

L 9 B 57/03 KR ER

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
9
1. Instanz
SG Berlin (BRB)
Aktenzeichen
S 87 KR 526/03 ER
Datum
14.04.2003
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 9 B 57/03 KR ER
Datum
28.05.2003
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie
Beschluss

Die Beschwerde der Antragstellerin gegen den Beschluss des Sozialgerichts Berlin vom 14. April 2003 wird zurückgewiesen. Kosten des Beschwerdeverfahrens sind nicht zu erstatten.

Gründe:

Die Beschwerde der Antragstellerin gegen den Beschluss des Sozialgerichts Berlin vom 14. April 2003 ist gemäß [§§ 172 Abs. 1, 173](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) zulässig, aber nicht begründet. Das Sozialgericht hat den Antrag der Antragstellerin, die Antragsgegnerin im Wege einstweiliger Anordnung zu verpflichten, die Kosten für die Unterbringung in einem Zweibettzimmer, die Durchführung einer Hauttransplantation sowie die Herstellung einer Klitoris im Zusammenhang mit der für Mitte Juni 2003 geplanten geschlechtsangleichenden Operation zu übernehmen, zu Recht abgelehnt. Denn die Antragstellerin hat nach der im Verfahren auf Gewährung vorläufigen Rechtsschutzes allein gebotenen summarischen Prüfung einen Anordnungsanspruch nicht mit der für den Erlass der beantragten einstweiligen Anordnung erforderlichen hohen Wahrscheinlichkeit glaubhaft gemacht ([§ 86 b Abs. 2 Satz 2 SGG](#)).

Wie die Antragsgegnerin in ihrem Widerspruchsbescheid vom 4. März 2003 zutreffend ausgeführt hat, richtet sich der Anspruch auf Krankenhausbehandlung nach [§ 39 Abs. 1 Satz 3](#) des Fünften Buches des Sozialgesetzbuches (SGB V). Danach haben die Versicherten einen Sachleistungsanspruch auf die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung im Krankenhaus notwendigen Leistungen, zu denen insbesondere die ärztliche Behandlung, die Krankenpflege, die Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln sowie die Unterkunft und Verpflegung gehören. Diese Leistungen werden den Versicherten auf Chipkarte direkt vom Krankenhaus zur Verfügung gestellt und von diesem gegenüber der Krankenkasse nach Pflegesätzen abgerechnet.

Dass die Antragstellerin die ihr nach [§ 39 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) zustehenden notwendigen Leistungen, die im Zusammenhang mit der von der Antragsgegnerin bewilligten geschlechtsangleichenden Operation erforderlich werden, auf dem Sachleistungswege nicht erhalten kann, hat sie nicht hinreichend dargelegt. So ist bei summarischer Prüfung zunächst nicht ersichtlich, dass in ihrem Fall die Unterbringung in einem Zweibettzimmer notwendig ist. Entgegen der Auffassung der Antragstellerin lässt sich dies nicht aus dem Attest der Neurologin und Psychiaterin Dr. B vom 1. April 2003 ableiten. Dr. B hat in diesem Attest zwar ausgeführt, dass ein Zweibettzimmer dringend erforderlich sei. Eine medizinische Begründung hierfür hat sie jedoch nicht angegeben. Vielmehr erschöpfen sich ihre Ausführungen darin, dass es für die Antragstellerin nicht zumutbar sei, die notwendige geschlechtsangleichende Operation nochmals aufzuschieben. Dies hat indes mit der Frage der Unterbringung nichts zu tun. Die Operation ist durchführbar, wobei Anspruch nur auf die notwendigen Leistungen besteht. Aus dem schon früher zu den Verwaltungsvorgängen der Antragsgegnerin gereichten Attest von Dr. B vom 30. Juli 2002 folgt nichts anderes. Soweit es darin heißt, die Antragstellerin benötige „aufgrund ihrer speziellen Situation“ dringend ein Zweibettzimmer, lässt auch dieses Attest eine nachvollziehbare medizinische Begründung vermissen. Diese ergibt sich auch nicht aus sich heraus aus der Art der geplanten Operation. Mit dieser Operation wird zwar in besonderer Weise in den Intimbereich der Versicherten eingegriffen. Mit Rücksicht hierauf erschiene jedoch eher die Unterbringung in einem Einzelzimmer als in einem Zweibettzimmer geboten. Bereits aus diesem Grunde lässt sich die Notwendigkeit eines Zweibettzimmers auch nicht aus dem Kostenvorschlag der Chirurgischen Privatklinik B GmbH vom 26. Oktober 2000 herleiten. Soweit der Antragstellerin in diesem Kostenvorschlag ein Zweibettzimmer „aus psychologischen Gründen dringend empfohlen“ worden ist, ist dies als bloßer Ratschlag zu bewerten, der der Klägerin überdies nicht von einem Arzt, sondern - noch dazu vor 2 1/2 Jahren - dem Geschäftsführer der vorgenannten Klinik erteilt worden ist.

Des Weiteren hat die Antragstellerin nicht glaubhaft gemacht, dass mit der ihr von der Antragsgegnerin bewilligten geschlechtsangleichenden Operation nicht alle notwendigen ärztlichen Behandlungsmaßnahmen abgedeckt werden. Soweit sie hierzu vorgetragen hat, dass die Kosten für die Durchführung einer Hauttransplantation sowie die Herstellung einer Klitoris nicht von den über die

Pflegesätze abgeholtenen Operationskosten erfasst würden, muss sie sich bei summarischer Prüfung entgegenhalten lassen, dass es sich bei diesen Leistungen nach der zwischen ihr und der Operateurin Dr. S abgeschlossenen so genannten Wahlleistungsvereinbarung um ärztlich-kosmetische Sonderleistungen handelt. Dass diese Leistungen notwendig im Sinne des [§ 39 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) sind, lässt sich damit im vorläufigen Rechtsschutzverfahren nicht feststellen. Etwas anderes ergibt sich auch nicht aus dem Attest von Dr. B vom 1. April 2003. Dort heißt es zwar, dass die vorgenannten Leistungen dringend erforderlich seien. Zur Begründung wird jedoch darauf verwiesen, dass Dr. S die Kosten für die Sonderleistungen „immer veranschlage“ und die aus psychischen Gründen nicht länger aufschiebbare Operation durch Dr. S im Falle der Nichterbringung der Kosten insgesamt gefährdet sei. Dies stellt keine Begründung für die medizinische Notwendigkeit der in Rede stehenden Leistungen dar, zumal die Antragstellerin nicht einmal im Ansatz glaubhaft gemacht hat, dass die Operation in ihrem Fall nur von Dr. S durchgeführt werden kann. Über das Attest von Dr. B hinaus hat die Antragstellerin bezüglich der mit Dr. S vereinbarten Sonderleistungen sonstige Mittel der Glaubhaftmachung nicht vorgelegt.

Da sich nach alledem nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit feststellen lässt, dass die Antragstellerin die notwendige Krankenhausbehandlung nicht erhalten kann, ist bei summarischer Prüfung zugleich für einen Kostenübernahmeanspruch nach [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) kein Raum. Denn ein solcher Anspruch setzt voraus, dass die zuständige Krankenkasse nicht in der Lage ist, die medizinisch notwendigen Leistungen im Sachleistungswege zu gewähren. Anhaltspunkte für ein derartiges Systemversagen bestehen hier indes nicht.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#) und folgt dem Ausgang des Verfahrens in der Sache selbst.

Dieser Beschluss kann nicht mit der Beschwerde an das Bundessozialgericht angefochten werden (vgl. [§ 177 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2003-08-08