

## L 5 KR 40/15 B ER

Land  
Schleswig-Holstein  
Sozialgericht  
Schleswig-Holsteinisches LSG  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
5  
1. Instanz  
SG Schleswig (SHS)  
Aktenzeichen  
S 23 KR 4/15 ER  
Datum  
18.02.2015  
2. Instanz  
Schleswig-Holsteinisches LSG  
Aktenzeichen  
L 5 KR 40/15 B ER  
Datum  
20.03.2015  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen

-  
Datum  
-

Kategorie  
Beschluss  
Leitsätze

Zu Inhalt und Umfang der Unterstützung i. S. d. SGB V [§ 66](#)

Die Beschwerde der Antragstellerin gegen den Beschluss des Sozialgerichts Schleswig vom 18. Februar 2015 wird zurückgewiesen.  
Außergerichtliche Kosten sind auch für das Beschwerdeverfahren nicht zu erstatten.

Gründe:

I.

Die Antragstellerin begehrt im Wege des einstweiligen Rechtsschutzes weitere Unterstützungsleistungen der Krankenkasse im Rahmen einer Verfolgung von Schadensersatzansprüchen aus Behandlungsfehlern.

Die 1944 geborene Antragstellerin ist bei der Antragsgegnerin gesetzlich krankenversichert. Im Juni/Juli 2011 wurde sie in der von der Imland GmbH betriebenen Imland-Klinik R stationär behandelt. In diesem Zusammenhang wurden mehrere Operationen durchgeführt. Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten wird auf die umfassende Wiedergabe in dem angefochtenen Beschluss verwiesen. Im Anschluss an die Behandlung wandte sich die Antragstellerin an die Antragsgegnerin und bat diese um Unterstützung bei der Klärung der Frage, ob der Imland-Klinik R ein Behandlungsfehler unterlaufen sei und sie gegebenenfalls Schadensersatzansprüche habe. Die Antragsgegnerin forderte daraufhin die Behandlungsdokumentationen von dem Hausarzt der Antragstellerin und der Imland-Klinik R sowie der Rehabilitationseinrichtung an. Die endgültige Unterlagenübersendung durch die Imland-Klinik erfolgte nach mehrfachem Schriftwechsel mit der Antragsgegnerin. Nach Vorlage sämtlicher Unterlagen beauftragte die Antragsgegnerin den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Nord (MDK), EBZ Hamburg, am 9. Februar 2012 mit der Erstellung eines Gutachtens zum Vorliegen eines Behandlungsfalles auf Seiten der Imland-Klinik R und der dadurch auf Seiten der Antragstellerin eingetretenen gesundheitlichen Folgen. Der MDK reichte den Gutachtauftrag an die Fachärztin für innere Medizin und Nephrologie, Notfallmedizin und Intensivmedizin Dr. C, die am 9. März 2012 ihr Gutachten erstattete. Die Antragsgegnerin übersandte das Gutachten der Antragstellerin, in der die Sachverständige zusammenfassend zu der Einschätzung gekommen war, dass der Vorwurf der Diagnoseverschleppung einer Sigmadivertikulitis nicht begründet und auch nicht vorwerfbar verspätet operativ behandelt worden sei. Es hätte jedoch spätestens am 30. Juni 2011 eine antibiotische Therapie eingeleitet werden müssen. Ob allerdings durch eine solche Therapie der Verlauf hätte günstig beeinflusst werden können, könne retrospektiv nicht eindeutig beantwortet werden. In den Verwaltungsakten der Antragsgegnerin befindet sich ein Vermerk des MDK nach Erhalt des Gutachtens mit folgendem Wortlaut: "Das Gutachten ist in Ordnung. Ein BF wird darin nicht in hinreichender Weise nachgewiesen und wahrscheinlich auch nicht möglich. Fall bitte schließen und eine Kopie des GA an die Versicherte schicken.". Im Juni 2014 hat die Antragstellerin Klage vor dem Landgericht Kiel erhoben, gerichtet auf Schadensersatz und Zahlung eines Schmerzensgeldes. In diesem Verfahren beruft sich die beklagte Imland GmbH darauf, dass der Antragstellerin deshalb keine Antibiotika verabreicht worden seien, um Untersuchungsergebnisse nicht zu verfälschen. Diesen Vortrag legte die Antragstellerin der Antragsgegnerin vor und bat um die Einholung einer ergänzenden schriftlichen Äußerung der Gutachterin, ob die Einlassung der Beklagten, man habe der Antragstellerin Antibiotika nicht geben dürfen, weil dies Untersuchungsergebnisse verfälscht hätte, aus medizinischer Sicht schlüssig sei. Dies lehnte die Antragsgegnerin ab, weil sie ihrer Auffassung nach der Verpflichtung zur Hilfestellung nach § 66 des Fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) bereits durch Einholung der Behandlungsunterlagen und des Gutachtens durch Dr. C nachgekommen sei. Im Übrigen seien die gestellten Fragen von der Gutachterin beantwortet worden. Dieses Gutachten sei sowohl von dem Fachbereichsleiter Ersatzansprüche des MDK Nord Dr. P sowie einem Facharzt der Antragsgegnerin geprüft und für medizinisch richtig befunden worden.

Am 15. Januar 2015 hat die Antragstellerin beim Sozialgericht Kiel im Wege des einstweiligen Rechtsschutzes die Verpflichtung der Antragsgegnerin zur Beantwortung der bereits formulierten Frage beantragt, hilfsweise eine Neubescheidung nach der Rechtsauffassung des Gerichts. Zur Begründung hat sie vorgetragen, die gestellte Frage sei von der Gutachterin einfach zu beantworten. Es obliege weder

dem Sozialgericht noch der AOK NordWest zu entscheiden, ob ein Behandlungsfehler vorliege oder nicht. Das habe das Landgericht Kiel zu entscheiden. Infrage komme hier eine Beweislastumkehr nach [§ 630h Abs. 5](#) des Bürgerlichen Gesetzbuches. Erst wenn die gestellte Nachfrage beantwortet sei, sei die Antragsgegnerin ihrer Unterstützungspflicht endgültig nachgekommen. Die Angelegenheit sei auch eilbedürftig, weil der Antragstellerin vom Landgericht Kiel eine Frist zur Klageerwidern aufgegeben worden sei.

Die Antragsgegnerin ist weiterhin der Auffassung, dass sie ihrer Verpflichtung nach [§ 66 SGB V](#) durch Einholung des Gutachtens nachgekommen sei. Die Unterstützungspflicht reiche nicht so weit, dass der Krankenkasse jede spätere im Rahmen eines Schadensersatzanspruches ergänzend auftauchende Frage selbst oder durch Einholung eines ergänzenden Gutachtens beantworten müsse. Solche ergänzenden Gutachten seien kostenpflichtig und sie, die Antragsgegnerin, habe mit den Versichertengeldern wirtschaftlich umzugehen. Schließlich sei ein grober Behandlungsfehler, der zur Beweislastumkehr führen könne, nicht ersichtlich.

Das Sozialgericht hat mit Beschluss vom 18. Februar 2015 den Antrag abgelehnt und zur Begründung ausgeführt: Der Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung sei bereits unzulässig, da es an dem Rechtsschutzbedürfnis fehle. Der Antragstellerin stehe ein einfacherer Weg zur Verfügung, um ihr Rechtsschutzziel zu erreichen, nämlich ein entsprechender Vortrag ihrerseits im Zivilprozess, mit dem die Behauptung der Beklagten bestritten werde, bzw. die Durchführung einer Vernehmung durch Mitarbeiter der Antragsgegnerin oder durch Anhörung der sachverständigen Zeugin Dr. C selbst. Der Hilfsantrag sei unzulässig, weil das Sozialgerichtsgesetz (SGG) einen Bescheidungsseilrechtsschutz nicht kenne. Im Übrigen sei der Antrag auch unbegründet, da es an dem Anordnungsanspruch fehle. Unterstützungsleistungen im Rahmen des [§ 66 SGB V](#) seien Leistungen, die dem Versicherten die Beweisführung erleichterten, etwa Auskünfte über die vom Arzt gestellte Diagnose, die angewandte Therapie und die Namen der Behandler sowie die Anforderung ärztlicher Unterlagen einschließlich Röntgenaufnahmen. Dieser Verpflichtung sei die Antragsgegnerin unter Einbeziehung des eingeholten Sachverständigengutachtens vollständig nachgekommen. Mehr könne von ihr nicht gefordert werden. Sie habe insbesondere nicht die Verpflichtung, Versicherte im angestrengten Schadensersatzprozess stetig in der Weise zu begleiten, dass sie jederzeit zur Beantwortung medizinischer Nachfragen zur Verfügung stünde.

Die Antragstellerin hat gegen den ihr am 24. Februar 2015 zugestellten Beschluss am 27. Februar 2015 Beschwerde erhoben und diese ergänzend damit begründet, dass die in [§ 66 SGB V](#) geregelte Unterstützung dem Versicherten die Beweisführung erleichtern und ihm bei den sich im Arzthaftungsprozess ergebenden Beweisschwierigkeiten helfen solle. Hier gehe es um die Behauptung der Imland-Klinik, dass für das Abwarten der Antibiotika-Gabe ein medizinischer Grund vorliege. Was an dieser Behauptung dran sei, könne weder Anwalt noch Versicherter beurteilen. Um hier substantiiert der Behauptung entgegenzutreten zu können, bedürfe es medizinischer Kenntnis und damit der Unterstützung durch die Antragsgegnerin. Es treffe auch nicht zu, dass in einem Zivilprozess der Kläger eine Tatsache lediglich erst einmal behaupten könne. Im Übrigen neigten die vom Gericht bestellten Sachverständigen immer dazu, das Tun des ärztlichen Kollegen zu decken. Dem folgten dann die Landgerichte, ohne das Ergebnis selbst kritisch zu hinterfragen. Die Antragsgegnerin verweist auf die angefochtene Entscheidung und ihren bisherigen Vortrag.

II.

Die form- und fristgerecht eingelegte Beschwerde ist zulässig aber unbegründet. Zutreffend hat das Sozialgericht die beantragte einstweilige Anordnung abgelehnt. Denn es fehlt auf jeden Fall an dem für den einstweiligen Rechtsschutz gemäß [§ 86b Abs. 2 Satz 1 SGG](#) erforderlichen Anordnungsanspruch im Sinne der Begründetheit des geltend gemachten Rechtsanspruchs. Dabei ist hier im besonderen Maße zu beachten, dass sich bereits aus der Bezeichnung der "einstweiligen" Anordnung ergibt, dass die Entscheidung in einem solchen Verfahren die Hauptsache grundsätzlich nicht vorwegnehmen darf (z. B. Beschluss des Senats vom 24. Februar 2014 - [L 5 KR 18/14 B ER](#); Keller in Meyer-Ladewig u. a., SGG-Kommentar § 86b Rz. 31). Eine Vorwegnahme der Hauptsache liegt etwa dann vor, wenn eine begehrte Sachleistung aufgrund einer einstweiligen Anordnung erbracht wird. Darauf ist hier der Antrag gerichtet. Mit Ausspruch der beantragten Leistung und anschließender Durchführung durch die Antragsgegnerin ist diese Leistung nicht mehr umkehrbar. Das bedeutet allerdings nicht, dass eine einstweilige Anordnung, die auf eine solche Vorwegnahme der Hauptsache gerichtet ist, stets ausgeschlossen ist. Da der einstweilige Rechtsschutz als verfassungsrechtliche Notwendigkeit in jedem Verfahren gewährt werden muss, darf eine einstweilige Anordnung in solchen Fällen dann ausnahmsweise getroffen werden, wenn der Antragsteller eine Entscheidung in der Hauptsache nicht mehr rechtzeitig erwirken kann. In dem Fall ist allerdings ein strenger Maßstab an Anordnungsanspruch und Anordnungsgrund anzulegen (vgl. etwa Beschluss des Senats vom 29. Juli 2014 - [L 5 KR 94/14 B ER](#)). Diesen bei einer Vorwegnahme der Hauptsache erforderlichen hohen Grad an Wahrscheinlichkeit für ein Obsiegen der Antragstellerin im Hauptsacheverfahren und damit einen Anordnungsanspruch vermag der Senat nicht zu erkennen. Zutreffend weist das Sozialgericht in diesem Zusammenhang darauf hin, dass die Antragsgegnerin ihrer Verpflichtung aus [§ 66 SGB V](#) bereits nachgekommen ist.

Nach dieser Vorschrift sollen die Krankenkassen die Versicherten bei der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen, die bei der Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen aus Behandlungsfehlern entstanden sind und nicht nach [§ 116](#) des Zehnten Buches Sozialgesetzbuches auf die Krankenkassen übergehen, unterstützen. Diese ab 26. Februar 2013 geltende Regelung hat die bis dahin bestehende Fassung der Vorschrift lediglich dahingehend abgeändert, dass das der Krankenkasse zunächst eingeräumte Ermessen ("können") durch das Wort "sollen" ersetzt wurde. Damit erfolgte jedoch keine Veränderung der Leistung selbst, sondern es wurde der Grundsatz aufgestellt, dass die Krankenkasse zur Unterstützung verpflichtet ist, es sei denn, es sprechen besondere Gründe dagegen (vgl. [BT-Drucks. 17/10488 S. 32](#)). Hinsichtlich der in [§ 66 SGB V](#) geregelten Unterstützungsleistung selbst ist insoweit keine Änderung eingetreten.

Die Einführung der Unterstützungsregelung selbst begründete der Gesetzgeber damit, dass die Beweisführung bei einem Behandlungsfehler dadurch erschwert werde, dass der Versicherte häufig weder Diagnosen und Therapie noch den Namen des behandelnden Arztes genau kenne. Darauf war mithin die Unterstützungsleistung gerichtet, nicht, wie die Antragstellerin meint, in einer umfassenden Hilfeleistung zur Klärung der Frage, ob ein Behandlungsfehler vorlag oder nicht. Dies folgt neben der Gesetzesbegründung ([BT-Drucks. 11/2237 S. 189](#)) auch aus dem Wortlaut der Vorschrift, die insoweit lediglich von einer Unterstützung, also nicht von einer umfassenden Hilfeleistung bzw. Durchführung des Prozesses spricht (vgl. Bayerisches LSG vom 9. Juli 1998 - [L 4 KR 4/98](#)). Dabei ist zu berücksichtigen, dass der Begriff "Unterstützung" schon aus haushaltsrechtlichen Gründen Ausgaben grundsätzlich ausschließt. Die gesetzliche Krankenversicherung darf ihre Mittel nur zur Erfüllung der öffentlich-rechtlichen Aufgaben verwenden. Im Rahmen des [§ 66 SGB V](#) handelt es sich aber um die Unterstützung privater Interessen (Bayerisches LSG a. a. O.). Zu bestimmten Unterstützungsmaßnahmen zwingt die Vorschrift die

Krankenkassen nicht, was in der Folge zu einer eher geringen praktischen Bedeutung der Norm geführt hat (Wenner in Eichenhof/Wenner, SGB V-Kommentar, § 66 Rz. 1). Entsprechend geht auch die sozialrechtliche Literatur davon aus, dass die Unterstützung im Sinne des [§ 66 SGB V](#) darauf abzielt, dem Versicherten die für eine Rechtsverfolgung essentiellen Informationen zugänglich zu machen. Im Einzelfall könne es ausreichen, wenn sich der Versicherte durch die erhaltene Information über die Aussichten einer weiteren Rechtsverfolgung klar wird (vgl. Roß in Kruse/Hähnlein, SGB V-Kommentar, § 66 Rz. 5 m. w. N.). Ebenso wie der Gesetzgeber in der zitierten Drucksache (11/2237 S. 189) geht auch die sozialrechtliche Literatur davon aus, dass die notwendige Information des Versicherten regelmäßig in der Angabe der Diagnose, Therapie sowie dem Namen des behandelnden Arztes erschöpft, gegebenenfalls noch ergänzt um ein Gutachten des MDK (Koch in juris PK-SGB V, § 66, Rz. 8; Flint in Hauck/Noftz, SGB V, § 66 Rz. 17). Die Einholung eines freien Gutachtens, um das es sich hier bei dem Gutachten von Dr. C handelt, wird dabei teilweise schon als zu weitgehend angesehen (LSG Baden-Württemberg vom 9. Juli 2013 – [L 11 KR 5691/11](#)). Zutreffend weist der angefochtene Beschluss daher darauf hin, dass die Krankenkasse nicht dazu verpflichtet ist, einen von ihrem Versicherten angestrebten Schadensersatzprozess in der Weise zu begleiten, dass sie zur Beantwortung medizinischer Nachfragen zur Verfügung steht, die im Verlaufe des Rechtsstreits entstehen.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 193 SGG](#) analog. Für die Festsetzung eines Gegenstands- bzw. Streitwertes, wie von der Antragstellerin in der Beschwerdebegründung beantragt, fehlt es an den dafür notwendigen Voraussetzungen. Sie begründet diesen Antrag damit, dass sie das Verfahren nicht in ihrer Eigenschaft als Versicherte führe. [§ 66 SGB V](#), auf den sich die Antragstellerin beruft, ist jedoch eine Vorschrift, die bereits von ihrem Wortlaut auf die "Versicherten" der Krankenkassen beschränkt ist. Damit verfolgt sie ihren Anspruch auch als Versicherte und ist gemäß § 183 von den Gerichtskosten befreit. Ein Fall des [§ 197a SGG](#) liegt damit nicht vor.

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

Rechtskraft

Aus

Login

SHS

Saved

2015-04-16