhandenen Brust, die er seit seinem Outing jeden Tag abbinde, leide er an Rückenschmerzen. Als Mann, der er sei, sei ihm darüber hinaus bei der Geburt sein "Freund" (das männliche Glied) verwehrt worden. Seine Lebensqualität und seine Psyche litten noch erheblich darunter. Im Moment befinde er sich, körperlich gesehen, in einem Zwischenstadium. Dies sei langfristig für ihn nicht ertragbar. Sein sehnlichster Wunsch sei eine weitgehende Angleichung an das männliche Geschlecht. Dazu gehörten die Entfernung der Brust, der

Gebärmutter, der Eierstöcke und die Konstruktion eines Penoids mit Erektionsprothese. Die operative Geschlechtsanpassung sei medizinisch gesehen eine enorme Herausforderung, auf die nicht viele Chirurgen (Vertragsärzte) spezialisiert seien. Die Kosten für die geschlechtsangleichende Operation seien abhängig von der Anzahl der Eingriffe und der Anzahl und Schwere der Komplikationen, der dazu erforderlichen stationären Aufenthalte und den Zeiten der hieraus resultierenden Arbeitsunfähigkeiten. Diese Faktoren seien abhängig von der Qualität der chirurgischen Arbeit und dem gewählten Operationsverfahren. In der Chirurgischen Klinik H-Stadt, einem im Krankenhausplan des Freistaates Bayern aufgenommenen Vertragskrankenhaus, das sich im Fachgebiet der Geschlechtsanpassung von Frau zu Mann spezialisiert habe (und im weiteren Vortrag des vorliegenden Antragsverfahrens durch den Antragsteller dann aber mit der Städtischen Klinikum H-Stadt GmbH verwechselt wird), habe er sich vorgestellt. Dort habe man ihm gesagt, dass für die komplette Geschlechtsanpassung ca. 4-6 Operationen benötigt würden, bei Komplikationen mehr. Dies bedeute für die Antragsgegnerin erhöhte Zeiten für Krankenhausaufenthalte mit entsprechenden Kosten für insgesamt ca. 14 -18 Wochen und für seinen Arbeitgeber, ebenfalls die Antragsgegnerin, einen erhöhten Arbeitsausfall. Für ihn selbst einen erhöhten Leidensdruck und Risiken durch entsprechende Mehrfacheingriffe. Deshalb beantrage er eine Kostenübernahme oder Kostenerstattung im Rahmen einer Einzelfallentscheidung für die operative Geschlechtsanpassung in der D-Klinik, D-Stadt, bei der es sich um ein privates Belegkrankenhaus und insoweit um ein Nichtvertragskrankenhaus handelt, in der Dr. K. zusammen mit Dr. L. seit 1995 ein Zentrum für Transsexuelle Chirurgie aufgebaut hat. Dort würde die komplette Geschlechtsangleichung in nur 2 Operationen durchgeführt. Wirtschaftlich gesehen, sei dies für die Antragsgegnerin die deutlich kürzere Dauer des gesamten stationären Aufenthalts von ca. 14-16 Tagen. Bei Komplikationen innerhalb eines Jahres würden keine Mehrkosten anfallen. Ein weiterer positiver Faktor gegenüber der Behandlung in einem Vertragskrankenhaus sei auch die schnelle Wiederherstellung der vollen Arbeitsfähigkeit in ca. 5-6 Wochen.

Mit schriftlichem Bescheid vom 16.12.2011 gab die noch die E-Krankenkasse als Rechtsvorgängerin der Antragsgegnerin dem Antrag auf Gewährung einer geschlechtsadaptierenden operativen Maßnahme bei einer bestehenden Frau-zu-Mann-Transsexualität nach vorheriger Anhörung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) dem Grunde nach statt, lehnte eine Kostenübernahme - wie bereits zuvor mündlich unter dem 07.12.2011 und 12.12.2011 - dann aber konkret bezogen auf die D-Klinik in D-Stadt ab, da es sich bei dieser Klinik um ein Nichtvertragskrankenhaus handele.

Mit ärztlichem Attest vom 13.12.2011 hatte der Facharzt F. auf die vorgenannten mündlichen Ablehnungen zuvor noch weiter ausgeführt, dass sich der Antragsteller in seiner laufenden psychotherapeutischen Behandlung aufgrund der vorliegenden Frau-zu-Mann-Transsexualität befinde. Durch sein Leben im Wunschgeschlecht habe sich seine Lebenslage insgesamt sehr verbessert, es bestehe aber nach wie vor ein erheblicher Leidensdruck durch die körperliche, biologische Ausstattung des Körpers. Der Antragsteller strebe eine geschlechtsangleichende Operation an. Er habe sich sehr sorgfältig mit den Grenzen und Möglichkeiten operativer Maßnahmen beschäftigt und sei zu dem Ergebnis gekommen, sich in der D-Klinik in D-Stadt operieren zu lassen. Entsprechende Vorgespräche und Voruntersuchungen hätten dort bereits stattgefunden. Aus Kenntnis des Patienten und dem weiterhin erheblichem Leidensdruck möchte er empfehlen, im Rahmen einer Einzelfallentscheidung schnellst möglichst eine Kostenübernahmeerklärung für die genannte Klinik zu erteilen. Der Antragsteller sei in den letzten Tagen wegen der ausstehenden Entscheidung dermaßen unter Druck gekommen, dass er zurzeit sogar arbeitsunfähig sei, ganz im Gegensatz zu seiner sonstigen psychischen Konstitution.

Die E-Krankenkasse führte im Bescheid vom 16.12.2011 dann weiter aus, der MDK komme in seinem medizinischen Gutachten vom 30.11.2011 zu dem Ergebnis, dass eine Kostenübernahme für die angestrebte geschlechtsadaptierende operative Maßnahme bei einer bestehenden Frau-zu-Mann-Transsexualität hier nachvollzogen werden könne. Nach kritischer Würdigung sämtlicher Unterlagen sei von einer manifesten nicht mehr veränderlichen Frau-zu-Mann-Transsexualität auszugehen. Aus den Unterlagen ergäben sich jedoch keine klinischen Hinweise, die zwingend und unabdingbar eine operative Versorgung in einem Nichtvertragskrankenhaus wie der D-Klinik in D-Stadt erforderlich machten. Zusammenfassend bedeute dies, dass geschlechtsadaptierende Operationen sach- und fachgerecht unter Berücksichtigung der allseits anerkannten schulmedizinischen Standards in mehreren Vertragskrankenhäusern in Deutschland ausgeführt werden könnten (u.a. in der o.a. Chirurgischen Klinik H-Stadt oder dem I-Krankenhaus der I-Stadt Diakonie Kliniken). Deshalb sei die E-Krankenkasse bereit, die Kosten für die angestrebten geschlechtsadaptierenden operativen Maßnahmen nach den vertraglich geregelten Sätzen bzw. Fallpauschalen/DRG in einem nach [§ 39 SGB V](#) zugelassenen Krankenhaus zu übernehmen. Es handele sich hier um Fallpauschalen, mit denen sämtliche Leistungen dieses Eingriffs abgegolten seien. Falls Mehrkosten für nicht beantragte, medizinisch nicht notwendige Leistungen entstünden, könne die E-Krankenkasse diese leider nicht übernehmen. Diese Mehrkosten seien vom Antragsteller selbst zu tragen. Ebenfalls ausgenommen seien Wahlleistungen wie z.B. Chefarztbehandlungen, Einzelzimmerzuschlag etc ... Diese Kostenzusage für den stationären Aufenthalt gelte schließlich zunächst für drei Monate. Erfolge eine Aufnahme in der Klinik nicht in diesem Zeitraum, werde um Benachrichtigung gebeten, damit die Kostenzusage ggf. verlängert werden könne.

Gegen den schriftlichen Bescheid vom 16.12.2011 legte der Antragsteller mit Schriftsatz vom 19.01.2012 Widerspruch ein, der sich ausschließlich gegen die Ablehnung einer Kostenübernahme für die stationäre Behandlung in der D-Klinik in D-Stadt richtete, wobei zur Widerspruchsbegründung dabei insbesondere auf eine psychische Instabilität des Antragstellers sowie extreme Wartezeiten in den von der Antragsgegnerin benannten Vertragskliniken abgestellt wurde.

Mit Widerspruchsbescheid vom 21.02.2012 wies dann die Antragsgegnerin als Rechtsnachfolgerin der E-Krankenkasse den Widerspruch durch ihren hierfür zuständigen Widerspruchsausschuss als unbegründet zurück.

Die Antragsgegnerin führte zunächst u.a. aus, der Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie F. komme in seinem o.a. Gutachten vom 08.06.2011 zusammenfassend zu dem Ergebnis, dass unter Zugrundelegung der diagnostischen Standards gemäß der Standards der Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen festgestellt werden könne, dass sich der Antragsteller aufgrund seiner transsexuellen Prägung nicht mehr dem in seinem (damaligen) Geburtseintrag angegebenen weiblichen, sondern dem männlichen Geschlecht zugehörig fühle und seit mehr als drei Jahren unter dem Zwang stehe, seinen Vorstellungen entsprechend zu leben. Es sei weiter mit hoher Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass sich nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft das Zugehörigkeitsempfinden zum männlichen Geschlecht nicht mehr verändern werde. In seinem Gutachten vom 20.07.2011 komme Dr. G. zu folgendem Ergebnis, dass beim Antragsteller seit Kindheit eine transsexuelle männliche Identität im Sinne einer Frau-zu-Mann-Transsexualität bestehe. Im Jahr 2010 habe er eine Psychotherapie begonnen und seit September 2010 konsequent in ihrer/seiner männlichen Rolle gelebt. Im Februar 2011 sei dann eine Hormontherapie mit männlichen Hormonen begonnen worden und schließlich mit Beschluss des Amtsgerichts A-Stadt vom 27.09.2011 die Änderung des bisherigen weiblichen Vornamens in einen männlichen Vornamen im Geburtsregister erfolgt. Weiter führte die

Antragsgegnerin aus, Versicherte hätten Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig sei, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern (§ 27 Abs. 1 SGB V). Versicherte, die ärztliche Behandlung in Anspruch nähmen, hätten dem Arzt vor Beginn der Behandlung ihre Krankenversichertenkarte zum Nachweis der Berechtigung zur Inanspruchnahme von Leistungen (§ 291 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 bis 10 SGB V) auszuhändigen. Die Versicherten erhielten gemäß § 2 Abs. 2 SGB V die Leistungen als Sach- und Dienstleistungen. Über die Erbringung der Sach- und Dienstleistungen würden die Krankenkassen Verträge mit den Leistungserbringern schließen. Qualität und Wirksamkeit der Leistungen hätten dabei dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen. Krankenkassen, Leistungserbringer und Versicherte hätten darauf zu achten, dass die Leistungen wirksam und wirtschaftlich erbracht und nur im notwendigen Umfang in Anspruch genommen würden. Dies gebe auch schon das Wirtschaftlichkeitsgebot vor: Die Leistungen müssten ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürften das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich seien, könnten Versicherte nicht beanspruchen, dürften die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen (§ 12 SGB V). Versicherte hätten Anspruch auf vollstationäre Behandlung in einem zugelassenem Krankenhaus (§ 108 SGB V), wenn die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich sei, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden könne (§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V). Die Krankenkassen dürften Krankenhausbehandlung nur durch folgende Krankenhäuser (zugelassene Krankenhäuser) erbringen lassen: 1. Krankenhäuser, die nach den landesrechtlichen Vorschriften als Hochschulklinik anerkannt seien, 2. Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen seien (Plankrankenhäuser), oder 3. Krankenhäuser, die einen Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen abgeschlossen hätten. Wie mit Bescheid vom 16.12.2011 mitgeteilt, lägen die Voraussetzungen für die angestrebten geschlechtsadaptierenden operativen Maßnahmen im festgelegten Rahmen selbst vor. Dies mache auch der MDK in seinem Gutachten vom 30.11.2011 deutlich. Zusammenfassend stelle dieser fest, dass zu einer Kostenübernahme angeraten werde. Nach kritischer Würdigung sämtlicher Unterlagen sei von einer manifesten - nicht mehr veränderlichen Frau-zu-Mann-Transsexualität - auszugehen. Ganz zweifelsfrei könnten die erforderlichen operativen Maßnahmen nicht in einer operativen Sitzung zur Ausführung gebracht werden. Hier seien meist mehrere operative Maßnahmen zur Garantierung eines langfristigen und dauerhaften Therapieerfolges unumgänglich. Aus den Unterlagen ergäben sich jedoch keine klinischen Hinweise, die zwingend und unabdingbar eine operative Versorgung in einem Nichtvertragskrankenhaus wie der D-Klinik in D-Stadt erforderlich machten. Eine operative Versorgung in einem Vertragskrankenhaus sei dagegen medizinisch vertretbar. Neben der o.a. Chirurgischen Klinik H-Stadt komme z.B. auch das I-Krankenhaus der I-Stadt Diakonie Kliniken in Betracht. Zusammenfassend bedeute dies, dass geschlechtsadaptierende Operationen sach- und fachgerecht unter Berücksichtigung der allseits anerkannten schulmedizinischen Standards in mehreren Vertragskrankenhäusern in Deutschland ausgeführt werden könnten. Bei der D-Klinik handle es sich jedoch nicht um ein zugelassenes Krankenhaus. Es sei sodann zwar korrekt, dass bei der Antragsgegnerin (bis zum 31.12.2011) in der Vergangenheit im Rahmen von Einzelfallentscheidungen operative Maßnahmen in der D-Klinik übernommen worden seien. Diese Entscheidungen hätten in der Vergangenheit auf dem unzureichenden qualitativen und quantitativen Angebot im vertraglich zugelassenen Krankenhaussektor basiert. Da sich die Versorgungssituation verändert habe (u.a. Kliniken in I-Stadt und H-Stadt), seien auch innerhalb der Antragsgegnerin nunmehr aber auch Einzelfallentscheidungen für die D-Klinik eingestellt worden. Zum anderen beruhten zuvor von der Antragsgegnerin ausgesprochene Kostenübernahmeerklärungen auf individuellen Gegebenheiten des jeweiligen Einzelfalls. In Fall des Antragstellers seien jedoch keine Anhaltspunkte erkennbar, welche eine seinem Antrag entsprechende Entscheidung nahe legen würden. Aber selbst dann, wenn gegenüber anderen Versicherten eine derartige Kostenübernahmeerklärung tatsächlich zu Unrecht ausgesprochen worden sein sollte, bestehe für ihn nach dem Grundsatz "keine Gleichheit im Unrecht" kein Anspruch auf Gleichbehandlung gegenüber jenen Versicherten. Die bedarfsgerechte Krankenhausbehandlung sei durch die zugelassenen Krankenhäuser sichergestellt. Diese unterlägen aufgrund ihrer Zulassung vorgeschriebenen Qualitätsstandards. Es sei davon auszugehen, dass die operativen Maßnahmen über zugelassene Krankenhäuser in Wohnortnähe (u.a. I-Stadt) möglich seien. Nicht nachvollziehbar sei daher die Argumentation, dass aufgrund der Dringlichkeit die alleinige Eingriffsmöglichkeit nur in der vom Antragsteller gewünschten Klinik gegeben und eine Aufschiebung ausgeschlossen sei. Dies umso mehr, als eine Kostenzusage der Krankenkasse vom 16.12.2011 bereits vorliege. Auch die von angeführten Wirtschaftlichkeitsüberlegungen griffen hier sodann nicht durch, da lediglich aus dem Pool der zugelassenen Arzneien und Behandlungsmethoden bzw. Behandlungseinrichtungen die jeweils wirtschaftlichsten gewählt werden könnten. Denn um dem Wirtschaftlichkeitsgedanken des § 12 SGB V gerecht zu werden, dürften nur solche Maßnahmen bzw. Einrichtungen in Anspruch genommen werden, deren positive Kosten-Nutzen-Relation bereits belegt sei. Eine Kostenübernahme neuartiger Behandlungsmethoden bzw. nicht zugelassener Einrichtungen, deren Kosten-Nutzen-Relation nicht belegt sei bzw. welche nicht an der vertragsärztlichen Versorgung der GKV teilnähmen, berge für den Versicherten unter Umständen erhebliche Risiken, wenn Wirkungsweise und Zuverlässigkeit nicht durch standardisierte Studien bzw. Zulassungsverfahren abgesichert seien. Insofern könne der Kostenfaktor nie den alleinigen Ausschlag geben. Dies komme allenfalls bei Maßnahmen/Einrichtungen aus dem Pool der zugelassenen Maßnahmen/Einrichtungen infrage. Gemäß § 11 Abs. 6 SGB V könne eine Krankenkasse in ihrer Satzung dann zwar auch zusätzliche vom Bundesausschuss nicht ausgeschlossene Leistungen in der fachlich gebotenen Qualität im Bereich der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation (§§ 23, 40 SGB V), der Befruchtung (§ 27a SGB V), der zahnärztlichen Behandlung ohne die Versorgung mit Zahnersatz (§ 28 Abs. 2 SGB V), bei der Versorgung mit nicht verschreibungspflichtigen apothekenpflichtigen Arzneimitteln (§ 34 Abs. 1 Satz 1 SGB V), mit Heilmitteln (§ 32 SGB V) und Hilfsmitteln (§ 33 SGB V), der häuslichen Krankenpflege (§ 37 SGB V) und der Haushaltshilfe (§ 38 SGB V) sowie Leistungen von nicht zugelassenen Leistungserbringern vorsehen. Die Satzung müsse dabei insbesondere Art, Dauer und den Umfang der Leistung bestimmen; sie habe hinreichende Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung zu regeln. Die zusätzlichen Leistungen seien von den Krankenkassen in ihrer Rechnungslegung auch gesondert auszuweisen. Die vom Antragsteller angesprochene Möglichkeit einer Kostenübernahme bei Nicht-Leistungserbringern setze folglich aufgrund der in § 11 Abs. 6 SGB V beschriebenen Regelung aber voraus, dass die Antragsgegnerin die Kostenübernahme von stationären Eingriffen in Nichtvertragskrankenhäusern in ihrer Art, Dauer sowie Umfang der Leistung in ihrer Satzung bestimme. Dies sei her dann aber nicht der Fall. Damit sei hier eine Behandlung durch ein Vertragskrankenhaus angezeigt. Die Kosten hierfür würde die Antragsgegnerin unter Anwendung der entsprechenden Rechtsgrundlagen insoweit auch tragen. Insofern seien keine Gründe für eine Behandlung in der D-Klinik D-Stadt bzw. eine daraus resultierende Kostenerstattung i.S.d. § 13 Abs. 3 SGB V gegeben.

Mit Eingang am 07.03.2012 hat der Antragsteller unter dem Az. S 12 KR 58/12 Klage vor dem Sozialgericht in Kassel erhoben und am selben Tag unter dem vorliegenden Az. die beantragte Leistungserbringung in der o.a. D-Klinik, D-Stadt, im Rahmen einstweiligen Rechtsschutzes geltend gemacht.

Das Gericht könne auf Antrag einen Erlass einer einstweiligen Anordnung in Bezug auf den Streitgegenstand treffen, wenn die Gefahr bestehe, dass durch die Veränderung des bestehenden Zustandes die Verwirklichung eines Rechts des Antragstellers vereitelt oder

wesentlich erschwert werden könnte. Einstweilige Anordnungen seien auch zur Regelung eines vorläufigen Zustandes in Bezug auf ein streitiges Rechts Rechtsverhältnis zulässig, wenn eine solche Regelung zur Abwendung wesentlicher Nachteile nötig erscheine. Dem Antrag sei stattzugeben, wenn ein Anordnungsgrund, d.h. die Eilbedürftigkeit der begehrten vorläufigen Regelung und der Anordnungsanspruch glaubhaft gemacht werde. Der hier geltend gemachte Anspruch ergebe sich schließlich aus [§ 13 Abs. 3 SGB V](#). Nach [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) bestehe ein Erstattungsanspruch, wenn die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig habe erbringen können oder sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt habe und dadurch den Versicherten für die selbst beschaffte Leistung Kosten entstanden seien. Diese Voraussetzungen seien vorliegend gegeben. Die medizinische Notwendigkeit für die beantragte Kostenübernahme für die geschlechtsadaptierten operativen Maßnahme bei einer bestehenden Frau-zu-Mann-Transsexualität sei vorliegend unstreitig und auch seitens der Antragsgegnerin mit Bescheid vom 16.12.2011 sowie mit dem Widerspruchsbescheid vom 21.02.2012 anerkannt und bestätigt. Vorliegend ergebe sich der hier geltend gemachte Anspruch daraus, dass die notwendige Leistung durch die Antragsgegnerin nicht rechtzeitig erbracht werden könne. Unter Hinweis auf die Rechtsprechung des Bayrischen Landessozialgerichts (Urteil vom 09.11.2000, Az. [L 4 KR 107/99](#)) sei eine Wartezeit von fünf Monaten unter Berücksichtigung der psychischen und physischen Situation eines Versicherten nicht mehr als zumutbar anzuerkennen, so dass dann die Voraussetzungen des [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) vorlägen. Der Antragsteller habe sich in der Zwischenzeit mit Datum vom 21.02.2012 einer Masektomie (Entfernung beider Brüste) unterzogen. Die Operation sei im J-Krankenhaus in A-Stadt durchgeführt worden. Im Sinne einer zielgerichteten medizinischen Behandlung sei nunmehr zeitnah die Durchführung der weiteren Operationsschritte zur Durchführung und Komplettierung der Geschlechtsanpassung notwendig. Die Antragsgegnerin verweise den Antragsteller dabei auf Vertragskliniken in I-Stadt (I-Krankenhaus) und H-Stadt (Chirurgische Klinik H-Stadt). Nach Auskunft beider Kliniken bestünden dort zurzeit extreme Wartezeiten, so dass die Operationsleistung in beiden Kliniken frühestens in den Monaten September/Oktober begonnen werden könnten. Die Klinik H-Stadt habe den Antragsteller am 06.03.2012 darüber informiert, dass für die Phallosplastik eine Wartezeit von 1,5 Jahren bestehe. Diese lange Wartezeit sei ausweislich der psychiatrischen Atteste des Herrn F. vom 31.01.2012 und 13.12.2012 nicht mehr zu verantworten. Es bestehe eine hohe Dringlichkeit, die psychische Instabilität des Klägers durch eine zeitnahe Durchführung der geschlechtsangleichenden Operationen zu beheben. Nach Durchführung der Masektomie am 21.02.2012 sowie der negativen Entscheidung der Antragsgegnerin im Rahmen des Widerspruchsverfahrens habe sich die psychische Situation des Antragstellers weiter verschlechtert. Insoweit stehe der Antragsteller unter einem hohen Leidensdruck, so dass die weitere geschlechtsangleichende Operation mit Anlage eines Neopenis für den Patienten weiterhin dringend erforderlich und aufgrund des anhaltenden großen Leidensdrucks auch zeitnah durchzuführen sei. Dieser zeitnahe Eingriff sei jedoch nur in der D-Klinik in D-Stadt möglich. Denn auch im von der Antragsgegnerin jetzt zusätzlich noch benannten M-Klinikum in H-Stadt bestünden unzumutbare Wartezeiten. Eine dortige fernmündliche Rückfrage habe ergeben, dass im M-Klinikum in H-Stadt ein Untersuchungs- und Vorbesprechungstermin frühestens im Juli 2012 möglich sei; im Übrigen ein Operationstermin nicht vor Juli/August 2013 vergeben werden könne. Ausweislich der Bestätigung der D-Klinik vom 27.02.2012 sei der nächste mögliche Operationstermin Anfang April möglich. Auch unter Betrachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes sei vorliegend ein Anspruch zu bejahen. Die seitens der D-Klinik auf die Antragsgegnerin zukommenden Kosten beliefen sich durch die bereits durchgeführte Masektomie nunmehr auf einen Gesamtbetrag von 48.433,00 EUR. Dieser Betrag übersteige nicht die Kosten, die im Rahmen der Behandlung in den Kliniken H-Stadt oder I-Stadt anfallen würden. Allerdings stelle sich die in der D-Klinik in D-Stadt durchgeführte Operation auch als wirtschaftlicher und schonender gegenüber dem Patienten dar. Die D-Klinik benötige für die vollumfängliche Geschlechtsumwandlung zwei Operationen. Die Kliniken in H-Stadt und in I-Stadt gingen von einem Operationsintervall von 6-8 Operationen aus. Insoweit seien die Ausführungen der Antragsgegnerin im Widerspruchsbescheid danach nicht zutreffend. Durch die Operationsmethode der D-Klinik bedeute dies auch für den Arbeitgeber des Antragstellers und die Antragsgegnerin einen Ausfall ihres Mitarbeiters von nur kurzer Zeit im Vergleich zur Durchführung der Operation in den von der Antragsgegnerin ausgewiesenen Vertragskliniken. Dort sei aufgrund der dort notwendigen 6-8 Operationen von einem krankheitsbedingten Ausfall von 14-18 Wochen auszugehen. Damit verbundenen sei ein Mehraufwand im Bereich der Entgeltfortzahlung bzw. der Zahlung von Krankengeld. Auch die entsprechenden Reise- bzw. Transportkosten seien hier in die Wirtschaftlichkeitsberechnung und -betrachtung einzubeziehen, so dass auch aus diesem Gesichtspunkt vorliegend von der wirtschaftlicheren Behandlung im D-Klinikum auszugehen ist. Letztlich dürfe auf [Artikel 3 des GG](#) hingewiesen werden. Danach habe die Hauptverwaltung der Antragsgegnerin die Kosten für geschlechtsadaptierte operative Maßnahme bei einer bestehenden Frau-zu-Mann Integration in der D-Klinik in einer Vielzahl von Fällen übernommen, so dass die vorliegende Kostenablehnung auch nicht mit [Art. 3 GG](#) in Einklang zu bringen sei. Abschließend dürfe festgestellt werden, dass der Widerspruchsbescheid im Umfang von 7 Seiten am 21.02.2012 ausgefertigt worden sei. Die Widerspruchsausschussitzung habe ausweislich des Widerspruchsbescheides ebenfalls am 21.02.2012 stattgefunden. Insoweit bestünden Zweifel, ob vorliegend bei Erlass des Widerspruchsbescheides die erforderlichen Verfahrensregeln beachtet worden seien. Es sei offensichtlich, dass der Widerspruchsausschuss keine eigene neutrale Entscheidung getroffen, sondern allenfalls eine bereits vorformulierte Entscheidung bestätigt habe. Die sei mit dem Sinn und Zweck einer Ausschussentscheidung nicht in Einklang zu bringen. Die Wartezeit von mehr als 1,5 Jahren sowie die dargestellte psychische Belastung des Antragstellers begründe die hier geltend gemachte Eilbedürftigkeit. Dem Antragsteller könne nicht mehr zugemutet werden, den unstreitig notwendigen Eingriff in den von der Antragsgegnerin vorgeschlagenen Vertragskliniken durchführen zu lassen. Insoweit bestehe neben dem dargestellten Anordnungsanspruch gemäß [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) auch aufgrund der Eilbedürftigkeit ein Anordnungsgrund.

Bei alledem führt der Facharzt F. am 31.01.2012 noch aus, dass der Antragsteller steht weiterhin in seiner ambulanten psychotherapeutischen Behandlung stehe. Wegen der zeitlichen Fristen und Wartezeiten der anstehenden geschlechtsangleichenden Operation sei er dermaßen unter Druck gekommen und stehe dermaßen unter Leidensdruck, dass eine schnelle Operationsmöglichkeit unbedingt erforderlich sei. Er sei in diesem Zusammenhang schon arbeitsunfähig geworden und im Moment kaum in der Lage, weiter zu arbeiten; eine erneute Arbeitsunfähigkeit drohe. Es bestehe eine hohe Dringlichkeit, die psychische Instabilität des Patienten durch die zeitnahe Durchführung der geschlechtsangleichenden Operation zu beheben. Unter dem 01.03.2012 wird schließlich u.a. noch ausgeführt, dass der Antragsteller, um dem großen Druck abzuweichen, bereits einen Teil der geschlechtsangleichenden Operation unternommen habe, indem er eine Masektomie habe operativ durchführen lassen, dies gegen seinen ursprünglichen Wunsch, alle Operationen in der D-Klinik in D-Stadt durchführen zu lassen. Die weitere geschlechtsangleichende Operation mit Anlage eines Neo-Penis sei für den Patienten weiterhin dringend erforderlich aufgrund des anhaltenden großen Leidensdrucks. Eine operative Möglichkeit stünde zeitnah im Rahmen der D-Klinik in D-Stadt zur Verfügung, hier würden sowohl medizinisch beste Ergebnisse erzielt wie für diesen Fall entscheidend, diese auch durch eine zeitnahe Operation hergestellt.

Die Antragsgegnerin tritt dem Antrag entgegen. Vorläufiger gerichtlicher Rechtsschutz sei zu gewähren, wenn ohne diesen schwere und unzumutbare, anders nicht abwendbare Nachteile entstünden, zu deren nachträglicher Beseitigung die Entscheidung in der Hauptsache nicht mehr in der Lage wäre (Anordnungsgrund). Weiterhin müsse auf die begehrte Rechtsfolge ein Anspruch bestehen

(Anordnungsanspruch). Der Erlass einer einstweiligen Anordnung scheitere insoweit vorliegend daran, dass ein Anordnungsanspruch nicht gegeben sei. In der Hauptsache bestehe für den Antragsteller keine überwiegende Aussicht auf Erfolg. Zunächst sei festzustellen, dass vorliegend die Kostenübernahme einer stationären Behandlung in der D-Klinik und nicht die Erstattung bereits entstandener Kosten einer Behandlung in dieser Nichtvertragsklinik begehrt werde. Ein Anspruch auf Kostenersatzung nach [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) komme daher nicht in Betracht. Allerdings hat der Antragsteller auch keinen Anspruch auf Übernahme der Kosten einer operativen Geschlechtsangleichung in der privaten D-Klinik in D-Stadt. Denn die D-Klinik in D-Stadt sei kein im System der GKV zugelassenes Krankenhaus und die begehrte Leistung könne ausreichend in den dem Antragsteller aufgezeigten Vertragskrankenhäusern erbracht werden. Gemäß [§ 39 SGB V](#) dürften die Krankenkassen eine Krankenhausbehandlung nur durch Krankenhäuser erbringen lassen, die einen Versorgungsvertrag mit den Verbänden der Krankenkassen abgeschlossen hätten ([§ 108 SGB V](#)). Dies hat das Bundessozialgericht (BSG) bereits mit Urteil vom 23.11.1995, [1 RK 5/94](#), bestätigt. Danach dürften die gesetzlichen Krankenkassen keine Behandlungen in einer Privatklinik ohne Vertrag gewähren. Ein Ermessensspielraum bestehe für die Krankenkassen nicht. Die von dem Antragsgegner begehrte operative Geschlechtsumwandlung könne ebenso in einem Vertragskrankenhaus - wie beispielsweise der M-Klinikum gGmbH in H-Stadt und die I-Stadt Diakonie-Kliniken - erbracht werden. Die M-Klinikum gGmbH in H-Stadt sei die Klinik der Wahl. Diese Klinik habe bereits im Jahr 2010 225 operative Geschlechtsumwandlungen durchgeführt, davon 148 Frau-zu-Mann. Die Klinik verfüge ebenso wie das I-Krankenhaus der I-Stadt Diakonie Kliniken über die entsprechenden Erfahrungswerte auf diesem Gebiet. Auch der MDK bestätigte in seinem Gutachten vom 30.11.2011, dass die vom Antragsteller begehrte operative Maßnahme in den oben genannten Vertragskliniken durchgeführt werden könne. Medizinische Gründe für eine zwingende operative Versorgung des Antragstellers außerhalb des vertragsärztlichen Systems in einer Privatklinik lägen nicht vor. Im Weiteren sei die beabsichtigte geschlechtsangleichende Operation medizinisch auch nicht sofort erforderlich. In den oben genannten Vertragskliniken bestünden Wartezeiten von höchstens einem Jahr. Der MDK stelle in einer weiteren gutachterlichen Stellungnahme vom 19.03.2012 nämlich fest, dass eine operative Geschlechtsumwandlung keine Notfalloperation sei. Die begehrte operative Maßnahme sei auch nicht wegen des psychischen Zustandes des Antragstellers kurzfristig medizinisch notwendig. Ein Abwarten von bis zu einem Jahr sei bei der vorliegenden Indikation medizinisch zumutbar. Der beim Antragsteller vorliegende psychisch instabile Zustand wirke sogar kontraindiziert. Auch das I-Krankenhaus der I-Stadt Diakonie Kliniken bestätige gegenüber der Antragsgegnerin im Rahmen einer fernmündlichen Rücksprache am 20.03.2012, dass der schwerwiegende operative Eingriff einer Geschlechtsumwandlung einen stabilen psychischen Zustand des Patienten erfordere und daher grundsätzlich entsprechende Vorabuntersuchungen notwendig seien. Schließlich habe das BSG in seiner ständigen Rechtsprechung festgestellt, dass bei Vorliegen einer psychischen Störung ausschließlich eine Behandlung mit den Mitteln der Psychiatrie und Psychotherapie in Betracht komme. Die Leistungspflicht der Krankenkasse umfasse dann nur diese Maßnahme, nicht jedoch die Kostenübernahme für einen operativen Eingriff in einen regelgerechten Körperzustand, um auf diesem Wege eine psychische Störung zu beheben oder zu lindern. Daher käme - soweit eine akute psychiatrische Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit gegeben wäre - nur eine stationäre psychiatrische Behandlung in Betracht, keinesfalls eine stationär chirurgische. Der Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung scheitert im Übrigen dann auch daran, dass ein Anordnungsgrund nicht gegeben sei. Zur Behandlung der psychischen Erkrankung des Antragstellers stünden ausreichend psychiatrische Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung. Es entstünden daher keine schweren und unzumutbaren, anders nicht abwendbaren Nachteile, wenn der Antragsteller auf das Hauptsacheverfahren verwiesen werde.

Wegen der weiteren Einzelheiten, insbesondere wegen des jeweiligen weiteren Vorbringens der Beteiligten, wird Bezug genommen auf den Inhalt der Gerichtsakte insgesamt; ebenso wird Bezug genommen auf die beigezogenen Verwaltungsvorgänge der Antragsgegnerin, deren wesentlicher, das vorliegende Antragsverfahren betreffender Inhalt gleichfalls Gegenstand der Entscheidungsfindung war.

II.

Der zulässige Antrag auf Erlass einer Einstweiligen Anordnung ist aus den Gründen der im Hauptsacheverfahren angefochtenen Bescheide und dem weiteren Vorbringen der Antragsgegnerin im vorliegenden Verfahren auf Gewährung einstweiligen Rechtsschutzes unbegründet.

Die Berechtigung der Sozialgerichte zum Erlass Einstweiliger Anordnungen in anderen als den ausdrücklich im Sozialgerichtsgesetz (SGG) normierten Fällen leitete sich bis zum 1. Januar 2002 unmittelbar aus [Art. 19 Abs. 4 Grundgesetz \(GG\)](#) ab (vgl. [BVerfGE 46, S. 166](#)). Einstweilige Anordnungen durften dabei aber grundsätzlich die endgültige Entscheidung nicht vorwegnehmen. Nur ausnahmsweise konnte es im Interesse der Effektivität des Rechtsschutzes erforderlich sein, der Entscheidung in der Hauptsache vorzugreifen, wenn anders ein Rechtsschutz nicht erreichbar und dies für den Antragsteller unzumutbar gewesen wäre.

Voraussetzung für die Gewährung vorläufigen Rechtsschutzes war insoweit, dass dem Betroffenen schwere und unzumutbare, auf anderem Wege nicht abwendbare Nachteile drohten, zu deren Beseitigung die Entscheidung in der Hauptsache voraussichtlich nicht mehr oder nur noch teilweise in der Lage gewesen wäre. Dies galt zumindest bei so genannten "Vornahmesachen", d.h. bei Verfahren, bei denen sich der Bürger gegen die Unterlassung oder Ablehnung einer beantragten Amtshandlung wandte. Gleiches galt jedoch auch für die so genannten "Anfechtungssachen", bei denen der Bürger geltend machte, durch die öffentliche Gewalt mittels einer belastenden Maßnahme in seinen Rechten verletzt zu sein. Danach konnte vorläufiger Rechtsschutz in "Anfechtungssachen" entsprechend dem Grundgedanken des [§ 80 Abs. 4 Satz 3 Verwaltungsgerichtsordnung \(VwGO\)](#) nach der Rechtsprechung der Kammer grundsätzlich dann gewährt werden, wenn ernsthafte Zweifel an der Rechtmäßigkeit eines Verwaltungsaktes bestanden, d.h., wenn der Erfolg des Rechtsstreites in der Hauptsache, d.h. in einem sich anschließenden Klageverfahren, zumindest ebenso wahrscheinlich war wie der Misserfolg und wenn die Vollziehung eines angefochtenen Verwaltungsaktes für den Antragsteller eine unbillige, nicht überwiegend durch öffentliche Interessen gebotene Härte zur Folge gehabt hätte (vgl. hierzu Hess. Landessozialgericht, Beschluss vom 9. März 2000, L 1 KR 226/00 ER, das insoweit neben den Erfolgsaussichten in der Hauptsache das Vorliegen erheblicher Nachteile forderte, die ein Abwarten der Entscheidung in der Hauptsache nicht zumutbar machten). Darüber hinaus war in "Vornahmesachen" entsprechend [§ 123 VwGO](#) auf die Gefahr abzustellen, dass durch eine Veränderung des bestehenden Zustandes die Verwirklichung des Rechts des Antragstellers vereitelt oder wesentlich erschwert werden könnte. Des Weiteren waren einstweilige Anordnungen auch zur Regelung eines vorläufigen Zustands in Bezug auf ein streitiges Rechtsverhältnis zulässig, wenn diese Regelung, vor allem bei dauernden Rechtsverhältnissen, um wesentliche Nachteile abzuwenden oder drohende Gewalt zu verhindern oder aus anderen Gründen nötig erschien (vgl. weiter grundsätzlich Hess. Landessozialgericht, Beschluss vom 29. Juli 1987, L 8 KR 362/87 A mit zahlreichen weiteren Nachweisen und Beschluss vom 11. November 1992, L 6 Ar 461/92 A in info-also 1993, S. 59 ff.; Landessozialgericht für das Land Nordrhein-Westfalen, Beschluss vom 30. August 1990, [L 3 S 42/90](#) in info-also 1991, S. 74 ff.; Timme, Der einstweilige Rechtsschutz in der Rechtsprechung der Landessozialgerichte, NZS, 1992, 91 ff.).

Seit 2. Januar 2002 ist der einstweilige Rechtsschutz nunmehr ausdrücklich auch im SGG normiert, wobei die vorstehenden Grundsätze jedoch auch weiterhin Beachtung finden.

Insoweit regelt [§ 86 a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) zunächst, dass Widerspruch und Anfechtungsklage aufschiebende Wirkung haben, was nach Satz 2 auch bei rechtsgestaltenden und feststellenden Verwaltungsakten sowie bei Verwaltungsakten mit Drittwirkung gilt. Nach Abs. 2 Nr. 1 entfällt die aufschiebende Wirkung jedoch bei der Entscheidung über Versicherungs-, Beitrags- und Umlagepflichten sowie der Anforderung von Beiträgen, Umlagen und sonstigen öffentlichen Abgaben einschließlich der darauf entfallenden Nebenkosten. Ebenso entfällt die aufschiebende Wirkung z.B. nach Nr. 3 für die Anfechtungsklage in Angelegenheiten der Sozialversicherung bei Verwaltungsakten, die eine laufende Leistung herabsetzen oder entziehen.

Nach [§ 86 b Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG](#) kann das Gericht der Hauptsache sodann auf Antrag in den Fällen, in denen Widerspruch oder Anfechtungsklage aufschiebende Wirkung haben, die sofortige Vollziehung ganz oder teilweise anordnen. Nach Satz 1 Nr. 2 kann das Gericht darüber hinaus in den Fällen, in denen Widerspruch oder Anfechtungsklage keine aufschiebende Wirkung haben, ganz oder teilweise anordnen sowie nach Nr. 3 in den Fällen des [§ 86 a Abs. 3 SGG](#) die sofortige Vollziehung ganz oder teilweise wieder herstellen. Ist der Verwaltungsakt im Zeitpunkt der Entscheidung schon vollzogen oder befolgt worden, kann das Gericht nach [§ 86 b Abs. 1 Satz 2 SGG](#) die Aufhebung der Vollziehung anordnen, wobei nach Satz 3 die Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung oder die Anordnung der sofortigen Vollziehung mit Auflagen versehen oder befristet werden kann und darüber hinaus nach Satz 4 das Gericht der Hauptsache auf Antrag die Maßnahmen jederzeit ändern oder aufheben kann. Soweit ein Fall des Abs. 1 nicht vorliegt, kann das Gericht der Hauptsache nach [§ 86 b Abs. 2 Satz 1 SGG](#) auf Antrag eine einstweilige Anordnung in Bezug auf den Streitgegenstand treffen, wenn die Gefahr besteht, dass durch eine Veränderung des bestehenden Zustandes die Verwirklichung eines Rechts des Antragstellers vereitelt oder wesentlich erschwert werden könnte. Einstweilige Anordnungen sind dabei nach Satz 2 auch zur Regelung eines vorläufigen Zustands in Bezug auf ein streitiges Rechtsverhältnis zulässig, wenn eine solche Regelung zur Abwendung wesentlicher Nachteile nötig erscheint. Nach [§ 86 b Abs. 4 SGG](#) entscheidet das Gericht sodann durch Beschluss.

Hinsichtlich der Begründetheit des Antrages des Antragstellers als sogenannter Vornamesache bzw. Regelungsanordnung ist auf der Grundlage der vorstehenden Ausführungen danach allein auf [§ 86 b Abs. 2 SGG](#) abzustellen.

Bei der Entscheidung im einstweiligen Rechtsschutz ist nach alledem in erster Linie auf die Aussichten im Hauptverfahren abzustellen. Ist eine Klage offensichtlich begründet, wird die Anordnung in der Regel erlassen, ist sie offensichtlich unbegründet, wird sie in der Regel abgelehnt.

Liegen schließlich beide Voraussetzungen nicht offensichtlich vor, ist darüber hinaus im Rahmen des Ermessens eine Interessenabwägung durchzuführen. Dabei müssen in Verfahren im einstweiligen Rechtsschutz die Gerichte bei der Auslegung der anzuwendenden Vorschriften der besonderen Bedeutung der betroffenen Grundrechte und den Anforderungen eines effektiven Rechtsschutzes Rechnung tragen und insbesondere die Folgen der Versagung des vorläufigen Rechtsschutzes berücksichtigen. Je schwerer die Belastungen hieraus wiegen und je geringer die Wahrscheinlichkeit ist, dass sie im Falle des Obsiegens in der Hauptsache rückgängig gemacht werden können, umso weniger darf das Interesse an einer vorläufigen Regelung zurückgestellt werden. Insoweit reicht es in diesen Fällen aus, dass bei einer überschlägigen Prüfung der Sach- und Rechtslage Gründe dafür sprechen, dass ein Anspruch auf Gewährung der begehrten Leistung besteht (Anordnungsanspruch).

Dies deshalb, weil mit den Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts u.a. vom 22. November 2002, [1 BvR 1586/02](#) und vom 19. März 2004, [1 BvR 131/04](#), das Interesse an einer vorläufigen Regelung oder Sicherung der geltend gemachten Rechtsposition umso weniger zurückgestellt werden darf, je schwerer die Belastungen des Betroffenen wiegen, die mit der Versagung vorläufigen Rechtsschutzes verbunden sind. [Art. 19 Abs. 4 GG](#) verlangt insoweit auch bei Vornamesachen jedenfalls dann vorläufigen Rechtsschutz, wenn ohne ihn schwere und unzumutbare, anders nicht abwendbare Nachteile entstünden, zu deren nachträglicher Beseitigung die Entscheidung in der Hauptsache nicht mehr in der Lage wäre (vgl. [BVerfGE 79, 69 \(74\)](#); [94, 166 \(216\)](#)). Die Gerichte sind, wenn sie ihre Entscheidung nicht an einer Abwägung der widerstreitenden Interessen, sondern an den Erfolgsaussichten in der Hauptsache orientieren, in solchen Fällen gemäß [Art. 19 Abs. 4 Satz 1 GG](#) gehalten, die Versagung vorläufigen Rechtsschutzes auf eine eingehende Prüfung der Sach- und Rechtslage zu stützen. Dies bedeutet auch, dass die Prüfung der Erfolgsaussichten in der Hauptsache Fragen des Grundrechtsschutzes einbeziehen muss, wenn dazu Anlass besteht (vgl. Beschluss der 2. Kammer des Ersten Senats des Bundesverfassungsgerichts vom 25. Juli 1996, [NVwZ 1997, Seite 479](#)), wobei für den Erlass einer einstweiligen Anordnung unabhängig hiervon aber auch gleichzeitig noch ein Anordnungsgrund vorliegen muss, wovon nicht ausgegangen werden könnte, wenn die finanziellen Mittel des Antragstellers ihm eine Vorfinanzierung der begehrten Leistung ohne weiteres zumutbar erscheinen ließen.

Anordnungsanspruch und Anordnungsgrund stehen mit dem Hessischen Landessozialgericht (Beschluss vom 21. März 2007, [L 7 AY 14/06 ER](#), mwN) bei alledem aber auch nicht isoliert nebeneinander, es besteht vielmehr eine Wechselbeziehung der Art, als die Anforderungen an den Anordnungsanspruch mit zunehmender Eilbedürftigkeit bzw. Schwere des drohenden Nachteils (dem Anordnungsgrund) zu verringern sind und umgekehrt. Dies deshalb, weil Anordnungsanspruch und Anordnungsgrund aufgrund ihres funktionalen Zusammenhangs ein bewegliches System bilden.

Ist die Klage in der Hauptsache offensichtlich unzulässig oder unbegründet, so ist der Antrag auf einstweilige Anordnung ohne Rücksicht auf den Anordnungsgrund grundsätzlich abzulehnen, weil ein schützenswertes Recht nicht vorhanden ist. Ist die Klage in der Hauptsache dagegen offensichtlich begründet, so vermindern sich die Anforderungen an den Anordnungsgrund. In der Regel ist dann dem Antrag auf Erlass der einstweiligen Anordnung stattzugeben, auch wenn in diesem Fall nicht gänzlich auf einen Anordnungsgrund verzichtet werden kann. Bei offenem Ausgang des Hauptsacheverfahrens, wenn etwa eine vollständige Aufklärung der Sach- und Rechtslage im Eilverfahren nicht möglich ist, ist im Wege einer Folgenabwägung zu entscheiden, wobei diese regelmäßig dann zugunsten des Bürgers ausfällt, wenn dessen grundgesetzlich aus dem Gebot zum Schutz der Menschenwürde in Verbindung mit dem Sozialstaatsgebot herzuleitender Anspruch auf Führung eines menschenwürdigen Lebens gefährdet wäre. Insoweit sind grundrechtliche Belange eines Antragstellers umfassend in der Abwägung zu berücksichtigen. Insbesondere bei Ansprüchen, die z.B. darauf gerichtet sind, als Ausfluss der grundrechtlich geschützten Menschenwürde das soziokulturelle Existenzminimum zu sichern ([Art. 1 Abs. 1 GG](#) i.V.m. dem Sozialstaatsprinzip) ist ein nur möglicherweise bestehender Anordnungsanspruch, vor allem wenn er eine für die soziokulturelle Teilhabe unverzichtbare Leistungshöhe erreicht und für

einen nicht nur kurzfristigen Zeitraum zu gewähren ist, in der Regel vorläufig zu befriedigen, wenn sich die Sach- oder Rechtslage im Eilverfahren nicht vollständig klären lässt. Denn im Rahmen der gebotenen Folgenabwägung hat dann regelmäßig das Interesse des Leistungsträgers ungerechtfertigte Leistungen zu vermeiden gegenüber der Sicherstellung des ausschließlich gegenwärtig für den Antragsteller verwirklichtbaren soziokulturellen Existenzminimums zurückzutreten (vgl. u.a. Hessisches Landessozialgericht, Beschlüsse vom 27. Juli 2005, [L 7 AS 18/05 ER](#) und vom 19. Juni 2008, [L 7 AS 32/08 B ER](#)).

Letzteres gilt selbst dann, wenn die antragsgemäße Entscheidung - wie hier - einer im Ergebnis nicht umkehrbaren Vorwegnahme der Hauptsache gleichkäme und bei einer Klageabweisung im Hauptsacheverfahren die Antragsgegnerin mit den hierdurch entstandenen Kosten ggf. auch endgültig belastet bliebe.

Bei alledem fehlt es hier aber bereits an einem Anordnungsanspruch. Die angefochtenen Bescheide sind auch unter Berücksichtigung der vorgenannten verfassungsrechtlichen Vorgaben (vgl. BVerfG, Beschluss vom 19. März 2004, [1 BvR 131/04](#)) über die ansonsten allein gebotene summarische Prüfung hinausgehend sachlich und rechtlich nicht zu beanstanden, nachdem die Gerichte, wenn sie ihre Entscheidung nicht an einer Abwägung der widerstreitenden Interessen, sondern an den Erfolgsaussichten in der Hauptsache orientieren, gemäß [Art. 19 Abs. 4 Satz 1 GG](#) gehalten sind, die Versagung vorläufigen Rechtsschutzes auf eine eingehende Prüfung der Sach- und Rechtslage zu stützen.

Vorausgeschickt sei dabei zunächst, dass selbst eine zumindest im konkreten Einzelfall bisher andere Verwaltungspraxis der Antragsgegnerin den hier geltend gemachten Anspruch aus "Gleichbehandlungsgründen" bereits deshalb nicht zu begründen vermag, weil es mit der Antragsgegnerin keine "Gleichbehandlung im Unrecht" gibt.

Der sodann sinngemäß geltend gemachte Verfahrensverstoß im Widerspruchsverfahren bzw. durch den Widerspruchsausschuss selbst, vermag den streitigen Anspruch für sich ebenfalls nicht zu begründen.

Letzteres könnte auch im Hauptsacheverfahren [S 12 KR 58/12](#) - bei einer dort ohnehin nicht vorliegenden allein isolierten Anfechtung, sondern zusätzlich auch auf Leistung gerichteten Klage - allenfalls zu einer Aufhebung des Widerspruchsbescheides, nicht jedoch zu einer Verurteilung zur angestrebten Leistungserbringung führen (BSG, Urteil vom 15.08.1996, [9 RV 10/95](#)). D.h., ein Sachurteil über den Ausgangsbescheid könnte in einem solchen Fall erst nach fehlerfreier Wiederholung des Vorverfahrens ergehen; bis dahin wären die Grundsätze zu beachten, die für die Behandlung einer Direktklage gegen vorverfahrenspflichtige Verwaltungsakte gelten (BSG wie vor). Insoweit könnte hier im einstweiligen Rechtsschutz also bereits im Hinblick auf dessen Zielsetzung dahinstehen, ob der o.a. Widerspruchsbescheid unter Verletzung wesentlicher Verfahrensvorschriften zustande gekommen ist (vgl. SG Kassel, Urteile vom 29.05.2002, [S 12 KR 82/01](#) und vom 17.06.2003, [S 12 KR 533/02](#); Hessisches Landessozialgericht, Urteile vom 19.08.2004, [L 14 KR 797/02](#) und vom 21.04.2005, [L 1 KR 441/02](#); BSG, Beschluss vom 27.10.2010, [B 12 KR 2/10 B](#); Landessozialgericht Berlin-Brandenburg, Urteil vom 07.07.2011, [L 22 R 1181/10](#)).

Hierfür fehlen dann aber auch wieder jegliche, rechtlich durchgreifenden Anhaltspunkte. Im Zeitalter der EDV und den nach Kenntnis des Gerichts für Mitglieder eines Widerspruchsausschusses nicht zu beanstandenden, regelhaft gefertigten "Tischvorlagen", zumindest den zu beurteilenden Sachverhalt betreffend, dürfte auch dem Prozessbevollmächtigten des Antragstellers eine entsprechende Arbeitsweise gerade in - wie hier - eilbedürftigen Angelegenheiten nicht fremd sein. Eine sachgerechte Beratung wird hierdurch jedenfalls nicht ausgeschlossen. Auch zumindest bei Obergerichten werden insoweit vom Berichtersteller Entscheidungsvorschläge gefertigt, die nach entsprechender Beratung dann, wenn der Spruchkörper ihnen ggf. nach mündlicher Verhandlung folgt, je nach Umfang eines solchen Votums unmittelbar in die Entscheidung einfließen können, ohne dass dies eine angemessene und insgesamt sachgerechte Beratung ausschließt.

Weiter ist mit der Antragsgegnerin festzuhalten, dass es im bisherigen Verfahrenszustand vorliegend sodann aber auch nicht um einen Kostenerstattungsanspruch nach [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) geht, sondern einen Kostenübernahme- bzw. Leistungsgewährungsanspruch unmittelbar nach den [§§ 27, 39 SGB V](#), der darauf gestützt wird, dass der Antragsgegnerin eine zeitnahe Zurverfügungstellung medizinisch dringend erforderlicher Leistungen in einem Vertragskrankenhaus nicht möglich, dem Antragsteller wegen drohender weiterer Gesundheitsstörungen ein weiteres Zuwarten nicht zumutbar sei, insoweit ein wegen der unzumutbaren Wartezeit durch eine Versorgungslücke begründetes Systemversagen vorliege und danach der Antragsteller Anspruch auf eine Leistungserbringung auch in einem Nichtvertragskrankenhaus habe.

Den Anspruch auf eine zumindest vertragliche Leistungserbringung hat die Antragsgegnerin sodann zwar anerkannt und der Antragsteller den o.a. Bewilligungsbescheid auch nur insoweit angefochten, als die Antragsgegnerin eine Krankenhausbehandlung in der D-Klinik abgelehnt hat; der Leistungsanspruch ist insoweit jedoch nicht teilbar. Dies deshalb, weil der nach dem Vorbringen des Antragstellers allein verbliebene streitige Anspruch zunächst unabdingbar überhaupt einen Krankenhausbehandlungsanspruch als solchen voraussetzt, der unabhängig vom "Anerkenntnis" der Antragsgegnerin durch das Gericht inzident zu prüfen bliebe. Unabhängig davon, dass zumindest nach summarischer Prüfung der Aktenlage keine durchgreifenden Anhaltspunkte gegen einen solchen Anspruch bestehen, mag die Entscheidung hierüber dem Hauptsacheverfahren vorbehalten bleiben. Für das vorliegende Antragsverfahren, kann das Gericht einen solchen Anspruch jedenfalls unterstellen.

Mit der Antragsgegnerin bleibt aber weiter festzuhalten, dass innerhalb der GKV Anspruch auf eine Krankenhausbehandlung nach [§ 39 SGB V](#) zunächst rechtlich und tatsächlich nur in einem zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Krankenhaus besteht (vgl. hierzu Landessozialgericht für das Land Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 23.02.2012, [L 5 KR 115/09](#); Hessisches Landessozialgericht, Urteile vom 07.06.2011, [L 8 KR 271/09](#) und - in einer zumindest ähnlichen Fallgestaltung - vom 28.07.2005, [L 8/14 KR 601/03](#); Landessozialgericht für das Saarland, Urteile vom 21.04.2010, [L 2 KR 31/08](#) und [L 2 KR 33/09](#); Landessozialgericht Baden-Württemberg, Urteil vom 3. März 2010, [L 5 KR 2035/09](#); Bayerisches Landessozialgericht, Urteile vom 4. September 2008, [L 4 KR 357/07](#) und vom 30.10.2003, [L 4 KR 203/01](#); BSG, Urteile vom 21. Februar 2006, [B 1 KR 22/05 R](#) und [B 1 KR 34/04 R](#)).

Der Anspruch auf Krankenbehandlung ([§ 27 SGB V](#)) ist bei alledem unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse und des medizinisch-technischen Fortschritts ([§ 2 Abs. 1 SGB V](#)) zu erfüllen, er ist aber nicht darauf gerichtet,

nur von einem ganz bestimmten - aus Sicht des Versicherten am besten qualifizierten - Arzt behandelt zu werden. Das Wahlrecht eines Betroffenen bei der Krankenbehandlung beschränkt sich stattdessen auf zur Versorgung der Versicherten zugelassene Ärzte und Krankenhäuser, umfasst also nicht auch die Behandlung in Privatkliniken, mag der behandelnde Arzt ansonsten auch vertragsärztlich tätig sein (so auch BSG, Beschluss vom 22.01.2009, [B 3 KR 47/08 B](#)).

In Notfällen können nach [§ 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) dann zwar auch Krankenhäuser ohne Kassenzulassung Leistungen zu Lasten der Krankenkassen erbringen (vgl. ausführlich und im Folgenden u.a. Hessisches Landessozialgericht, Urteile vom 15.01.2009, [L 1 KR 255/07](#) und 28.07.2011, [L 1 KR 1/09](#), jeweils mwN). Das gilt für die ambulante wie für die stationäre Versorgung gleichermaßen, auch wenn [§ 39 Abs. 1 SGB V](#), der die Modalitäten der Krankenhausbehandlung regelt, eine dem [§ 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) entsprechende ausdrückliche Klarstellung nicht enthält. Wird ein gesetzlich versicherter Patient als Notfall in ein nicht zugelassenes Krankenhaus aufgenommen, so wird dieses für die Dauer der Notfallbehandlung in das öffentlich-rechtlich geprägte Sachleistungssystem der Krankenversicherung einbezogen und erbringt seine Leistungen nach denselben Grundsätzen, die für zugelassene Krankenhäuser gelten. Der Vergütungsanspruch richtet sich nicht gegen den Versicherten, sondern allein gegen die Krankenkasse. Aus der entsprechenden Anwendung des [§ 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) folgt insoweit allein die Einbeziehung von Leistungserbringern ohne Kassenzulassung in das System der Gesetzlichen Krankenversicherung, indes noch nicht die Rechtsfolge des Vergütungsanspruchs. Die Rechtsgrundlage des Vergütungsanspruchs dem Grunde und der Höhe nach ergibt sich im Falle der ambulanten Krankenhausbehandlung aus den Vorschriften des Vertragsarztrechts über die Honorierung ärztlicher Leistungen, im stationären Bereich aus den entsprechenden Vergütungsregelungen des Krankenhausrechts.

Ein Notfall im Sinne von [§ 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) ist dabei dann gegeben (vgl. Hessisches Landessozialgericht wie vor), wenn aus medizinischen Gründen eine umgehende Behandlung des Patienten so dringlich ist, dass ein zugelassener Leistungserbringer nicht in der gebotenen Eile herbeigerufen oder aufgesucht werden kann. Eine solche Dringlichkeit oder Unaufschiebbarkeit ist gegeben, wenn ohne eine sofortige Behandlung durch einen nicht zugelassenen Leistungserbringer Gefahren für Leib oder Leben entstehen oder heftige Schmerzen unzumutbar lange andauern würden. Damit weist der hier anzuwendende Notfallbegriff des Leistungserbringerrechts grundlegend andere Merkmale als der medizinische oder der strafrechtliche Notfallbegriff auf und ist daher auch strikt von den letztgenannten Begriffen zu unterscheiden. Begriffsprägend ist, ob gerade das System der Gesetzlichen Krankenversicherung in der Lage ist, die dringliche Behandlung sicherzustellen. Der Notfallbegriff umfasst neben den medizinischen Begriffsmerkmalen nach der o.g. Definition also auch systembezogene Merkmale, durch die sichergestellt wird, dass nur Fälle des Systemversagens vergütungsfähig sind. Beide Elemente des Notfallbegriffs weisen einen Prognosecharakter auf. Die systembezogene Seite des Notfallbegriffs ist dahingehend weiter zu konkretisieren, dass eine von vornherein auf einen größeren Umfang und Zeitaufwand angelegte Therapie keine Notfallbehandlung darstellt, insbesondere, wenn diesbezüglich ein Krankenhausaufnahmevertrag abgeschlossen wird. Allein der "unvermittelt" auftretende Behandlungsbedarf kennzeichnet den Notfall. Ein Versagen des Systems ist dann nicht prognostizierbar, wenn unabhängig von der Leistungsfähigkeit des Systems eine Behandlung jenseits einer Akutbehandlung gegen Gefahren für Leib oder Leben oder heftige Schmerzen angestrebt wird. Ein zu berücksichtigendes Indiz ist in diesem Zusammenhang auch die vorherige Konsultation des Krankenhauses bezüglich der später durchgeführten Behandlung, die je nach zeitlichem Ablauf das Fehlen einer Behandlungsalternative ausschließen kann. Im Einzelfall kann auch eine lange Anreise des Patienten unter Außerachtlassung von näher gelegenen Vertragskrankenhäusern als Indiz gegen ein Systemversagen zu werten sein. Von erheblichem Gewicht ist dieses Indiz jedenfalls dann, wenn der Krankenhausträger den Behandlungswunsch nach einer Gesamtwürdigung wegen der langen Anreise und dem Ziel der Fortsetzung einer bereits begonnenen Therapie als bewusste Festlegung auf eine Behandlung gerade bei ihm werten muss.

Unabhängig davon, dass danach insoweit hier zumindest nicht im vorgenannten Sinne von einem Notfall etwa im Sinne einer "Notfalloperation" ausgegangen werden kann und eine entsprechende Krankenhausaufnahme für diesen Fall in eigener Verantwortung dann auch allein durch das o.a. Nichtvertragskrankenhaus, ggf. mit dem entsprechenden Kostenrisiko auch zu dessen Lasten vorzunehmen wäre, berührt dies insoweit auch allein das Leistungserbringungsrecht; ein Leistungsanspruch des Antragstellers ließe sich hieraus selbst nicht herleiten.

Letzterem kann in der vorliegenden Fallgestaltung insoweit auch nicht entgegengehalten werden, dass die hier streitige Leistungserbringung in keinem Vertragskrankenhaus vorgehalten werde und insoweit bereits aus diesem Grunde ein Systemversagen vorliege. Dies schon deshalb, weil Leistungen der hier streitigen Art eben auch in Vertragskrankenhäusern erbracht werden.

Im Übrigen würde es mit der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG, Beschluss vom 6. Dezember 2005, 1 BVR 347/98) und des BSG dann aber mit der Antragsgegnerin aber auch bereits an einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlich verlaufenden oder einer zumindest wertungsmäßig damit vergleichbaren Erkrankung auf Seiten des Antragstellers fehlen, wofür eine allein "schwerwiegende" Erkrankung nicht ausreicht, sondern die Gleichstellung mit einer notstandsähnlichen Situation vorausgesetzt wird. Dies 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 (vgl. hierzu weiterhin Hessisches Landessozialgericht, Beschluss vom 7. Juni 2011, [L 8 KR 42/11 B ER](#)), wobei in diesem Zusammenhang mit dem BSG (Urteil vom 26. September 2006, [B 1 KR 14/06 R](#)) selbst eine hochgradige akute Suizidgefahr grundsätzlich nicht bewirkt, dass Versicherte Leistungen außerhalb des Leistungskatalogs des GKV beanspruchen können, sondern nur spezifische Behandlungen etwa mit den Mitteln der Psychiatrie. Auch ein Prostata-Karzinom im Anfangsstadium ohne metastatische Absiedelungen wird insoweit noch nicht als ausreichend angesehen, um eine verfassungskonforme Leistungsausweitung zu rechtfertigen (vgl. hierzu BSG in SozR 4-2500, § 27 Nr. 8).

Die vorgenannte Rechtsprechung beruht dabei auf der weiterhin maßgeblichen Erwägung, dass der mit den normativen Regelungen und Sicherungen der Krankenversicherungs- und Arzneimittelrechts bezweckte Schutz der Gesundheit der Versicherten und der Bevölkerung nicht durch eine erweiterte Auslegung dieser Regelungen ausgehöhlt und umgangen werden darf. Das BSG hat insoweit wiederholt dargelegt, dass nur in den oben beschriebenen notstandsähnlichen Extremsituationen eine grundrechtsorientierte Öffnung des Leistungsrechts der GKV in Frage kommt. Ohne einschränkende Auslegung ließen sich mit dem BSG nämlich fast beliebig vom Gesetzgeber bewusst gezogene Grenzen überschreiten. Entscheidend ist insoweit mit dem BSG, dass das vom BVerfG herangezogene Schwere-Kriterium bei weiter Auslegung sinnentleert würde, weil nahezu jede schwere Krankheit ohne therapeutische Einwirkung irgendwann auch einmal lebensbedrohende Konsequenzen nach sich zieht. Das kann mit dem BSG ersichtlich nicht ausreichen, das Leistungsrecht des SGB V und die dazu ergangenen untergesetzlichen Regelungen nicht mehr als maßgebenden rechtlichen Maßstab für die Leistungsansprüche der Versicherten anzusehen (vgl. BSG wie vor sowie weiter u.a. BSG, Urteil vom 27. März 2007, [B 1 KR 17/06 R](#) - Polyglobin; BSG [SozR 4-2500 §](#)

[27 Nr. 10](#) - Neuropsychologische Therapie).

Insoweit gilt für das Vorliegen eines Systemversagens aufgrund der hier angeführten Wartezeit im Ergebnis nichts anderes. Dies umso mehr, als der Antragsteller nach Aktenlage von Anfang an auf eine Leistungsanspruchnahme allein in D-Stadt fixiert gewesen zu sein scheint, zumindest gegenüber der Antragsgegnerin nichts anderes zum Ausdruck gebracht hat und damit die Wartezeit bzw. einen Operationstermin letztlich auch aus sich heraus als Krankenkassenmitarbeiter bewusst und zeitlich immer weiter nach hinten hat verschieben lassen, bei Eingang des vorliegenden Antragsverfahrens bereits um mindestens 3 Monate.

Die vorgenannten Ausführungen erfahren insoweit auch keine Änderung durch das vom Antragsteller insoweit wiederholt in Bezug genommene Urteil des Bayerischen Landessozialgerichts vom 09.11.2000 ([L 4 KR 104/99](#)), da diese Entscheidung zumindest nach Auffassung der Kammer im Hinblick auf das Vorliegen von "Unaufschiebbarkeit" im Sinne des hier ohnehin nicht anwendbaren [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) einerseits wesentliche Grundzüge der vorgenannten rechtlichen Voraussetzungen unberücksichtigt lässt und andererseits einen Kostenerstattungsanspruch zuspricht trotz einer nach Auffassung der Kammer zumindest im Zeitpunkt der Inanspruchnahme außervertraglicher Krankenhausbehandlung unstreitig unzulässigen Verlagerung eines Sachleistungsanspruchs in das Kostenerstattungsverfahren. Dass das Bayerische Landessozialgericht später mit Urteilen vom 30.10.2003 ([L 4 KR 203/01](#)) und 25.07.2006 ([L 5 KR 141/05](#)) in mit dem vorliegenden Fall nahezu identischen Rechtsstreiten, bei denen es ebenfalls um Geschlechtsanpassungen bei Frau-zu-Mann-Transsexualität in der D-Klinik ging, unter Hinweis auf die o.a. Grundsätze und "neue" Rechtsprechung die Klagen abgewiesen hat, sei dabei nur am Rande erwähnt (vgl. hierzu auch weiter Bayerisches Landessozialgericht, Urteile vom 20.09.2007, [L 4 KR 86/06](#) und vom 04.09.2008, [L 4 KR 357/07](#); BSG, Beschluss vom 22.01.2009, [B 3 KR 47/08 B](#)).

Damit vermögen dann aber auch die ohnehin recht allgemein gehaltenen und insoweit nicht nur medizinisch inhaltlich wenig konkreten o.a. Atteste des behandelnden Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie des Antragstellers hier zu keiner anderen Beurteilung zu führen, zumal sich der Antragsteller nach Aktenlage bisher und damit fast 4 Monate nach Kenntnis der zunächst mündlich erfolgten Ablehnung auch noch nicht einmal rein vorsorglich zur hier streitigen Behandlung in einem der benannten Vertragskrankenhäuser angemeldet hat. Ob und inwieweit dies dann zusätzlich und in Kenntnis der hier zumindest dem Grunde nach erfolgten Leistungsbewilligung das Ausmaß des geschilderten aktuellen Leidensdruckes relativiert, sei angesichts des langjährig vorbestandenen Leidensdruckes ausdrücklich dahingestellt. Ebenfalls, ob ihm als Krankenkassenmitarbeiter die vom Einzelfall losgelöste, im betroffenen Personenkreis auch nach Kenntnis des Gerichts vieldiskutierte Problematik einer Leistungserbringung durch die D-Klinik nicht auch selbst längst bekannt war.

Im Ergebnis macht sich die Kammer analog [§ 136 Abs. 3 SGG](#) o.a. die Ausführungen der Antragsgegnerin jedenfalls nach alledem insgesamt zu Eigen.

Letztlich schulden die Krankenkassen ihren Versicherten danach zumindest aus den hier allein relevanten rechtlichen Gründen allein eine bedarfsgerechte, standardisierte medizinische Versorgung.

Letzteres wiederum auch und gerade insoweit, als - wie ausgeführt - Wirtschaftlichkeitserwägungen den hier streitigen Anspruch ebenfalls unberührt lassen. Insofern wirkt [§ 27 SGB V](#) nämlich nicht nur leistungsbegründend; mindestens ebenso bedeutsam ist mit dem BSG (vgl. BSG in SozR 3 - 2500 [§ 28 SGB V](#) Nr. 3), dass darin die Leistungspflicht der Krankenkasse unter zwei unterschiedlichen Gesichtspunkten begrenzt wird, die sich gegenseitig durchdringen. Zum einen muss die Krankenkasse nicht für alles aufkommen, was in irgendeiner Weise die Gesundheit fördert; soweit das Gesetz nichts anderes vorschreibt, ist ihre Leistungspflicht auf solche Maßnahmen beschränkt, die der in [§ 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) näher umschriebenen gezielten Krankheitsbekämpfung ("Behandlung") dienen. Aber auch wenn unmittelbar ein Behandlungszweck verfolgt wird, ist die Krankenkasse nicht für Maßnahmen leistungspflichtig, die nicht im Katalog des [§ 27 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) enthalten sind. Die Grenzen des Rahmenrechts auf Leistungen der Krankenversicherung ergeben sich vielmehr mit dem BSG (wie vor) regelmäßig erst aus der Zusammenschau beider Gesichtspunkte. Bei der Vielzahl von Mitteln und Verhaltensweisen, denen eine gezielte Beeinflussung der Gesundheit zugeschrieben wird, wäre das Krankenversicherungs-Risiko mit dem BSG (wie vor) nicht sachgerecht begrenzt, wenn der Versicherungsschutz ausschließlich davon abhinge, dass eine Maßnahme zur Krankheitsbekämpfung eingesetzt wird. Das notwendige Korrektiv wird mit dem abschließenden Leistungskatalog des [§ 27 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) erreicht. Maßnahmen, die darin nicht aufgeführt werden oder nicht im o.a. Sinne anerkannt sind, sind dann ggf. dem Verantwortungsbereich des Versicherten zugewiesen, auch wenn sie eine sonst von der Krankenkasse zu gewährende Leistung ersparen können oder den Erfolg einer gewährten Leistung erst ermöglichen.

D.h., es gibt - übertragen auf die vorliegende Fallgestaltung - nach alledem in der GKV auch und gerade keine Rechtsgrundlage für die Erstattung (vermeintlich) ersparter Aufwendungen durch die Krankenkasse, wenn der Versicherte Leistungen außerhalb des Leistungssystems in Anspruch nimmt. Ansonsten könnte die Beschränkung auf bestimmte Formen der Leistungserbringung nämlich durch den Anspruch auf (teilweise) Kostenerstattung ohne weiteres durchbrochen werden (vgl. hierzu [BSGE 86, 66](#), 76 m.w.N.). Hinzu kommt insoweit, dass die GKV auf dem Gedanken des Solidarausgleichs innerhalb der Versichertengemeinschaft beruht. Sie kennt nicht das Prinzip des Finanzausgleichs zwischen Versicherten- und Kassenvermögen mit dem Effekt, dass - angeblich - ersparte Aufwendungen der Kassen dem Versicherten gutzubringen sind.

Der Antrag war nach alledem abzulehnen.

Die Kostenentscheidung folgt einer entsprechenden Anwendung von [§ 193 SGG](#).

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2013-06-14